GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

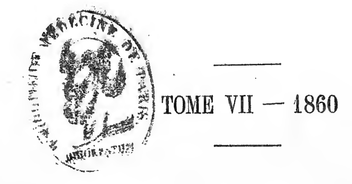
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Rédacteur en chef : le docteur A. DECHAMBRE



TOME VII — 1860

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LX

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements, Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

On s'abonne Chez tous les Libraires et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 6 JANVIER 1860. — N° 1.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

A partir de ce numéro, la GAZETTE HEBDOMADAIRE est imprimée avec des caractères neufs. — Les numéros mis à la poste seront, comme ceux qui sont distribués à Paris, protégés par une enveloppe contre les macules dont se plaignaient MM. les abonnés.

MM. les docteurs des départements dont l'abonnement a fini le 31 décembre 1859, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10, l'envoi de la GAZETTE HEBDOMADAIRE leur sera continué, et qu'il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier 1860.

MM. les médecins de l'étranger voudront bien, pour renouveler leur abonnement, soit s'adresser à un libraire ou à la Direction des Postes de leur localité, soit envoyer un mandat sur Paris.

A Paris, les quittances d'abonnement seront présentées dans la première quinzaine de janvier.

I

Paris, ce 5 janvier 1860.

NOTE DE M. AZAM SUR L'HYPNOTISME. — L'HYPNOTISME A L'ÉTRANGER. — STRANGULATION SPONTANÉE PAR UN TOURNIQUET. — SUSPENSION SPONTANÉE, LES MAINS RETENUES PAR DES LIENS. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE : FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ LE CHEVAL. — CATARACTE DIABÉTIQUE. — ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE TURIN : NOUVELLE SONDE CANNELÉE PAR L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES : OPÉRATION DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Nous sommes toujours résolu à attendre, pour apprécier définitivement la valeur de l'hypnotisme, le travail de la commission chargée par la Société de chirurgie de suivre les expériences et de lui en faire un rapport. Mais nous devons néanmoins signaler une très intéressante note insérée par M. Azam dans le dernier numéro des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (janvier 1860), et qui est surtout un exposé des faits actuellement publiés, ou racontés dans les sociétés savantes,

FEUILLETON.

Du suicide politique en France, par le Dr DES ÉTANGS (1).

SOMMAIRE. — I. Du suicide avant la révolution, et de la jurisprudence en vigueur sous l'ancienne monarchie. — II. Dangeau, Voltaire, Helvétius et Jean Dumas. — III. *Tableau de Paris ;* opinion de Mercier sur les causes du suicide en 1782. — IV. Causes nouvelles ; influence des événements politiques à partir de 1789. — V. Caractère des suicides pendant la première période de la révolution.

I. — Bien qu'il soit avéré qu'à tous les âges de l'histoire on observe dans la vie des peuples de ces faits invincibles qui changent radicalement les formes et les conditions de l'état social, nul ne pourra s'imaginer que ces révolutions, si soudaines qu'elles nous paraissent, et si opposées même, en fait et en esprit, qu'elles soient véritablement aux institutions antérieures, n'aient point de racines dans le passé. Tout s'enchaîne, en effet, dans les annales humaines, et l'avénement imprévu de certaines idées n'empêche pas d'admettre qu'elles étaient contenues en germe dans les idées préexistantes, et, pour donner leur moisson, n'attendaient que le jour et le soleil propices.

Mais alors même qu'on échouerait à démontrer, dans le cours successif des choses, la déduction rigoureuse et la filiation nécessaire que le philosophe aperçoit, il conviendrait encore, en constatant l'ère nouvelle, de demander du moins au vieux monde un terme de comparaison.

En ce qui concerne le suicide, il y a selon nous un intérêt manifeste à ne pas ignorer comment le meurtre de soi-même était envisagé sous le règne de nos rois, et quelles rigueurs devaient l'atteindre d'après les lois civiles et religieuses de notre ancienne monarchie.

Si nous remontons jusqu'au XIIIe siècle, nous verrons que, suivant les établissements de saint Louis (1270), la confiscation des meubles devait avoir lieu contre eux qui s'*étaient homicidés eux-mêmes*. En voici les termes :

(1) Extrait d'un volume que la librairie Victor Masson va publier sous ce titre : *Du suicide politique en France, depuis 1789 jusqu'à nos jours.*

avec quelques commentaires sur les lumières que pourrait y puiser la pathologie mentale. On sait que l'hypnotisme ne consiste pas toujours et uniquement dans le sommeil cataleptique avec insensibilité : l'excitation précédant le sommeil, la résolution au lieu de la contraction cataleptique, l'hyperesthésie au lieu de l'anesthésie, les facultés de relation conservées, sont des phénomènes constatés aujourd'hui. La prédisposition au sommeil hypnotique, la durée de ce sommeil, la manière de le faire cesser, sont également variables. Sur ces points principaux, notre distingué confrère de la Gironde s'exprime dans les termes suivants :

Les phénomènes que j'ai observés le plus souvent chez les nombreux sujets sur lesquels j'ai expérimenté sont, par ordre de fréquence, la catalepsie, l'anesthésie, l'hyperesthésie, l'exaltation du sens musculaire, enfin les phénomènes psychiques. Je suis parfaitement convaincu qu'en répétant souvent ces expériences sur des personnes qui n'offrent, en commençant, que les plus simples de ces manifestations, on peut arriver, dans un temps donné, à les produire toutes. Chez la plupart des sujets, j'ai observé un fait bizarre : en soufflant sur un œil pendant que les membres sont en catalepsie, les membres du même côté tombent immédiatement dans la résolution. Sur deux sujets, deux femmes, j'ai observé un fait singulier qui a succédé à la période de catalepsie : c'est une résolution musculaire complète, absolue, avec conservation entière de l'intelligence; j'ai vu ces personnes glisser de leur chaise, et leurs muscles, relâchés et sans force, rappeler l'état du cadavre. Cet état n'a jamais duré plus de quatre ou cinq minutes, et s'est terminé spontanément comme il était venu....

Il est probable qu'on ne réussit pas aussi souvent sur les hommes que le dit Braid. Voici quelques-uns de ses chiffres : à Manchester, en séance publique, il réussit 10 fois sur 14 adultes; à Rochester, 30 fois en une séance, 16 fois dans une autre, en présence de M. Herbert Mayo. Je dois dire que j'ai réussi en petite proportion chez les hommes adultes; peut-être qu'avec de la patience et par d'autres procédés, on fera mieux que moi.

D'autre part, alors même que le sommeil est obtenu après un temps plus ou moins long, les phénomènes successifs varient en durée et en intensité. D'après Braid, il y aurait une succession presque constante dans l'ordre suivant : excitation, anesthésie, et, pendant les deux, catalepsie. J'ai observé le plus souvent l'ordre contraire, et tous les médecins qui à Paris ont répété ces expériences l'ont observé comme moi. Cependant M. Trousseau, chez un petit garçon, a observé l'excitation d'emblée. Cette période existe du reste dans l'anesthésie chloroformique, et ne se montre pas toujours. Je crois que l'anesthésie, son intensité, sa durée même, sont en raison de l'intensité de la contraction des muscles de l'œil. Chez les malades qui sont très rapidement endormis, j'ai observé le plus souvent l'état de somnambulisme complet avec hyperesthésie.

La durée de la période anesthésique peut être très longue. Chez plusieurs malades, elle a duré jusqu'à une demi-heure, sans la moindre fatigue. Des exemples de longue anesthésie ont été observés par MM. Velpeau, Follin, Natalis Guillot, Préterre, etc. Ce profond sommeil, quand on ne provoque pas une catalepsie inutile, est au contraire un repos qui, au dire des sujets (quand ils parlent), ne manque pas de charme....

L'hyperesthésie hypnotique présente un vif intérêt au point de vue de la physiologie; elle se montre d'une manière moins constante, quelquefois la première, le plus souvent après la torpeur; elle porte sur tous les sens, sauf la vue, mais surtout sur le sens de la température et sur le sens musculaire, dont elle démontre l'existence d'une manière irréfragable. L'observation citée plus haut nous en offre des exemples remarquables. L'ouïe atteint une telle acuité, qu'une conversation peut être entendue à un étage inférieur; les sujets même sont très fatigués de cette sensibilité : leur visage exprime la douleur que leur fait éprouver le bruit des voitures, celui de la voix; le bruit d'une montre est entendu à 25 pieds de distance.

L'odorat se développe et acquiert la puissance de celui des animaux. Les malades se rejettent en arrière, en exprimant le dégoût pour des odeurs dont personne ne s'aperçoit autour d'eux. A-t-on touché de l'éther, ou fait une autopsie trois ou quatre jours auparavant, les malades ne s'y trompent pas. Quel est le médecin, j'en appelle à M. Briquet, qui n'a observé très souvent ces phénomènes spontanés chez des hystériques? Si, derrière le malade, à 30 ou 40 centimètres de distance, on présente sa main ouverte ou un corps froid, le sujet dit immédiatement qu'il éprouve du froid ou du chaud, et cette sensation est si forte qu'elle devient pénible, et que le sujet cherche à l'éviter.

Il en est de même du goût. Le sens musculaire acquiert une telle finesse, que j'ai vu se répéter devant moi les choses étranges racontées du somnambulisme spontané et de beaucoup de sujets dits magnétiques. J'ai vu écrire très correctement en interposant un gros livre entre le visage et le papier; j'ai vu enfiler une aiguille très fine dans la même position; marcher dans un appartement, les yeux absolument fermés et bandés : tout cela sans autre guide réel que la résistance de l'air, et la précision parfaite des mouvements, guidés par le sens musculaire hyperesthésié....

Les malades peuvent entendre la voix, et l'état cataleptique des muscles du larynx s'opposer à la phonation; une friction sur la partie antérieure du cou fait cesser cet état, et la parole reparaît. Cette propriété remarquable de la friction ou du courant d'air froid pour faire cesser la catalepsie générale ou locale étonne par la rapidité de son action; M. Puel l'a découverte il y a quelques années, bien après Braid, mais il n'était pas probable qu'il eût connaissance des travaux du médecin anglais. Dans son très remar-

---

« Se il advenait que aucuns hons se pendît ou noyât, ou s'occît en aucune manière, li meubles seraient au baron, et aussi ceux de la femme. »

L'art. 586 de l'ancienne coutume de Bretagne, et l'art. 631 de la nouvelle, portent que *si aucun se tue à son escient, il doit être pendu et traîné comme meurtrier* (1).

A quoi bon, au surplus, rappeler la coutume d'une province, puisque, dans toute l'étendue du royaume, la loi condamnait les cadavres de ceux qui avaient disposé de leurs jours à être traînés sur une claie, la face contre terre, pour ensuite être pendus par les pieds? Ils étaient, en outre, privés de sépulture.

« Lorsque le procès que l'on fait à la mémoire de quelqu'un, dit le Répertoire que nous citons, peut être instruit et jugé en peu de temps, on conserve le corps pour rendre l'exemple de la punition plus frappant; mais si quelque raison telle que l'odeur infecte que répand le cadavre empêche de le garder, on remplit l'esprit de la loi en faisant le procès du coupable. C'est ce qu'on peut inférer de l'article 2 du titre 22 de l'ordonnance criminelle du mois d'*août* 1670. »

La loi religieuse venait constamment en aide à la loi civile en refusant à ceux qui avaient si formellement violé l'une des prescriptions de l'Église, et les prières au temple et l'inhumation en terre sainte.

Il ne suffisait pas, comme on voit, de prodiguer au corps du condamné les sévices et l'outrage; son nom, par un arrêt suprême, était déclaré notoirement infâme, et pour couronner l'œuvre son âme était promise à la damnation éternelle.

Là ne s'arrêtaient pas les poursuites de la jurisprudence en vigueur : impitoyable envers les morts, elle se montrait plus cruelle encore aux vivants. Des droits de l'humanité, des sentiments de la famille, nulle conscience ou nul respect. Au mépris des plus saintes douleurs du foyer domestique, la loi comblait la mesure de ses iniquités en rendant les enfants solidairement responsables d'une

(1) *Répertoire universel de jurisprudence civile et criminelle, canonique et bénéficiale*, ouvrage de plusieurs jurisconsultes, mis en ordre par M. Guyot, écuyer, ancien magistrat, t. XVI, in-4, Paris, 1785.

quable travail sur la catalepsie, couronné par l'Académie, il raconte longuement l'observation d'une cataleptique spontanée ; par hasard, il découvrit que par une légère friction il faisait cesser la catalepsie des mains, puis des muscles des membres et du tronc ; enfin un jour il fit cesser l'accès en frictionnant les paupières, et éveilla la malade. Ce moyen lui servit à la guérir. Chez la cataleptique spontanée qui a motivé mes recherches, j'ai observé le même phénomène et pratiqué les mêmes manœuvres avec succès ; mais la catalepsie n'était qu'un des accidents de sa maladie.

Nous avons vu, pendant la période d'anesthésie, le pouls s'abaisser singulièrement, sans cependant descendre aux caractères du pouls syncopal. Dans la catalepsie provoquée, il en est tout autrement ; après quatre ou cinq minutes, le pouls s'accélère, les battements du cœur deviennent énergiques ; quelquefois les malades éprouvent de l'oppression ; il est alors prudent de mettre les membres au repos ou de faire cesser l'hypnotisme. Nous verrons tout à l'heure quels sont les phénomènes psychiques que cette catalepsie peut permettre de constater.

J'ai reconnu maintes fois qu'en frictionnant un œil on fait cesser la catalepsie de la moitié correspondante du corps.

Il est des sujets chez lesquels la catalepsie ne paraît pas s'établir d'emblée, c'est-à-dire que les membres ne gardent pas immédiatement les positions données ; il faut alors les prier, si du moins ils entendent, de faire un petit effort pour garder la position, et l'on voit cet effort devenir en quelque sorte constant, et l'état cataleptique du membre élevé se produire. C'est dans Braid que j'ai pris l'indication de cette expérience ; sa traduction va paraître, j'y renvoie le lecteur, il y trouvera un très grand nombre d'autres faits non moins dignes d'intérêt. Il arrive souvent que l'état cataleptique ne peut être produit que dans les membres supérieurs.

Un fait curieux est celui-ci : si, pendant cette période, l'opérateur place un doigt sur la main du sujet, l'autre doigt sur la face ou la tête, il se produit dans tout le corps du patient un frémissement douloureux en tout semblable à une vive commotion électrique. J'ai constaté ce fait sur six ou sept personnes, et je ne saurais trop engager à l'étudier.....

Nous arrivons maintenant au dernier ordre de phénomènes, ceux que je nommerai *psychiques*.....

La plus importante et la plus curieuse des découvertes de Braid, dit M. Carpenter dans l'article *Sleep* de l'Encyclopédie de Todd, est la démonstration qu'il a faite du principe de la suggestion. Par *suggestion*, Braid entend ceci : un sujet, dans l'état cataleptique est placé dans une position donnée exprimant l'orgueil, l'humilité, la colère, etc., immédiatement ses idées seront portées vers ces sentiments, et cela avec une grande force ; son visage l'exprimera vivement, ainsi que ses paroles. M. Carpenter s'est convaincu de la vérité du fait ; je l'ai étudié avec le plus grand soin, et je puis ajouter mon témoignage à celui de l'éminent physiologiste. Bien plus, l'idée d'une action limitée peut être suggérée ; ainsi les mains placées dans la position de grimper, de combattre, de lever un fardeau, de tirer à soi, l'idée de ces actions vient immédiatement et avec force ; bien mieux, les deux bras étant placés dans la situation de porter deux seaux, j'ai vu une personne hypnotisée exprimer une grande fatigue du poids qu'elle disait porter. Je renvoie, pour plus de détails, à l'article de M. Carpenter et à Braid lui-même.

Les sensations extérieures ont sur les hypnotisés un très grand pouvoir ; ainsi la musique provoque la danse d'une manière irrésistible ; une musique douce fait verser d'abondantes larmes. Je n'ai pas eu occasion de vérifier ces assertions.

Le phréno-hypnotisme est, d'après Braid, la démonstration de la phrénologie par l'hypnotisme. Ainsi il serait possible d'exciter les sentiments particuliers, les goûts, les idées, en pressant fortement sur les protubérances correspondantes du crâne du sujet hypnotisé. Braid cite un très grand nombre d'expériences dans lesquelles il a pu donner des idées de vol en pressant l'organe du vol ou de l'acquisivité ; de combat, en pressant sur celui de la combativité, etc., et cela sur des sujets qui n'avaient en rien la notion de la phrénologie. Je suis arrivé seulement à amener une excitation du sens de l'odorat en frottant vivement le nez ; mais je n'ai pas vérifié les phénomènes phrénologiques purement intellectuels ; j'avoue que l'idée de jouer de l'intelligence comme d'un piano m'a paru étrange !...

Aujourd'hui, que l'exactitude du fait physique sur lequel est basé l'hypnotisme est reconnue, et qu'on sait l'importance du strabisme convergent supérieur, il surgit une quantité de faits observés en tous temps et en tous lieux, auxquels il ne manquait qu'un lien pour être réunis en faisceau.

Tels : en Grèce, les mystères d'Isis et du temple de Diane ; à Éphèse, les pythonisses ; à Rome, les incantations ; le sommeil sacré imposé par certains prêtres d'Afrique, sommeil qui n'est autre que l'hypnotisme au moyen d'un poignard ; certains procédés de sorcellerie et de certaines paroles grossières. Chacun a entendu raconter des faits analogues. En Franche-Comté, de tout temps, on a endormi les dindons en leur mettant une paille sur le bec ; un spirituel cultivateur, dans une lettre datée de sa bassecour, a rappelé, ces jours derniers, le fait de M. Velpeau. Dans le Midi, on endort les coqs et les poules par un procédé analogue. On se rappelle l'oiseau de proie, qui, après avoir décrit des cercles au-dessus du gibier, s'arrête, immobile, battant des ailes, à 15 ou 20 pieds, et, après quatre ou cinq minutes, fond sur lui.

On en rapprochera avec raison certaines pratiques du magnétisme ; ses adeptes honnêtes et convaincus y verront avec plaisir l'explication d'un grand nombre de phénomènes attribués à un prétendu fluide et à des causes trop extraordinaires. Le merveilleux descendra ainsi du piedestal où l'ont placé l'enthousiasme irréfléchi des uns et l'industrialisme des autres, et beaucoup de ses phénomènes rentreront dans la science, d'où ils n'auraient jamais dû sortir.

---

faute, d'un crime ou d'un égarement dont ils étaient les premières victimes. Il leur fallait alors traîner dans l'indigence des jours déshonorés, car le roi, profitant de ces odieuses violences, se transformait en héritier légal, et ne manquait jamais de disposer de tous leurs biens.

II. — En voulez-vous un exemple entre mille ? M. le marquis Dangeau ne vous fera pas attendre ; c'est dire assez que nous sommes au XVIIe siècle, et que cette fois le bénéficiaire a pour nom Louis le Grand.

« Aujourd'hui, dit l'honnête marquis, le roi a donné à madame la dauphine un homme qui s'est tué lui-même. Elle espère en tirer beaucoup d'argent. »

Dans cette phrase étrange, et qui, pour tout lecteur oublieux de l'histoire, resterait à coup sûr une énigme, il n'y a pas un mot qui ne respire la plus parfaite insensibilité, l'indifférence la plus exquise. Que servirait pourtant de s'indigner contre Dangeau ? Il est cruel sans le vouloir, sans le savoir ; il est de son temps enfin et de son monde surtout. Personne alors, à la cour, à la ville (dans les hautes régions, il est vrai), ne se serait inquiété plus que lui du sort que la munificence royale réservait aux familles de ceux qu'on dépouillait. Chevalier d'honneur de la duchesse de Bourgogne, Dangeau n'a vu dans le suicide de ce bourgeois qu'un événement heureux pour madame la dauphine, puisqu'elle *espère en tirer beaucoup d'argent*, et le digne serviteur a pris note de cette largesse du maître.

« Madame la duchesse d'Harcourt, dit-il ailleurs, demande et obtient la succession d'un nommé Foucault, qui s'est donné la mort (1). »

(1) *Nouveaux mémoires de Dangeau*, par Lemontey, p. 51. — Quant au malheureux dont l'héritage entra dans la cassette privée de la jeune dauphine, il se nommait Perrot. Graveur de son état, il avait eu l'audace de mettre en vente un sujet allégorique qui n'avait pas précisément pour but de célébrer les vertus de la très haute et très puissante marquise de Montespan. Pour cette première témérité, il lui fallut passer six ans à la Bastille. La souveraine intervention de mademoiselle de Fontanges le rendit à sa famille, et, pendant quelque temps, Perrot sut se maintenir dans une extrême réserve. Un jour enfin, l'artiste fut entraîné au cabaret, et, noyant dans le vin le souvenir de sa

Des faits pathologiques sont déjà venus se rattacher à l'hypnotisme. J'ai cité ceux de M. Baillarger (1), celui de M. Pouzin (2), et les idées de M. Piorry ; j'ajouterai celui-ci, très bizarre : Un des jeunes littérateurs les plus éminents de l'époque, devenu spontanément strabique, éprouvait une telle fatigue à fixer un point rapproché, que tout travail prolongé était devenu impossible. Le hasard lui fait découvrir qu'en couvrant un œil, il peut travailler de longues heures.

L'hypnotisme commence à occuper la médecine étrangère ; non pas (chose singulière !) chez les Anglais, qui se contentent d'observer comment nous usons d'une curiosité venue de leur pays, mais en Italie et en Savoie. M. Giambattista Borelli vient de publier dans la GAZZETTA MEDICA ITALIANA (*Stati sardi*, 1859, n°s 50 et 51) quatre expériences d'hypnotisme, toutes pratiquées avec succès. C'est du moins ainsi qu'en a jugé l'expérimentateur. Nous ne pouvons dissimuler toutefois qu'il nous est resté des doutes sur la réalité du sommeil chez une au moins des femmes soumises à l'expérimentation. D'un autre côté, une note envoyée à la GAZETTE MÉDICALE DE LYON (numéro du 1er janvier) par M. le docteur Guilland (d'Aix-les-Bains) contient le récit de quelques expériences faites à Chambéry par M. Carret, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Deux enfants d'une quinzaine d'années, un jeune homme de vingt ans et un vieillard sexagénaire ont été hypnotisés avec assez de facilité. « Chez ce dernier, un abcès à la cuisse, suite d'angioleucite, et fort douloureux, a été ouvert et vidé par d'énergiques pressions, sans que le malade y prêtât la moindre attention. »

M. Carret présente comme une condition importante au succès de l'expérience l'existence d'un point central brillant sur l'objet qui doit être regardé ; et M. Borelli insiste pour que l'objet suive tous les mouvements involontaires de l'œil, de manière à rester toujours dans l'axe visuel. Il faut rapprocher de ces recommandations celle de M. Azam, qui est de maintenir le silence et le calme autour du sujet.

— Les deux journaux de médecine de Bordeaux nous apportent en même temps quelques documents relatifs à la strangulation et à la suspension volontaires. A l'occasion d'un fait qui s'est passé à Paris, où un prisonnier a essayé de s'étrangler au moyen d'un bâton passé dans sa cravate, M. P. Fischer rappelle, dans l'UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE (décembre 1859), plusieurs cas du même genre, où le suicide a été consommé, notamment celui de Pichegru : « Il avait, dit M. Thiers (*Histoire du Consulat et de l'Empire*, t. V, p. 45), emprunté à M. Réal les œuvres de Sénèque. Une nuit, après avoir lu pendant plusieurs heures, et avoir laissé le livre ouvert à un passage où il est question de la mort volontaire, il s'étrangla au moyen d'une cravate de soie dont il avait fait une corde et d'une cheville de bois dont il avait fait un levier. Vers la fin de la nuit, les gardiens, entendant quelque agitation dans la chambre, entrèrent et le trouvèrent suffoqué, le visage rouge, comme s'il avait été frappé d'apoplexie. » L'autopsie, pratiquée par Chaussier, démontra qu'il n'y avait pas eu hémorrhagie cérébrale, mais seulement turgescence extrême des veines encéphaliques.

La possibilité de la strangulation spontanée par le *tourniquet* ou la *garrotte* est assez bien établie aujourd'hui, pour qu'il devienne inutile d'accorder aux mêmes exemples de ce genre d'homicide volontaire plus qu'une simple mention. Mais un intérêt plus vif s'attache à une circonstance, assez souvent notée et néanmoins peu étudiée, de la mort par pendaison, strangulation ou submersion. Les individus trouvés pendus, étranglés ou noyés, ont parfois les mains attachées, tantôt en avant du tronc, tantôt en arrière. On comprend de quelle importance il est alors d'examiner les dispositions de la ligature, afin de savoir si celle-ci a pu être faite par l'homicidé lui-même ou a dû nécessiter l'action d'une main étrangère. C'est un point de médecine légale dont s'occupe, dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (décembre 1859), M. le docteur Borchard, que sa position de médecin expert près les tribunaux de Bordeaux rend si compétent en cette matière. Un individu avait été retiré d'un puits, *les mains solidement liées par une corde*. On savait qu'il avait donné des signes d'incohérence d'idées et avait même manifesté des intentions de suicide ; de plus, son corps ne présentait aucune trace de violences. Toutefois, la ligature des mains pouvait tout remettre en question. M. Borchard s'assura que, bien qu'elle fût, comme nous l'avons dit, solide, elle n'était pas retenue par de véritables *nœuds*, et que les mains étaient assez distantes l'une de l'autre pour qu'elles aient pu manœuvrer de manière à disposer la corde dans une sorte d'entrelacement. La conclusion du rapport a été naturellement que le sujet s'était précipité lui-même dans le puits.

Un criminel célèbre, Champion, qui avait tenté d'assassiner Louis-Philippe, a été trouvé pendu dans sa prison, les mains attachées *derrière le dos* avec des bandes à pansement. Le

(1) Épilepsie reproduite à volonté en regardant de très près un objet quelconque.
(2) Catalepsie survenant chez une hystérique quand elle se regardait dans la glace.

Passons au XVIIIe siècle.

« Un Welche, dit Voltaire, dégoûté de la vie, et souvent avec très grande raison, s'avise de séparer son âme de son corps, et pour consoler le fils on donne son bien au roi, qui en accorde presque toujours la moitié à la première fille d'Opéra qui le fait demander par un de ses amants ; l'autre moitié appartient de droit aux fermiers généraux (1). »

En ce temps-là le suicide avait rarement le privilége d'occuper les esprits; mais enfin, lorsque de loin en loin il tombait sous la juridiction des gens de lettres, les conservateurs du vieil édifice social ne manquaient pas de s'en prendre aux idées nouvelles de ce cruel détachement de la vie, tandis que leurs adversaires, croyant user d'un droit de représailles, faisaient retomber la responsabilité tout entière sur le gouvernement lui-même.

Dans un essai sur la vie et les ouvrages d'Helvétius, nous lisons le passage suivant :

« On remarqua, au commencement de 1771, quelques changements dans l'humeur d'Helvétius. On attribuait cet état à des causes morales. Ces dernières années ont été l'époque de malheurs publics auxquels M. Helvétius fut fort sensible. Le désordre des finances et le changement dans la constitution de l'État répandirent une consternation générale. Un grand nombre de suicides dans le royaume, un plus grand nombre dans la capitale, sont de tristes preuves de cette consternation. Des maux physiques l'augmentaient encore. Les récoltes n'étaient point abondantes. Mais tant que la disette a duré, les aumônes de M. Helvétius n'ont pas permis à ses vassaux d'en souffrir (1). »

captivité, il fit chorus à des chansons contre la cour. Nouvelle incarcération. « Et cette fois, lui dit-on, ce sera pour la vie. » Il s'ensuivit que le geôlier trouva Perrot pendu par sa cravate aux barreaux d'une meurtrière. Maison et meubles furent aussitôt vendus ; mais que devinrent la veuve et les enfants que la police prit soin de jeter sur la voie publique?

(1) *Correspondance générale.* — Lettre à M. Servan, avocat général à Grenoble, 27 septembre 1769.

(1) *Œuvres complètes d'Helvétius.* Londres, 1781, p. 105.

mode de ligature n'a pu être déterminé, parce que les bandes avaient été détachées avant le transport du cadavre à la Morgue. Il en a été de même d'un autre prisonnier dont parle Marc, et qui s'était attaché les mains par-devant avec un mouchoir. Marc estime que cet homme s'était servi pour cela de ses dents. C'est, comme le dit M. Borchard, une hypothèse. Chez les individus dont les mains étaient retenues par derrière et assez rapprochées pour qu'elles n'aient pu être placées dans cette position après la ligature, il est évident que les dents n'ont pu être d'aucun secours. Il importe donc de rechercher d'abord jusqu'à quel point et *de quelle manière* un individu peut s'attacher lui-même les deux mains *sans l'assistance des dents*, afin que l'impossibilité de s'aider de ce moyen, dans une circonstance donnée, ne devienne pas mal à propos une présomption de crime. Ensuite on examinera quels changements, quels perfectionnements l'emploi des dents peut apporter dans l'opération de la ligature. Mais comme M. Borchard promet de revenir sur cette question, muni de faits empruntés à la médecine allemande, nous attendrons pour aller plus loin la suite de son travail.

— La *Société impériale et centrale de médecine vétérinaire* a consacré plusieurs séances à une discussion sur l'existence et la contagiosité de la fièvre typhoïde chez le cheval; discussion dont nous trouvons un résumé dans le Journal des vétérinaires du Midi. Il est évident à la lecture de ce document que ni le travail (de M. Rougieux) qui a été le point de départ du débat, ni le débat lui-même, n'ont établi que l'affection dont la propriété contagieuse a paru évidente à quelques membres, était semblable à la fièvre typhoïde de l'homme; et même aujourd'hui, malgré une tendance manifeste de la médecine vétérinaire à faire entrer cette fièvre dans la nosologie du cheval, il est douteux qu'on y soit autorisé par l'observation. M. Sanson a, il est vrai, rappelé que, dans les pyrexies, des lésions anatomiques diverses pouvaient émaner d'une diathèse commune, et soutenu que, sans se trop préoccuper des plaques de Peyer, il fallait tenir pour typhoïde une maladie caractérisée par des symptômes analogues à ceux du typhus. Mais il faut avant tout s'entendre et sur les mots et sur les choses. Comme nous paraît l'avoir excellemment établi M. Patté, si la maladie décrite par M. Rougieux ressemble à une pyrexie de l'espèce humaine, c'est au *typhus des camps* ou au *typhus d'Irlande*, dans lesquels on ne rencontre pas la lésion des follicules agminés. Ce typhus est contagieux; la maladie des chevaux a pu l'être aussi. Mais comme, en dépit de toutes les analogies qu'on peut et doit établir entre le *typhus fever* et la fièvre typhoïde, ces deux formes morbides sont très distinctes, il faut de toute nécessité démontrer aussi chez le cheval l'existence des signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde avant de rechercher si, chez le même animal, cette fièvre offre le caractère contagieux.

— Au sujet de la cataracte dite diabétique dont il était question dans notre avant-dernier numéro (nº 51, p. 804), une lettre écrite de Paris au Medical Times (nº du 31 décembre 1859) contient un renseignement que l'importance de sa source ne permet pas de négliger. « Dans le cours d'une conversation avec M. Sichel (peut-être la plus haute autorité de France en oculistique, et dont la réputation est certainement européenne), il m'a assuré, écrit le correspondant anonyme, qu'il avait fréquemment rencontré la cataracte en rapport avec l'état diabétique, mais qu'il n'avait jamais trouvé les caractères décrits par M. France (ceux que la Gazette hebdomadaire rappelait dernièrement). M. Sichel toutefois ne nie pas l'existence probable de ces particularités; mais il avoue ingénument (*candidly*) que, en examinant un malade, il serait dans l'impossibilité de dire, simplement d'après l'apparence, la forme et les progrès du mal, si la cataracte est liée ou non au diabète. » C'est à peu près la conclusion à laquelle il nous avait paru que l'examen comparatif des faits publiés conduisait jusqu'à présent.

— M. le docteur Pertusio a présenté à l'*Académie médico-chirurgicale de Turin* (séance du 28 octobre) une sonde cannelée destinée à l'opération de la hernie étranglée, et qu'il considère comme un perfectionnement de la *sonde ailée* de Boyer ou de la *spatule cannelée* de Vidal (de Cassis). L'instrument de M. Pertusio, de la grosseur d'un doigt, a la forme d'une gouttière, et offre conséquemment une face concave et une face convexe; cette dernière est parcourue dans sa longueur par une large cannelure. L'extrémité de la sonde est ovalaire et amincie vers les bords, qui se relèvent vers la convexité (de manière sans doute à continuer et à fermer la cannelure). Comme les instruments de Boyer et de Vidal, celui-ci, appliqué (par sa face concave) sur le paquet hernié, le repousse et le met hors d'atteinte du bistouri; mais il aurait sur eux, d'après M. Pertusio, l'avantage de pouvoir être plus facilement insinué sous l'arcade aponévrotique, en raison de la disposition ovalaire de l'extrémité. Une fois introduit, on l'enfonce autant que de besoin, et la cannelure de la face dorsale sert à conduire le bistouri.

En prenant une part aussi vive à la détresse publique, aux souffrances du pauvre, le philosophe, assurément, ne soupçonnait pas que sa douleur même était une réfutation touchante du triste livre de l'*Esprit*, où l'intérêt personnel nous est donné comme l'unique mobile des actions humaines.

Deux ans après (1773), un autre écrivain, plein de ressentiment contre l'esprit philosophique, signalait en ces termes les progrès du suicide :

« Depuis quelque temps, le suicide devient trop commun dans toutes les parties du monde chrétien, pour ne devoir pas fixer l'attention des amis de la société et des hommes. Divers écrivains, tant théologiens que philosophes, ont pris la plume contre cette furieuse manie, fruit naturel de l'irréligion, du luxe et de la corruption de ce siècle; mais les uns n'ayant fait que de pompeuses déclamations sur ce sujet, les autres que débiter quelques heureuses saillies de leur esprit : ceux-ci l'ayant traité superficiellement, ceux-là d'une manière toute métaphysique et abstraite; leurs ouvrages, quoique bons dans leurs genres, laissent encore à désirer là-dessus quelque chose de plus complet, de plus approfondi à certains égards et de plus simple (1). »

III. — Enfin, presque à la veille de la révolution, un auteur, à peu près inconnu de la génération actuelle, s'étant imposé la tâche de retracer au jour le jour, suivant l'occasion ou le caprice, les scènes si variées de la vie parisienne, se trouva comme nous en présence du suicide. On sait déjà qu'il n'était pas facile d'éviter une pareille rencontre, et le moyen d'ailleurs, dans un *Tableau de Paris*, de ne pas réserver une place à la mort volontaire?

Seulement il lui mesura l'espace comme on nous mesure la terre au champ du repos, et le suicide fut inscrit pour mémoire entre un *Avis aux riches* et *les filets de Saint-Cloud*.

Si court que soit ce chapitre, écrit en 1782, il conserve à nos yeux un intérêt réel, parce qu'il devient pour nous un terme de comparaison, et qu'il nous conduit à l'époque précise où commen-

(1) *Traité du suicide ou du meurtre volontaire de soi-même*, par Jean Dumas, Amsterdam, 1773, p. 1 et suiv.

Comme l'a dit dans la discussion M. Sella, la sonde de M. Pertusio pourra rencontrer des circonstances favorables d'application; mais on devra lui préférer le doigt toutes les fois que celui-ci pourra trouver accès dans l'orifice du canal. Le doigt est une sonde qui voit clair, et le dos du bistouri y creuse une cannelure instantanée.

— On sait combien ont varié les procédés de suture pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. L'imagination des inventeurs s'est tour à tour exercée sur la composition des fils et sur leurs moyens d'attache. Aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens, principalement en Amérique, se servent de fils de métal, et quelques-uns assujettissent les ligatures, de quelque nature qu'elles soient, à l'aide de petites traverses, ordinairement en plomb. La traverse de M. Sims est particulièrement connue.

Ces brèves indications étaient indispensables avant de faire connaître le *nouveau mode opératoire* proposé par M. J. Baker Brown, qui en a fait le sujet d'un mémoire lu à la Société médicale de Londres, et publié par THE LANCET (le 10 décembre 1859). Notre confrère, après avoir avivé les bords de la fistule à l'aide de trois bistouris distincts, dont les lames, diversement inclinées sur le manche, permettent d'en présenter plus aisément le tranchant aux surfaces à inciser (1), pose des ligatures en argent ou en fer galvanisé, puis en rapproche les extrémités, qu'il engage dans le milieu d'une traverse, percée à cet effet d'une œillère. Cette traverse offre une légère courbure, dont la concavité regarde la fistule, et dont la convexité porte une sorte de petit bouton, au centre duquel passent l'œillère et conséquemment les fils. Ceux-ci étant saisis de la main gauche, l'opérateur embrasse avec une pince solide le bouton de la traverse, qu'il pousse vers la plaie jusqu'au contact. Quand on sent que les deux extrémités de la traverse courbe touchent la paroi vaginale, on continue à la pousser jusqu'à ce qu'on l'ait redressée et qu'elle s'applique par toute sa surface sur les tissus. Il suffit alors de presser fortement le bouton entre les mors de la pince pour le déformer, en rétrécir l'ouverture, et par là comprimer et assujettir les fils auxquels elle donne passage.

La très petite modification apportée au procédé de M. Sims par M. Baker Brown consiste donc, on le voit, en ce que les grandes traverses du chirurgien américain sont remplacées par de petites traverses en nombre égal à celui des fils. Cette disposition permet d'appliquer plus commodément et plus sûrement le système des traverses aux fistules de forme irrégulière. Il n'est pas superflu, d'ailleurs, de faire remarquer que l'inventeur même, ou plutôt le rénovateur des traverses, M. Sims, a cessé de les employer et se borne, pour arrêter les fils de métal, à en tordre les chefs.

Quant à la constriction des fils dans une petite boule de plomb adaptée à la traverse, c'est une imitation directe du procédé de beaucoup de chirurgiens américains, qui se servent depuis longtemps, de la même manière et pour le même usage, de grains de plomb. La traverse à boule de M. Baker Brown n'est autre chose qu'un gros grain de plomb avec des prolongements de forme lamellaire.

On ne pourrait apprécier par les observations que l'auteur a jointes au mémoire le mérite relatif de son procédé; car, sur les sept opérations dont il fait connaître les résultats, deux fois il s'était servi uniquement du bouton de Bozeman, et la guérison avait eu lieu; deux fois le même moyen de réunion avait réalisé aux trois quarts une guérison que les traverses n'avaient qu'à compléter; une fois, on n'avait appliqué qu'une seule traverse, et le sujet avait également guéri. Restent donc deux cas dans lesquels le nouveau procédé a été appliqué seul, et appliqué régulièrement. Or, de ces deux cas, un seulement s'est terminé par la guérison; dans l'autre, la mort est survenue avant la réunion entière des bords de la plaie.

Nous parlons de guérison pour nous conformer au texte du mémoire. Mais en réalité les observations relatées par M. Baker Brown sont passibles, sous ce rapport, d'un reproche qui atteindrait justement un grand nombre de celles dont la cure de la fistule vésico-vaginale a fait les frais. C'est le plus souvent *quelques jours* après la réunion apparente des bords de la plaie et la cessation de l'écoulement urinaire que la guérison est donnée comme complète. Complète, soit; mais a-t-elle été définitive? C'est ce qu'il faudrait savoir.

A. DECHAMBRE.

---

(1) Ces trois bistouris existent déjà dans la trousse de M. Bozeman; mais M. Baker-Brown en revendique l'invention.

---

cent nos recherches. On nous permettra donc de nous y arrêter un instant.

Admirateur passionné de Jean-Jacques, l'écrivain dont nous parlons repoussait énergiquement les reproches adressés à l'esprit du siècle, et se posant lui-même en accusateur : « Pourquoi se tue-t-on à Paris, s'écrie-t-il, depuis environ vingt-cinq ans? D'où viennent ces nombreux suicides, dont on n'entendait presque pas parler autrefois? On a voulu mettre sur le compte de la philosophie moderne ce qui n'est au fond, je l'oserai dire, que l'ouvrage du gouvernement. »

A l'appui de cette assertion, il énumère une série de griefs qui sont encore les nôtres; le jeu, les loteries, les impôts, la misère; puis il se plaint hautement des entraves dont est surchargé le commerce intérieur.

« On a, dit-il, tout fait passer dans la main du roi : charges, priviléges, maîtrises, etc.; les éternelles lois prohibitives enchaînent l'industrie et lui ont ôté son ressort.

» Ceux qui se tuent ne sachant plus comment exister, ne sont rien moins que des philosophes : ce sont des indigents, las, excédés de la vie, parce que la subsistance est devenue pénible et quelquefois impossible.

» A Londres, au contraire, c'est le riche qui se tue, parce que l'Anglais opulent est le plus ennuyé des hommes.

» Le nombre des suicides, à Paris, peut monter, année commune, à cent-cinquante (le tiers environ du nombre actuel). La police a soin de dérober au public la connaissance des suicides. Quand quelqu'un s'est homicidé, un commissaire vient sans robe, dresse un procès-verbal sans le moindre éclat, et oblige le curé à enterrer le mort sans bruit. On ne traîne plus sur la claie ceux que des lois ineptes poursuivaient après leur trépas. C'était d'ailleurs un spectacle horrible et dégoûtant, qui pouvait avoir des suites dangereuses dans une ville peuplée de femmes enceintes.

» Aucun papier n'annonce ce genre de mort; et dans mille ans d'ici, ceux qui écrivent l'histoire d'après ces papiers, pourraient révoquer en doute ce que j'avance; mais il n'est que trop vrai que

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires, par Boinet, membre de la Société de chirurgie.

Notabilis hydropis species, quæ ovaria mulierum sæpe occupat, difficulter cognoscitur, vix sine inciso cadavere.

Boerhaave, aphor. 1223.

Quoiqu'il paraisse aisé, en lisant les auteurs, de distinguer les tumeurs de l'abdomen les unes des autres, de nombreuses erreurs de diagnostic montrent tous les jours que les hydropisies de l'ovaire sont encore enveloppées de tant d'obscurité qu'il est parfois très difficile de les reconnaître. On ne saurait donc trop faire d'efforts pour arriver à une connaissance plus exacte de ces maladies, puisque les méprises qui peuvent avoir lieu, ont, au point de vue du traitement, des conséquences souvent fâcheuses. Bien que les symptômes spéciaux qui appartiennent aux hydropisies de l'ovaire, à leur différent degré de développement, soient assez nombreux et assez évidents, les erreurs de diagnostic sont encore si communes, que nous croyons devoir insister sur les moyens d'exploration à l'aide desquels on peut, sinon toujours, au moins dans l'immense majorité des cas, reconnaître ces hydropisies.

Les affections que l'on a le plus souvent prises pour des hydropisies ovariques sont l'ascite, la grossesse, la grossesse extra-utérine, la tympanite, l'hydropisie enkystée du péritoine, des tumeurs fibreuses, cancéreuses, des amas de matières fécales endurcies, des abcès des fosses iliaques, l'hématocèle rétro-utérine, des kystes hydatiques, etc.; et cependant toutes ces maladies n'ont que les apparences des kystes ovariques et ont des signes particuliers qui peuvent les faire reconnaître. Mais avoir reconnu un kyste de l'ovaire des autres tumeurs qui peuvent se rencontrer dans la cavité abdominale n'est pas encore tout le diagnostic des kystes ovariens; il reste encore à savoir à quelle variété de kyste on a affaire, si c'est un kyste unilobulaire ou multiloculaire, s'il est simple ou composé, s'il est compliqué d'une ascite, d'une grossesse, de tumeurs fibreuses, etc.; si le liquide qu'il renferme est séreux, clair, hydatique ou bien s'il est coloré, épais, filant, gélatineux, séro-purulent, purulent, etc.; si, enfin, les kystes sont mobiles ou adhérents avec les parois de l'abdomen. Il est facile de voir d'après cette simple énumération de tumeurs diverses et de variétés de kystes qui peuvent se rencontrer dans la cavité abdominale, combien un diagnostic certain est quelquefois difficile à préciser. Heureusement que chacune de ces tumeurs, que chaque variété de ces kystes offre des signes et des symptômes qui leur sont propres et à l'aide desquels on peut les distinguer les unes des autres. Au point de vue du pronostic, et du traitement surtout, savoir reconnaître chaque tumeur en particulier et les états si variés qu'elle peut présenter est de la dernière importance. Non-seulement cette distinction nous apprend quelles sont les chances de guérison qu'on peut espérer, mais elle nous indique encore si l'on doit opérer ou non, si l'on doit faire des ponctions suivies d'injections iodées ou tout simplement des ponctions palliatives, ou bien, enfin, si l'ovariotomie peut offrir quelques chances de succès dans les cas où l'on croirait devoir recourir à cette grave et ultime ressource.

Avant donc d'aborder le diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire avec les tumeurs, soit solides, soit liquides, qui peuvent se développer dans la cavité abdominale, disons quels sont les signes qui caractérisent les hydropisies enkystées des ovaires. Ces signes varient suivant que le kyste a acquis un développement considérable ou bien qu'il est petit et à son début, suivant qu'il est uniloculaire ou multiloculaire, suivant qu'il renferme un liquide séreux, gélatineux, purulent, suivant enfin qu'il est compliqué d'une autre maladie, d'une ascite, d'une grossesse par exemple, etc., etc.

Un des premiers symptômes de l'existence d'un kyste est une douleur sourde, un embarras, une gêne, une pesanteur, une espèce de tiraillement dans une des régions iliaques. Ce symptôme est souvent le résultat d'une turgescence, d'une irritation de l'ovaire et se manifeste surtout soit avant, soit pendant les époques menstruelles. D'autres fois cette douleur ne devient sensible qu'à la pression ou dans certains mouvements; ces premiers signes, il est vrai, n'ont pas une grande valeur au début au point de vue du diagnostic de la tumeur ovarique, qui n'existe pas encore pour ainsi dire, mais plus tard, lorsque le ventre aura pris du développement, qu'il aura une forme uniforme et qu'il est devenu impossible de reconnaître soit par la vue ou la palpation de quel côté le kyste a pris naissance, ces signes acquièrent une signification très importante, puisqu'en faisant connaître le côté où le kyste a commencé, ils indiquent à l'opérateur le côté où la ponction devra être pratiquée. J'ai fait connaître ailleurs (*Iodothérapie*, p. 408, au chapitre *de la cure radicale des hydropisies de l'ovaire*) pourquoi on doit opérer les kystes ovariques du côté où ils ont pris naissance.

Plus tard, quand la maladie fait des progrès, apparaît dans une des régions iliaques une tumeur plus ou moins indolente, appréciable à la main, lobulée ou arrondie, et qui offre une résistance égale, élastique. Il arrive assez souvent que cette tumeur dépasse le pubis ou même arrive jusqu'à l'ombilic, sans que la malade se soit doutée de son développement, et c'est alors que le médecin, appelé pour la première fois, constate quelquefois difficilement le côté où elle a commencé. Au bout d'un certain temps, l'abdomen offre un développement uniforme et a le volume d'une grossesse avancée. Si la malade est jeune et s'est exposée à devenir enceinte, elle se trompe volontiers sur cette augmentation du ventre ou bien elle se figure qu'elle engraisse, et ce n'est que quand le kyste a acquis un volume considérable que sa durée a dépassé les limites

---

le suicide est plus commun aujourd'hui à Paris que dans toute autre ville du monde connu (1). »

Ainsi, malgré le silence des journaux et la profonde obscurité que le pouvoir laissait planer sur les événements de ce genre, il est constant que dès ce moment, à force de se multiplier, le suicide attirait l'attention de quelques observateurs qui parfois se montraient jaloux d'aller au fond des misères sociales.

Aux causes déjà nombreuses, mais le plus souvent ignorées, qui provoquaient alors au mépris de la vie, devaient se joindre, dans un avenir prochain, bien d'autres influences que l'auteur ne pouvait prévoir. Devenu plus tard témoin, acteur et victime (2) de ce drame immense qui se donna pour but de faire cesser l'antagonisme éternel du bien et du mal, du droit et de la force, des ténèbres et de la lumière, il dut comprendre, en voyant le suicide apparaître sous une forme nouvelle et sortir instantanément de nos discordes civiles, à quel point cette question de la mort volontaire dépassait les étroites limites qu'il lui avait assignées. Or, depuis la révolution jusqu'à nous, quel chemin encore et combien d'aperçus nouveaux!

A l'époque où Mercier écrivait, on demeurait donc convaincu que le suicide ne prélevait son tribut que sur les gens comblés de tous les dons de la fortune, et par cela même arrivant au dégoût de toutes choses, puis sur les malheureux auxquels une trop longue détresse enlevait le courage de vivre. Pour les uns (les Anglais surtout, croyait-on), c'était sous la forme du spleen, l'expiation d'une richesse mal acquise ou mal employée, et pour les autres le remède héroïque qui les guérissait de leur misère. Également préservées de la satiété qui suit l'excès du bien-être et de l'affreuse atonie qu'entraîne un dénûment absolu, les classes moyennes de la société semblaient n'avoir pas à redouter la contagion de pareils exemples.

(1) *Tableau de Paris*, par L.-S. Mercier, t. III, p. 193, édit. d'Amsterdam, 1782, 8 vol. in-8.

(2) Membre de la Convention nationale, Mercier fut au nombre des *soixante et treize* qui protestèrent contre la journée du 31 mai. Il fut, avec ses collègues, exclu de l'assemblée, privé comme eux de sa liberté, et ne reprit ses fonctions qu'après le 9 thermidor. En 1795, il passa au conseil des Cinq-Cents. — Mort en 1814.

naturelles d'une grossesse, alors que la tension de l'abdomen devient de plus en plus grande, que la sensation d'un liquide qui se déplace a lieu, que les troubles fonctionnels des viscères abdominaux, la gêne de la respiration, etc., ne laissent plus de doute aux malades, qu'elles reconnaissent, malgré un état de santé ordinairement bon, qu'elles sont hydropiques.

Mais il est des signes spéciaux qui caractérisent ces kystes ovariques à leurs différentes périodes de développement. Quand on est consulté au début de la maladie, on doit porter toute son attention sur la forme du ventre; on reconnaîtra souvent, en l'examinant avec soin, qu'il est plus saillant d'un côté que de l'autre; s'il est uniforme, c'est en palpant le ventre, en le déprimant, qu'on découvrira dans certains cas l'existence de la tumeur, et qu'on pourra la limiter et la déplacer en la portant du côté où elle a pris naissance. Chez les jeunes filles ou chez les femmes qui n'ont point fait d'enfant, il devient quelquefois difficile de constater de quel côté la tumeur a commencé, parce que, en même temps que la tumeur s'accroît, le côté opposé se remplit du paquet intestinal qui y est refoulé, de sorte que l'abdomen est également tendu; c'est alors que la percussion pratiquée avec soin, sur tous les points du ventre, indique une tumeur dans un des côtés du ventre et le paquet intestinal refoulé dans l'autre, et quand les parois du ventre présentent une certaine laxité, ordinaire aux femmes qui ont fait des enfants, et que le ventre n'est pas très volumineux, la tumeur peut se déplacer dans la position de droite et de gauche que prend la malade et assez souvent fait sentir en se déplaçant une sorte d'ondulation.

Une fois la tumeur reconnue dans un des côtés de l'abdomen, il reste à savoir si elle est liquide ou solide. La pression sur cette tumeur, circonscrite et comprimée le long de la fosse iliaque, fera reconnaître une fluctuation plus ou moins évidente, et laissera percevoir une dépression élastique, qui empêche de la confondre soit avec une tumeur fibreuse, soit avec un amas de matière fécale ou toute autre tumeur solide. La percussion donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur et souvent la sensation d'une fluctuation. Le toucher par le vagin ou par le rectum n'apprendra rien, parce que la tumeur, encore placée dans la région iliaque et lombaire ne s'est pas encore développée dans le petit bassin, mais dès qu'elle aura acquis un certain développement, le toucher vaginal pourra devenir utile, pour apprendre, si aucun autre signe ne l'avait indiqué, dans quel côté du ventre la maladie a débuté, parce que alors la tumeur, en se développant, attire de son côté le fond de la matrice, et donne à cet organe une position oblique, tel que son col est toujours du côté opposé à son fond, c'est-à-dire que le fond est à droite quand le col est à gauche. Ce signe, très important dans certains cas, où il faut absolument savoir, pour opérer, de quel côté le kyste a commencé, ne doit être recherché que lorsque les malades, dont le ventre a acquis un volume considérable et uniforme, ne peuvent dire de quel côté la maladie a débuté.

A une époque plus avancée encore, lorsque le ventre est uniforme et n'offre aucune inégalité, c'est à la pression et à la percussion qu'il faut avoir recours pour établir le diagnostic. Par la pression, on peut percevoir de la fluctuation, des inégalités, des duretés que l'œil ni la main passée légèrement n'avaient pu faire découvrir. Si les parois abdominales ne sont pas trop tendues ou œdématiées, on peut, en déprimant le ventre dans tous les points de son étendue, sentir des masses plus ou moins considérables, plus ou moins mobiles, de forme et de volume divers, d'un tissu plus ou moins résistant, tantôt dur, tantôt mou, élastique. Ces masses qui semblent des corps sphériques un peu aplatis, sont parfois si volumineux, si diversement placés, qu'ils simulent un déplacement anormal du foie, de la rate et du rein. Quelquefois la sensation de fluctuation n'est que partielle, peu distincte, et les différentes parties de la tumeur offrent une résistance inégale. Dans ces cas, il existe soit un kyste multiloculaire, soit un kyste ou des tumeurs compliquées d'ascite. D'autres fois, la fluctuation est générale et plus évidente que dans l'ascite même au dernier degré. C'est à reconnaître la nature de ces différents états que doit s'appliquer le praticien. Ils ont tous des caractères particuliers, spéciaux, qui les font distinguer les uns des autres et aident à poser les indications du traitement.

Dans l'immense majorité des cas, on peut, pour ne pas dire toujours, reconnaître si l'on est en présence d'un kyste soit uniloculaire avec liquide séreux ou purulent, épais, filant, soit d'un kyste multiloculaire avec liquide séreux ou visqueux, gélatineux, soit d'un kyste compliqué d'une ascite, d'une grossesse, ou de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, etc., soit d'une ascite, d'une hydropisie enkystée du péritoine, d'une tumeur dure, fibreuse, soit enfin d'une grossesse, etc. On peut même, dans les kystes multiloculaires, indiquer le nombre des poches qui correspondent à la paroi antérieure de l'abdomen. La percussion, aidée de la palpation et du commémoratif, suffit pour établir tous les diagnostics.

La percussion est en effet le principal moyen et le plus sûr pour reconnaître si un kyste est uniloculaire, ou multiloculaire, multiple ou compliqué; si le liquide qu'il contient est séreux, épais, filant, gélatineux, s'il a plusieurs loges et quelle est la grandeur de ces loges, leur nombre, et dans quelle étendue elles correspondent aux parois de l'abdomen. La marche de la maladie, les douleurs plus ou moins vives qu'ont éprouvées les malades, les signes d'inflammation plus ou moins sensibles qui se sont manifestés du côté du ventre, l'état général de la santé serviront encore à indiquer de quelle nature est le liquide, s'il est séro-purulent ou purulent, quelle est sa coloration, etc.; enfin, la palpation aidant fera découvrir les tumeurs plus ou moins dures qui peuvent compliquer les kystes.

Après ces considérations générales sur le diagnostic des hydropisies de l'ovaire, nous allons aborder les détails, et dire les signes spéciaux caractéristiques de chaque variété de kystes. Étudions

---

Les maladies de l'imagination, dont nous étudierons ailleurs les funestes effets, comptaient encore peu de victimes. Saint-Preux et Werther avaient paru pourtant; mais les générations, subjuguées bientôt par la vie militante, devaient, pour un temps du moins, échapper à ces tristes affections de l'âme, qui se nourrissent d'oisiveté, et qui manquaient alors de loisir.

IV. — Quand, sur la foi de nos déchirements, et guidés par la trahison de ceux-là mêmes qui présidaient à nos destinées, l'étranger franchissait nos frontières et nous menaçait insolemment de l'esclavage, qui donc, à l'heure suprême où le canon d'alarme appelait la nation entière à protéger le sol natal, songeait à se réfugier dans la vie rêveuse comme dans un asile inviolable? Werther et Saint-Preux, parmi nous, ne pouvaient plus être que soldats ou tribuns, et l'on sait, en effet, quel fut le magique pouvoir de cet appel aux armes. Ce fut le réveil soudain et le réveil durable de nos instincts militaires. En se précipitant sur l'ennemi, les volontaires de 1792 avaient derrière eux les quatorze armées de la république. Mais hélas! plus redoutable et plus cruel encore que l'invasion étrangère, le fléau de la guerre civile étendait sur nous ses fureurs. Au milieu de ces luttes intestines, où dominaient les passions aveugles et les colères implacables, où les partis, vainqueurs et vaincus tour à tour, se décimaient sans pitié, si l'on veut se rendre compte de l'état des esprits, on devine à l'instant les regrets amers, la terreur profonde, la douleur et le désespoir de ceux qui comptaient leurs désastres et leurs blessures; mais la rêverie solitaire et contemplative, où la trouver? En présence du malheur public, comment avouer une mélancolie toute éprise d'elle-même? A qui parler de ses langueurs, de ses ennuis indéfinissables, de son âme incomprise et désabusée? à qui faire subir enfin tout le ramage de cette école lamentable, dont le fol orgueil s'est pris à déifier l'homme pour mieux étouffer en lui les notions du devoir et du sacrifice? Vous représentez-vous ces martyrs, qui donnaient tout leur sang sur les champs de bataille, ou qui du haut de l'échafaud le laissaient répandre sur nos places publiques, essayant de prêter l'oreille à cette langue inconnue, et s'enveloppant aussitôt

d'abord ceux qui sont les plus simples, les kystes uniloculaires. Lorsque les kystes de cette espèce ont envahi toute la cavité abdominale, que le ventre est uniformément développé, ils offrent les symptômes suivants :

D'abord la forme du ventre. Il est saillant, en pointe, ou dirait la femme arrivée au dernier terme de la grossesse; puis, si en percutant doucement avec un ou plusieurs doigts, ou mieux si en donnant une petite *pichenette* sur un des points du ventre, n'importe lequel, et quelle que soit la position de la malade, le flot du liquide est perçu facilement par l'autre main, appliquée n'importe dans quel point du ventre, mais de préférence au point opposé à celui où est faite la percussion, le kyste est uniloculaire, si à ce premier signe la percussion indique une matité dans toutes les parties antérieures et inférieures du kyste, et de la sonorité seulement au creux épigastrique et dans les flancs ou parties latérales inférieures de l'abdomen, quelle que soit la position prise par la malade. Il en est ainsi parce que les intestins, refoulés par la tumeur ovarique qui les recouvre, débordent seulement sur les côtés du kyste, c'est-à-dire dans les flancs, ce qui fait que la sonorité n'est appréciable que dans ces points. Si on fait coucher la malade soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche, la matité ne se déplace jamais, et se retrouve toujours dans les mêmes points et dans les points les plus élevés du kyste. Ces signes sont constants et pourront toujours faire reconnaître une hydropisie enkystée uniloculaire de l'ovaire d'une ascite, par exemple. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait qu'une communication accidentelle se soit établie entre le kyste et les intestins, et ait donné accès à l'entrée de l'air dans la cavité du kyste. Une circonstance qui peut encore aider pour le diagnostic des kystes uniloculaires simples et exempts de lésions organiques, c'est qu'en général la santé est bonne, malgré le développement considérable du ventre, et qu'il est très rare de rencontrer les membres inférieurs gonflés ou infiltrés. Toutes les fois qu'un kyste offre les conditions que nous venons d'indiquer, il est uniloculaire.

Je n'ai jamais rencontré qu'un cas où cette manière de procéder a été mise en défaut, c'est dans une variété de kyste gélatineux que j'ai observée avec M. le docteur Putel chez une de ses clientes. C'était chez une femme âgée d'environ cinquante à soixante ans : elle avait un développement considérable du ventre, ayant dépassé de beaucoup le volume d'une grossesse à terme. La percussion exercée légèrement dans tous les points du ventre donnait la sensation d'un liquide très séreux, et la fluctuation paraissait tellement sensible et tellement nette, en raison de la minceur des parois abdominales, que l'ascite la plus considérable n'eût pas donné une autre sensation et que l'on eût bien pu prendre cette maladie pour une hydropisie du péritoine si d'autres signes n'étaient venus établir qu'on avait affaire à un vaste kyste uniloculaire, à un kyste celluleux, aréolaire. Une ponction faite avec un gros trocart ne donna issue, à notre grand étonnement, à aucun liquide. La percussion, pratiquée de nouveau et avec soin, nous convainquit de plus en plus que le contenu de ce kyste devait être liquide et qu'il y avait un phénomène extraordinaire, et que nous ne pouvions expliquer, qui empêchait le liquide de s'écouler. Le trocart retiré fut enfoncé dans un autre point du ventre, du côté opposé : cette fois encore il ne sortit rien ; alors un fil de fer introduit par la canule du trocart pénétra dans le kyste avec la même facilité que si on l'eût plongé dans l'eau : il ne sortit rien encore; mais, en retirant ce fil de fer de la canule, nous vîmes apparaître une matière épaisse, gélatineuse, non coulante, transparente, de couleur blanc-jaunâtre, en un mot de véritable gélatine, ce qu'il nous fut facile de constater en nettoyant la canule, qui en était remplie. Rien, dans ce cas, ne pouvait nous faire soupçonner la nature du contenu, car la percussion, pratiquée avec grand soin, nous donna toujours les mêmes renseignements, quelque envie que nous eussions de trouver un signe particulier pour diagnostiquer cette variété de kyste; les seules circonstances qui peut-être auraient pu nous éclairer et qui devront une autre fois apporter quelque défiance dans le diagnostic, c'est que cette malade était très amaigrie, avait la peau sèche, jaunâtre, et offrait à un haut degré les traces de la cachexie cancéreuse; d'ailleurs, toutes les fonctions se faisaient passablement, moins toutefois la gêne apportée dans la respiration par le développement considérable du ventre. Les exemples de cette variété de kyste sont très rares.

C'est dans les cas où le ventre a acquis un grand développement qu'il devient quelquefois difficile de savoir de quel côté la maladie a débuté, si c'est à droite ou à gauche. Alors il faut remonter au début et chercher à savoir quels symptômes ont existé, s'il y a eu de la douleur, un malaise, un embarras dans un des côtés du ventre, un tiraillement, etc. Aidé de ces signes, on peut, avec quelque probabilité, arriver à connaître quel a été l'ovaire affecté. Si ces renseignements venaient à manquer ou laissaient quelque doute, il faudrait alors avoir recours au toucher vaginal, et la position oblique du col de l'utérus ferait reconnaître de quel côté le kyste a pris naissance, puisque, comme je l'ai déjà dit, dans les kystes ovariques qui ont pris un certain développement, le fond de la matrice, entraînée, attirée du côté où le kyste s'est développé, prend une position oblique telle que le col de cet organe se trouve toujours du côté opposé au kyste, c'est-à-dire que, si le col est à droite, le kyste a pris naissance à gauche, et *vice versâ*.

Quoique le diagnostic paraisse facile à établir pour les hydropisies enkystées uniloculaires, il donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic. Parmi les nombreux cas qu'il nous a été donné d'observer, nous en citerons quelques exemples.

Une demoiselle de trente ans environ, après s'être fait traiter inutilement pour une hydropisie par tous les charlatans du monde, vint me trouver pour la guérir d'un kyste de l'ovaire. Elle a appris que je traitais ces affections par les injections iodées. Sur ma remarque qu'elle pouvait bien avoir une autre hydropisie qu'une hydropisie enkystée de l'ovaire, elle me répondit qu'elle en était sûre, puisque deux médecins très distingués des hôpitaux, qu'elle me

---

de leur linceul! N'est-ce pas dire assez qu'en ces jours glorieux et sombres, chacun avait compris qu'il fallait vivre courageusement de la vie réelle et de la vie commune, ou tomber noblement à la face du ciel.

V. — Tant que dura la guerre civile, le sang des suppliciés put se mêler dans l'arène au sang versé par le suicide. Entre la volonté de se donner la mort et les exécutions juridiques, il y eut, pourrait-on dire, un accord secret, une sorte d'émulation farouche. Aux arrêts meurtriers on répondait par l'homicide de soi-même. Suivez au tribunal le condamné politique, et si vous le voyez, armé d'avance d'un stoïque mépris, écraser les juges de son indifférence et sourire à la sentence de mort, c'est qu'en effet, contre l'horreur et l'ignominie du supplice, il connaît un refuge, et que déjà sa main a saisi le fer ou le poison qui doit dérober sa tête au bourreau. Il est vrai que le suicide alors, accompli sous l'empire d'une irrévocable nécessité, se concilie mal avec l'idée de la mort volontaire, puisque la liberté ne consiste plus en ce cas que dans le rare pouvoir de préférer certains moyens de destruction au fer triangulaire adopté par la loi; mais c'est là pourtant le suicide à la manière antique, tel que le pratiquaient du moins les Romains, au temps des empereurs, quand la clémence d'un Tibère, d'un Néron ou de quelque autre *divus imperator*, accordait aux citoyens dont ils avaient décidé la perte, la faculté de sortir de la vie suivant un procédé de leur choix. De même, durant la période révolutionnaire, il arriva souvent, au fort de la tourmente, que, se trouvant placé sous le coup d'une loi sans miséricorde, et livré à des juges qui vous marquaient d'avance pour le supplice, loin de songer à reculer l'instant fatal, on voulait à l'envi précipiter le dénoûment. Et c'est ainsi que, dans cet abîme toujours ouvert, qui d'abord engloutit les hommes et les institutions du passé, entraînant à leur suite les représentants de la société nouvelle, on vit tant de malheureux, désignés aux proscriptions comme Feuillants, Girondins, Montagnards, et que sais-je encore? s'appliquer successivement, au jour de la défaite, à ne laisser qu'un cadavre à la guillotine. D'autres fois, au contraire, les prévenus, triomphant des gros-

nomma, et dont un lui avait déjà fait la ponction, lui avaient affirmé qu'elle avait une hydropisie de l'ovaire, et que dès lors mon examen était inutile ; elle venait prendre jour avec moi pour l'opération. Plein de confiance dans le diagnostic de mes savants confrères, et rassuré par le dire de la malade, qui paraissait avoir une connaissance parfaite de sa maladie, je me rendis chez elle au jour dit, accompagné de mon confrère le docteur Delarue. C'était le 16 mai 1853. J'avais fait préparer une injection comme si j'avais eu affaire à un kyste de l'ovaire, et ne songeant pas même à vérifier le diagnostic de mes confrères des hôpitaux, je fis une ponction qui donna issue à plus de 20 litres de liquide séreux. Le liquide évacué, je pratiquai l'injection iodée ; mais, au premier jet poussé avec force et confiance, la malade jeta un cri si pénétrant, ressentit une douleur si vive, qu'à l'instant même je reconnus que j'avais fait une injection iodée dans la cavité péritonéale. Bref, une péritonite purulente générale en fut la suite et compromit gravement les jours de la malade, qui cependant, après bien des soins et de nouvelles ponctions pour évacuer le pus du péritoine, et de nouvelles injections iodées, finit par guérir radicalement. Aujourd'hui, plus de six ans après cette opération, la malade jouit d'une excellente santé. (*Iodothérapie*, p. 206.)

Outre que cette observation servira à montrer que les praticiens les plus habiles peuvent prendre une ascite pour un kyste de l'ovaire, elle prouvera encore que les péritonites aiguës suppurées peuvent être suivies de guérison pour peu qu'on ait la hardiesse d'évacuer le pus par des ponctions et de faire des injections iodées. Un autre point sur lequel je dois encore insister au point de vue du diagnostic, c'est que la douleur si vive qu'éprouvent les malades au moment de l'injection est un signe certain qui annonce trop tard, il est vrai, qu'on a commis une erreur de diagnostic et qu'on a pratiqué une injection iodée dans le péritoine, croyant la faire dans un kyste ovarique. Mais, je le répète, pour peu qu'on veuille s'en donner la peine, il est toujours facile de reconnaître une hydropisie ascite d'une hydropisie de l'ovaire, et c'est un tort de s'en rapporter aveuglément au diagnostic des autres, lors même que leur réputation de savoir est authentiquement établie. En voici encore un exemple remarquable :

Une jeune fille du Midi, brune, bien constituée, bien réglée, âgée de vingt ans environ, vint à Paris pour y chercher des soins contre une tumeur abdominale qui depuis quelques mois faisait des progrès incessants. Elle avait été adressée à M. le professeur Cazeaux. Ce savant médecin provoqua une consultation, où je fus appelé avec deux professeurs de la Faculté... M. Cazeaux avait parfaitement reconnu un kyste ovarique uniloculaire, et demandait une consultation, plutôt pour savoir si l'on devait soumettre cette jeune personne à une ponction suivie d'une injection iodée, que pour avoir un avis sur la nature de la maladie. Cependant les avis furent partagés : l'un de nos maîtres diagnostiqua une ascite, et l'autre déclara qu'il fallait faire une injection, qu'il y eût ascite ou kyste de l'ovaire. Appelé à donner mon avis, je me trouvai un moment incertain entre le diagnostic si précis de M. Cazeaux et celui des deux autres consultants, mais après avoir examiné de nouveau la malade, je me rangeai au diagnostic de M. Cazeaux.

J'opérai cette jeune fille, dont le kyste renfermait 14 à 15 litres de liquide séreux, et la guérison a été radicale, ainsi que j'ai pu le constater plus de deux ans après, avec M. Cazeaux, pendant un voyage de notre jeune malade à Paris.

Voici les circonstances qui, pendant un moment, m'avaient fait hésiter : la malade étant couchée sur le dos, le ventre offrait un développement uniforme. Elle ne pouvait dire de quel côté avait commencé la maladie. Lorsqu'elle avait reconnu que son ventre grossissait, il lui avait paru uniforme dans tous ses points. Comme nous avions affaire à une jeune fille, je n'osai la toucher, et lorsqu'on percutait le ventre, voici ce que l'on observait :

La fluctuation était bien nette et bien sensible dans tous les points du ventre, ce qui indiquait un liquide clair et séreux ; mais la matité offrait des différences, soit que l'on percutât à droite ou à gauche. Ainsi, à droite et en haut, elle laissait entendre une sonorité, qui était remplacée à gauche par une matité très prononcée. Cette sonorité était surtout remarquable à droite, lorsqu'on faisait placer la malade sur le côté gauche, de telle sorte qu'en examinant superficiellement, on pouvait croire à un déplacement du liquide, dû à la position de la malade, et diagnostiquer une ascite; mais si on prenait la précaution, et c'est ce que je fis à un second examen, de faire coucher alternativement la malade sur le côté droit et sur le côté gauche, on reconnaissait bien vite qu'il n'y avait point de déplacement de liquide du côté gauche, et que la matité existait toujours au sommet de la tumeur, quoique la malade fût couchée sur le côté droit, et que dans cette position le côté droit laissât encore entendre une sonorité assez marquée. Voici pourquoi les choses se passaient ainsi, et devaient se passer ainsi, c'est que le kyste, qui était placé à gauche, quoique déjà fortement développé, n'avait pas encore envahi la totalité de la cavité abdominale, et qu'en refoulant les intestins à droite, il gardait une position relative, et que le son clair, au lieu d'être perçu à l'ombilic, comme dans l'ascite, lorsqu'on percutait, l'était principalement du côté opposé à la tumeur.

Kyste ovarique uniloculaire hydatique, pris pour une ascite. 25 litres de liquide. Une seule ponction, une seule injection. Guérison. — Une pauvre femme de la rue de Fourcy, n° 4, nommée Livret, munie d'une lettre de recommandation d'un professeur de médecine, vint me trouver pour que je la guérisse d'une hydropisie par les injections iodées. Le savant confrère qui me l'adressait me l'envoyait comme affectée d'une ascite. Cette femme, dont le ventre avait acquis un développement considérable, était un objet de commisération dans tout son quartier, et parmi les médecins du bureau de bienfaisance qui l'avaient examinée maintes et maintes fois, les uns croyaient à une hydropisie enkystée de l'ovaire, les autres à une ascite. Cette femme, âgée de quarante-huit ans, d'une constitution nerveuse, sèche, est très maigre. Réglée à quatorze ans, mariée à dix-neuf, elle a eu dix enfants. Ses règles sont encore régulières, et ses fonctions digestives se font bien. Il y a huit ans qu'elle est accouchée pour la dernière fois, et depuis cette époque son ventre a commencé à se développer, et offrait au bout d'une année le développement d'une grossesse à terme. Pendant un certain temps, quoique les règles vinssent régulièrement, elle se crut enceinte. Pendant plusieurs années, elle s'est soumise inutilement à une foule de remèdes qui n'ont pas empêché le ventre d'augmenter et qui ont détérioré sa santé. Elle est si grosse qu'elle peut à peine marcher ; elle est oppressée, sans appétit et a des digestions difficiles. A l'examen, je trouve tous les signes d'un kyste uniloculaire renfermant une très grande

---

sières méprises qui confondaient l'âge et le nom des victimes, s'élançaient avec transport au-devant de l'échafaud, inquiets seulement de mourir assez vite pour racheter la vie d'un père, d'un fils ou d'un ami. Ailleurs, l'amour de la patrie, le sentiment du devoir et l'honneur militaire enfantaient également des dévouements sublimes ; puis, au sein des populations éperdues, tombaient encore çà et là bien des spectateurs ignorés qui, fatigués de ces longs orages et n'espérant plus un meilleur avenir, entraient volontairement dans l'éternel repos. De telle sorte que le suicide, en ce temps de rénovation générale, eut tantôt un caractère de grandeur et d'héroïsme, et tantôt n'exprima que les défaillances de l'âme et la lassitude de vivre.

— Par suite du décès de M. Cillette, M. Tessier, médecin de l'hôpital Beaujon, passe à l'hôpital des Enfants malades ; M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital Beaujon ; M. Lasègue, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes), à l'hôpital Saint-Antoine ; M. X. Richard, médecin de la Direction des nourrices, à l'hospice de la Salpêtrière. M. Matice, médecin du Bureau central, devient médecin de la Direction des nourrices.

M. Charles Bernard, médecin du Bureau central, chargé depuis longtemps du service de M. Baron à l'hospice des Orphelins et des Enfants assistés, reste en qualité de médecin titulaire dans le même service.

— Par suite de la mise à la retraite de M. Manec, M. Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Beaujon, passe à l'hôpital de la Charité ; M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin, à l'hôpital Beaujon ; M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital Cochin; M. Jarjavay, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, à l'hôpital Saint-Antoine; M. Desormeaux, chirurgien de la Maternité, à l'hôpital de Lourcine.

quantité de liquide séreux. Le 8 mai 1858, assisté du savant confrère qui m'avait adressé cette malade, je retire 25 litres d'un liquide limpide, clair comme de l'eau de roche, liquide qui ne se rencontre que dans les kystes hydatiques. Le liquide écoulé, on ne constate aucune tumeur dans le ventre ni dans les parois du kyste. Une injection iodée, à parties égales, poussée dans le kyste, ne produit pas la moindre douleur. Une semaine après, cette femme était guérie et vaquait à ses occupations. La guérison ne s'est pas démentie depuis cette époque. Cette femme qui était maigre, chétive, souffrante au moment de l'opération, a repris des forces, de l'embonpoint, et jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

Je pourrais encore citer de nombreux cas d'erreur de diagnostic d'hydropisies des ovaires prises pour des ascites, par exemple celui d'une jeune fille que j'ai opérée avec MM. Danyau et Fontès, et qui déjà avait été traitée et opérée à l'Hôtel-Dieu pour une ascite. Elle avait un kyste uniloculaire renfermant au moins 25 litres de liquide, et qu'une seule injection a guérie. Un autre cas est celui de la dame d'un avoué de Normandie, qui, examinée et soignée par divers médecins, avait subi depuis quatre ans cinq ponctions pour une prétendue ascite; on retirait à chaque fois de 20 à 22 litres de liquide. Je l'ai injectée plusieurs fois, assisté de M. le docteur Mesnet, médecin des hôpitaux, et le 26 décembre 1857 j'ai pratiqué la dernière injection, qui était la sixième, en présence de M. le professeur Danyau. La guérison a été radicale. Une lettre que je viens de recevoir de la malade au commencement de cette année, pour me remercier de nouveau, m'annonce que la guérison ne s'est pas démentie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

PHYSIOLOGIE. — *Développement des corps organisés;* communication de *M. Coste.* — J'ai déjà eu l'honneur de présenter à l'Académie le premier volume de mon ouvrage sur le développement des corps organisés, volume dans lequel j'ai fait l'histoire générale de l'élément fourni par le mâle et de l'élément fourni par la femelle dans l'acte de la génération.

Je prie aujourd'hui l'Académie d'agréer l'hommage de la première partie du second volume, où je traite du mélange de ces deux éléments, c'est-à-dire du phénomène de la fécondation étudié dans les deux règnes organiques et dans les diverses conditions où il s'accomplit.

Les nombreuses expériences que j'ai instituées pour répondre aux questions qui se rattachent à ce grand et difficile problème, m'ont permis de les résoudre toutes avec précision, parce que, grâce aux travaux d'application dont la direction m'a été confiée, j'ai pu étudier la nature vivante sur un champ plus étendu que celui d'un simple laboratoire.

J'ai rigoureusement déterminé, soit dans le sein maternel, soit hors du sein maternel, les lieux où la fécondation s'accomplit et ceux où elle ne peut s'accomplir; le temps pendant lequel elle est possible et celui où elle cesse de l'être; l'état dans lequel les deux éléments doivent se trouver pour que leur contact soit efficace; l'influence du mâle sur la portée actuelle et sur les portées subséquentes; les cas où cette influence sur les portées subséquentes ne suffit pas à en déterminer le développement, mais les pénètre assez profondément pour que, à la suite d'une seconde alliance, les produits portent l'empreinte d'une paternité mixte: vérités obscurément entrevues jusqu'ici et qui sortent maintenant des ateliers de la science comme un grave sujet de méditation pour la philosophie.

PHYSIOLOGIE. — *De l'antagonisme des artères et des veines;* par *M. Moilin.* — Des considérations fondées sur la structure anatomique des vaisseaux et sur des expériences physiologiques nombreuses m'ont conduit, dit M. Moilin, à admettre un antagonisme entre les systèmes artériel et veineux..... Les contractions des artères jouent le rôle d'une résistance; elles ralentissent la circulation des organes, tandis que leur paralysie l'accélère. Les contractions des veines jouent le rôle d'une puissance; elles accélèrent la circulation des organes, tandis que leur paralysie la ralentit. Les artères sont animées par des nerfs venus des racines antérieures; les veines, par des nerfs venus des racines postérieures. (*Comm.:* MM. Cl. Bernard et J. Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet: *a.* Un état récapitulatif des décès qui ont eu lieu en 1859 dans le département de la Drôme par suite de dysentérie, de petite vérole et de fièvre typhoïde. — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Mayenne en 1858. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit: *a.* Une lettre de M. *Raisin Mutel*, propriétaire à Amfréville (Calvados), qui propose d'employer le *curare* contre la rage. (*Comm.:* M. Renaud.) — *b.* La description d'un instrument nommé *cathéter pneumatique*, imaginé par M. le docteur *Kœnig*. (*Comm.:* MM. Gavarret, Cloquet, Civiale.)

M. *Malgaigne* offre en hommage, au nom de l'auteur, un ouvrage intitulé: *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par M. le docteur *Nonat*, médecin de la Charité.

M. *Velpeau* dépose sur le bureau, au nom de M. *Spencer Wells*, une brochure sur l'*ovariotomie*, et au nom de M. *Priestley*, une brochure sur le développement de l'utérus pendant la grossesse.

M. le *président* annonce la mort de M. *Thillaye*, membre titulaire de l'Académie dans la section de physique et de chimie médicale.

M. J. *Cloquet*, président, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant au fauteuil de la présidence, et propose de voter des remercîments à son prédécesseur.

Puis M. le *président* rend compte des visites officielles rendues par le bureau à l'occasion du jour de l'an.

M. *Chatin*, membre de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. *Boinet* sur l'alimentation iodée, demande qu'un autre chimiste soit désigné pour le remplacer.

Sur la proposition de M. le secrétaire perpétuel, M. *Bouchardat* prendra la place de M. Chatin.

Lectures et Rapports.

M. le docteur *Petit* (de Maurienne) lit un travail intitulé: *Mémoire sur l'aliénation mentale.*

D'après l'auteur, « la séquestration de l'aliéné est un acte d'*inhumanité*, parce qu'elle est un moyen puissant d'aggraver l'état du malade, soit par l'exaspération morale qu'elle produit constamment sur lui, durant les premiers jours de la séquestration surtout, et par les traitements parfois barbares qui lui sont infligés..... et parce que dans la maison qui le reçoit on l'abandonne, en général, sans lui donner les soins que son état exige. »

» D'ailleurs, poursuit M. Petit, l'aliénation n'est pas une maladie mentale; elle est une maladie purement physique, matérielle, de l'organe qui préside aux facultés de l'entendement humain ou plutôt une affection morbide du cerveau. L'aliéné est un malade, il faut le traiter et le guérir et non le séquestrer. » (*Comm.:* MM. Ferrus et Jolly.)

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — M. *Briquet* lit un travail intitulé: *Recherches physico-médicales sur la colique de plomb.*

Il y a dix-huit mois, M. Briquet communiquait à l'Académie les résultats d'un nouveau mode de traitement, institué par lui contre la colique de plomb, c'est la *faradisation* des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

Ce premier travail était appuyé sur 42 observations, recueillies par lui. Ce nouveau mémoire comprend 100 nouvelles observations. L'auteur est arrivé aux mêmes conclusions. Ainsi, chez 47 malades il a suffi d'une faradisation ; chez 26, de deux ; chez 14, de trois ; chez 8, de quatre ; chez 3, de cinq ; chez 2, de six.

« Toutes ces faradisations sont faites sur la paroi abdominale antérieure, et quelques-unes ont été étendues sur les lombes. Il n'a été nécessaire de l'étendre aux membres que dans des circonstances fort rares. Toujours les douleurs des membres ont disparu après la faradisation de l'abdomen.

» Il est évident que jusqu'à présent il n'est aucun mode de traitement qui ait donné de meilleurs résultats. Les malades traités par cette méthode n'éprouvent aucune fatigue. Leur tube digestif est ménagé ; ils n'ont, au plus, qu'une journée de privation d'aliments ; aussi la disparition de la cachexie saturnine et la réparation des forces sont-elles très rapides. Ces malades sortent de l'hôpital étant en bon état depuis plusieurs jours. »

Des recherches entreprises par M. Briquet, il résulte que l'on n'observe, après ce mode de traitement, qu'une récidive sur huit cas, tandis qu'après le traitement généralement employé il y a une récidive sur deux cas.

» Tels sont les effets du traitement par la faradisation, dit l'auteur en terminant ; ils me paraissent assez positifs et assez avantageux pour permettre de ranger ce mode de traitement de la colique de plomb parmi les plus simples et les plus heureux. » (*Comm.* : MM. Wurtz, Trousseau et Beau.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 6 JANVIER 1860.

1° De la mortalité de l'hôpital des Enfants-Trouvés de Moscou, par le docteur *Blumenthal*, communication de M. Leroy (d'Étiolles).

2° Rapport sur le premier volume de Sthall, traduction du docteur Blondin, par le docteur Langenhagen.

3° Rapport de M. Delasiauve sur le mémoire du docteur Mivardini, de la Scrofule.

4° Élection de membres correspondants.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les présentations dans les grossesses gémellaires et sur les indications à remplir dans les présentations pelviennes, par M. le docteur KEMP.

Nous empruntons les détails qui suivent à un travail statistique très étendu lu par M. Kemp à la séance annuelle de la Faculté médico-chirurgicale de Maryland, en juin 1859.

Voici ce que l'auteur a remarqué dans trente-quatre cas de grossesse gémellaire qu'il a observés.

Les présentations crâniennes sont beaucoup plus rares dans les grossesses gémellaires (59 pour 100) que dans les grossesses simples (98 pour 100). C'est tout le contraire pour les présentations pelviennes : 35 pour 100 dans les grossesses gémellaires, 2 pour 100 dans les grossesses simples.

Les présentations anormales sont beaucoup plus fréquentes dans les grossesses gémellaires (2 sur 34) que dans les grossesses simples (1 sur 878).

La mort de l'enfant, lorsqu'il se présente par le siége, est beaucoup plus fréquente dans les grossesses simples (26 2/3 pour 100) que dans les grossesses gémellaires (8 1/3 pour 100).

Quant aux présentations pelviennes non compliquées, M. Kemp recommande de se conduire à leur égard d'après les règles suivantes :

Le diagnostic précis de cette présentation n'est guère possible avant la rupture de la poche amniotique ; aussi, faut-il procéder à une exploration minutieuse aussitôt que les eaux se sont écoulées.

Lorsque les genoux se présentent, ils empêchent souvent les fesses de descendre parce qu'ils prennent un point d'appui sur l'un des côtés du plancher pelvien ; il faut alors, si le volume de l'utérus le permet, repousser des parties qui se présentent de bas en haut, dans l'intervalle de deux douleurs, amener les pieds, et confier le reste du travail à la nature.

Il faut, au contraire, bien se garder d'amener les pieds quand les fesses se présentent ; en agissant de cette manière, on se prépare les plus grandes difficultés pour l'extraction de la tête. M. Kemp cite à l'appui de ce précepte la pratique de W. Hunter, qui a sauvé plus d'enfants en s'y conformant qu'en amenant les pieds avant les fesses.

Lorsqu'on exerce des tractions intempestives sur le siége, les coudes viennent presque toujours arc-bouter contre le plancher pelvien et entraver le travail. Ces tractions doivent, par conséquent, être proscrites dans les cas où il n'y a pas indication urgente de terminer l'opération.

Lorsque cette indication se présente, il faut, pour se conformer autant que possible au mécanisme de l'accouchement, faire porter les tractions principalement sur l'aine qui correspond au côté antérieur du bassin, tant que le siége n'est pas descendu dans l'excavation ; lorsqu'il y est descendu, il faut, au contraire, tirer surtout sur l'aine postérieure. Dans tous les cas, ces tractions ne devront être pratiquées que pendant les contractions, à moins de nécessité urgente d'extraire l'enfant au plus vite.

Lorsque le siége s'est dégagé, il faut toujours résister, dans les cas simples, à la tentation que l'on éprouve de venir en aide aux efforts de la nature.

Après que l'ombilic est sorti, il faut attirer au dehors une anse du cordon assez longue pour éviter qu'il en soit tiraillé, puis s'assurer de la position des extrémités supérieures. Si elles ne descendent pas avec le thorax, elles retarderont l'accouchement en remontant sur les côtés de la tête ; il faut, par conséquent, mieux les amener en bas à ce moment du travail. On commencera par les bras, qui se trouvent arrondis, et l'on abaissera ces extrémités, en agissant surtout dans le voisinage du coude, et en les ramenant au-devant de la face de la poitrine.

Au moment où les épaules vont se dégager, il importe plus que jamais de ne pas exercer de traction, afin de ne pas infléchir la tête.

Quand enfin la tête reste seule dans l'excavation, les contractions utérines étant à peu près sans action sur elle, il faut exhorter la femme à pousser de toutes ses forces pour terminer l'accouchement.

Pour éviter l'asphyxie de l'enfant, lorsque l'expulsion de la tête se fait attendre, il faut relever son tronc vers le ventre de la mère, puis introduire la main entière (et non quelques doigts seulement) le long de la paroi vaginale postérieure, jusqu'à ce que les doigts aient dépassé la bouche de l'enfant ; puis déprimer les parties molles d'avant en arrière.

Pour faciliter le dégagement de la tête, on aura recours aux moyens généralement recommandés pour augmenter sa flexion ; ceci fait, on peut réussir en tirant sur les épaules, mais on ne doit jamais exercer ces tractions avant d'avoir opéré une flexion aussi complète que possible. (*American Medical Monthly*, septembre 1859.)

Des sympathies qui existent entre les amygdales et les ovaires, par le docteur JAMES.

L'auteur a rencontré plusieurs cas d'angine tonsillaire accompagnée de symptômes plus ou moins intenses du côté des ovaires,

et il croit pouvoir expliquer cette coïncidence par une sympathie puissante qui relierait les ovaires et les amygdales. Il fait remarquer que des cas de ce genre pourraient bien avoir échappé à une observation un peu superficielle, parce que les symptômes de l'affection ovarique sont quelquefois masqués par une douleur lombaire extrêmement intense.

La sympathie admise par M. James n'a rien qui puisse paraître irrationnel *à priori*, et les recherches de M. Verneuil sur les épanchements de la tunique vaginale, métastatique des inflammations de l'arrière-bouche (*Gaz. heb.*, 1858, p. 462), pourraient à la rigueur être invoquées à l'appui d'un pareil rapprochement. Toutefois, l'unique observation rapportée par M. James ne nous paraît nullement concluante, parce qu'il s'agit d'une angine produite par un refroidissement à l'époque des règles; il est infiniment plus probable que la même cause a eu pour conséquence directe l'ovarite aussi bien que l'angine. (*Medical Times and Gazette*, 3 septembre 1859.)

Traitement de l'entropion et du trichiasis par la ligature, par M. le docteur E. Williams, de Cincinnati.

La ligature, telle que la pratique M. Williams, a pour but, comme la plupart des opérations appliquées à l'entropion, de raccourcir la face cutanée de la paupière, de façon à en éloigner le bord du globe oculaire, soit en le relevant s'il s'agit de la paupière supérieure, soit en le renversant en bas si l'on opère sur la paupière inférieure. M. Williams emploie généralement une ligature large, composée de plusieurs fils, et il se sert, pour l'appliquer, d'aiguilles courbes fixées sur des porte-aiguilles. La pointe de l'aiguille est introduite par la face cutanée de la paupière, très près de son bord libre, et pénètre, en passant derrière l'orbiculaire, à une distance variable, suivant le degré de l'affection; dans les cas graves, M. Williams fait passer la ligature depuis le bord libre de la paupière jusqu'au bord inférieur du sourcil. Le fil étant ainsi placé verticalement, c'est-à-dire perpendiculairement au grand diamètre de la paupière, on le serre avec assez de force pour étrangler complétement les tissus compris dans l'anse; ce précepte est essentiel; les ligatures peu serrées sont beaucoup plus douloureuses que celles qui sont faites avec beaucoup de force; elles sont souvent insuffisantes, et alors, s'il faut recommencer l'opération sur des tissus enflammés et ramollis, on les coupe sans obtenir le raccourcissement voulu.

Le nombre des ligatures nécessaires pour arriver à un résultat favorable dépend de la gravité et de l'étendue de l'affection; lorsque l'entropion ou le trichiasis occupe toute la longueur de la paupière, quatre ligatures suffisent ordinairement; mais il est des cas où huit fils ne sont pas de trop.

On peut, pour éviter de blesser le globe oculaire, le protéger pendant que l'on place les ligatures, à l'aide d'une lame d'ivoire, etc.; mais M. Williams a trouvé cette précaution superflue dans la plupart des cas. Chez les malades très sensibles, l'anesthésie chloroformique est indiquée; mais on peut s'en passer souvent si l'on agit rapidement et avec une force suffisante. La douleur se calme, d'ailleurs, assez vite.

M. Williams emploie les ligatures aussi bien dans les cas de trichiasis que dans ceux d'entropion; c'est seulement lorsque le trichiasis est partiel et léger qu'il se contente d'exciser un pli elliptique de la peau, perpendiculairement à la direction de la paupière. Les résultats de sa pratique ont été très heureux; presque toujours la guérison a été complète, et dans aucun cas il n'y a eu d'accidents sérieux. Une seule fois un petit abcès s'est formé sur le trajet du fil; mais le succès de l'opération n'en a pas été compromis. Lorsque les ligatures embrassent une grande étendue de la paupière, et surtout lorsqu'elles sont appliquées simultanément aux deux paupières, il peut arriver que le malade se trouve pendant quelque temps dans l'impossibilité d'opérer l'occlusion complète de ces voiles; mais l'occlusion complète ne tarde pas à redevenir possible. Enfin, le gonflement assez considérable qui peut succéder à l'opération est toujours sans gravité.

M. Williams rapporte plusieurs cas d'entropion et de trichiasis, dans lesquels son procédé a opéré une guérison rapide et durable. (*Cincinnati Lancet and Observer*, octobre 1859.)

Asphyxie chloroformique, traitée avec succès par la faradisation du diaphragme et la compression méthodique du bas-ventre, par le docteur H. Friedberg (de Berlin).

Obs. — Il s'agit d'un garçon âgé de quatre ans, auquel M. Friedberg se proposait d'enlever une tumeur enkystée de la paupière. Le chloroforme, à la dose de 4 grammes au plus, fut administré à l'aide d'une éponge fixée sur une compresse. M. Friedberg, occupé à donner quelques instructions, avait confié pendant deux minutes environ la chloroformation à ses aides. Au moment où il revint auprès du malade, il remarqua que ses traits s'altéraient subitement; en même temps, le pouls était devenu très petit. L'enfant fit encore quelques inspirations râlantes, puis la respiration s'arrêta. La face était livide, les yeux sans expression, les extrémités dans une résolution complète, la langue accolée aux arcades dentaires, qui étaient fortement serrées l'une contre l'autre. On mit rapidement l'enfant à son séant, on ouvrit les fenêtres, on aspergea la face et la poitrine d'eau froide, on présenta de l'ammoniaque caustique aux narines; M. Friedberg passa une petite éponge par-dessus l'épiglotte vers le larynx, pour le débarrasser des mucosités qui pouvaient s'y être accumulées, et pour provoquer la toux; on pratiqua alternativement sur le thorax des frictions et des flagellations avec des compresses trempées dans l'eau froide. Ces manœuvres duraient depuis deux ou trois minutes, quand le pouls s'arrêta complétement; la face était celle d'un cadavre, la mâchoire inférieure tombait sur la poitrine; les pupilles étaient dilatées.

On procéda aussitôt à la respiration artificielle, en refoulant les viscères abdominaux vers le diaphragme, qui n'opposait aucune résistance, et abandonnant ensuite, suivant le rhythme normal de la respiration, le diaphragme à son élasticité. Au bout de trois minutes, rien n'était changé dans l'état du malade; le diaphragme ne se contractait pas.

M. Friedberg eut alors recours à la faradisation du diaphragme, à l'aide de l'appareil à induction de M. du Bois-Reymond. L'un des électrodes fut appliqué sur le nerf phrénique, dans le point où le muscle omo-hyoïdien croise le bord externe du sterno-mastoïdien; l'autre électrode fut pressé aussi énergiquement que possible dans le septième espace intercostal. Ces applications furent faites alternativement des deux côtés, et l'on donne à chacune la durée d'une inspiration profonde. Après la dixième interruption, on aperçut un soulèvement de la paroi abdominale, signe d'une contraction du diaphragme, d'abord seulement du côté soumis au courant, puis des deux côtés à la fois, et accompagnée d'un bruit analogue à celui que produit le hoquet. On suspendit la faradisation un instant, et l'enfant exécuta trois inspirations spontanées. On remarqua alors une rougeur subite et passagère de la face, et l'on sentit de nouveau le pouls radial. Cependant les mouvements respiratoires et le pouls s'affaiblissaient de plus en plus. On se contenta de revenir à la compression méthodique du bas-ventre et aux moyens employés tout au début. Au bout de vingt minutes, à partir du début des accidents, l'anesthésie commençait à disparaître, l'enfant ouvrait les yeux et criait, la face avait repris sa coloration normale; on put procéder à l'opération. L'enfant s'endormit bientôt après. Quand il se réveilla, une heure plus tard, il ne restait aucune trace de l'accident.

La compression méthodique du bas-ventre, pour être efficace, doit être faite de telle manière que les viscères comprimés ne puissent fuir du côté du bassin; il faut, par conséquent, l'exercer sur tout l'abdomen. Pratiquée de cette manière, elle peut suffire à elle seule, dans le cas d'asphyxie chloroformique, pour ranimer les mouvements respiratoires; M. Friedberg en a vu un exemple en 1851, et M. Ulrich (de Vienne) en a publié deux autres (*Ueber Lebensrettung bei Asphyxie nach Chloroforme und Aethereinathmungen*, Vienne, 1858). Dans l'observation qui précède, cette manœuvre n'a pas eu la même efficacité, et c'est la faradisation du diaphragme qui a rétabli la respiration. Ces deux moyens pourront et devront d'ailleurs être employés concurremment, pour produire un acte respiratoire complet. La faradisation du diaphragme paraît également avoir réussi à M. Ziemssen, dans un cas d'asphyxie par l'oxyde de carbone. (Ziemssen, *Die Electricitaet in der Medicin*, Berlin, 1857, p. 40.)

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur la cause des accidents produits par le chloroforme, l'utilité de la respiration artificielle ne saurait être contestée; chez le malade de M. Friedberg,

c'est elle qui a ranimé les contractions du cœur, puisque les mouvements respiratoires ont recommencé quelque temps avant le retour du pouls. A cet égard, il faut le dire, cette observation est exceptionnelle. Dans la majorité des cas, ces deux phénomènes se succèdent en ordre inverse, ainsi que cela résulte des faits réunis par MM. Lallemand (*Union médicale*, 1855, n°s 9 à 13) et Fr. Hartmann (*Beitrag zur Litteratur über die Wirkung des Chloroforms*, Giessen). Chez le malade mentionné plus haut par M. Friedberg, le pouls radial avait même reparu dix minutes plus tôt que les mouvements respiratoires. Cette différence est peut-être due à une action particulière de la faradisation, et qui ne revient pas à la respiration artificielle simple par le refoulement du diaphragme. Il est possible, en effet, que le courant galvanique ait étendu son action jusqu'au cœur en excitant des filets cardiaques du grand sympathique. Quoi qu'il en soit, la faradisation, combinée au refoulement mécanique du diaphragme, a sur l'insufflation l'avantage de ne pas faire pénétrer dans le poumon de l'air chargé d'acide carbonique, et presque impropre à la respiration. (*Archiv für pathologische Anatomie*, t. VI, nouvelle série, p. 527.)

Imperforation de l'hymen, opération, mort, par M. PAGET.

Dans une excellente leçon clinique, publiée dans le MEDICAL TIMES AND GAZETTE (19 et 26 mars), M. Simpson faisait récemment l'histoire très intéressante de l'imperforation de l'hymen; c'est un des meilleurs résumés que nous ayons sur ce sujet. On y remarque cependant que le célèbre accoucheur ne signale pas un accident qui emporte rapidement une femme qui porte un pareil vice de conformation, nous voulons parler du passage dans le péritoine du liquide contenu dans la trompe de Fallope. Cet accident s'est pourtant présenté un certain nombre de fois (voy. Kiwisch, *Klinische Vortzaege*, t. I, p. 159), et de Haen en a fait connaître un cas remarquable. Peut-être cette observation n'a-t-elle pas paru concluante à M. Simpson. Le fait suivant, observé par M. Paget en 1852, pourra lever tout doute sur la possibilité de l'accident en question.

OBS. — Il s'agit d'une jeune fille âgée de dix-huit ans, qui présentait les symptômes habituels de l'imperforation. Toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen était occupée par une tumeur fluctuante, qui présentait un renflement très appréciable dans les deux régions iliaques. L'incision de l'hymen épaissi et imperforé donna issue à une grande quantité d'un liquide noirâtre. On fit des injections d'eau tiède, et tout alla bien pendant les trois premiers jours; puis une péritonite foudroyante éclata et emporta la malade en quarante-huit heures.

A l'*autopsie*, on trouva environ une pinte et demie d'un liquide noirâtre (analogue à celui qui s'était écoulé du vagin) dans le péritoine, qui présentait les caractères habituels d'une inflammation suraiguë. L'utérus était à peu près triplé de volume. Les trompes de Fallope et les ovaires des deux côtés avaient acquis un volume énorme; elles pouvaient contenir chacune une pinte de liquide. Sur chacune de ces tumeurs ovariques, on voyait des perforations ulcérées, à bords déchiquetés, par lesquelles leur contenu s'était échappé dans le péritoine.

M. Paget convient qu'il est assez difficile de se rendre compte de la cause qui a pu produire la perforation des trompes (qui communiquaient librement avec l'utérus) après l'opération. Peut-être y a-t-il eu quelque traumatisme, qui aurait passé inaperçu. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, le fait n'en reste pas moins, et il faudra en tenir compte en portant le pronostic dans un cas semblable.

M. Paget rapporte une autre observation dans laquelle l'incision de l'hymen réussit parfaitement; dans ce cas, qui ne présente d'ailleurs rien de bien particulier, on avait remarqué, comme symptômes de l'occlusion et de la distension des parties, une rétention d'urine, qui revenait à des intervalles irréguliers, probablement à des moments où l'exhalation du liquide sanguin s'activait davantage; en outre, la tumeur ne s'étendait pas au côté gauche de l'abdomen, ce qui pourrait bien tenir à une absence de l'ovaire de ce côté. (*British Medical Journal*, 2-3 juillet 1859.)

Observation de rhumatisme viscéral, par M. le docteur J. VIGNAL.

La connaissance des rhumatismes viscéraux a fait incontestablement quelques progrès, grâce aux travaux des médecins contemporains, et l'importance de ces progrès n'est pas moindre, parce qu'ils ne sont pas autre chose, en grande partie, qu'un retour vers le passé. Il faut reconnaître, néanmoins, que la pathogénie d'un grand nombre d'accidents réunis de nouveau au cadre général du rhumatisme est aujourd'hui aussi obscure qu'elle l'était au temps de Sarcone et de Stoll. Le seul progrès marquant de ce côté a été opéré par le développement qu'a pris la doctrine de l'embolie, et il n'a eu d'autre résultat que de distraire des prétendues *métastases rhumatismales* un certain nombre de faits, qui trouvent leur explication dans un ordre de successions morbides essentiellement différentes de la métastase telle qu'on la conçoit généralement. Le même sort attend peut-être quelques-unes des manifestations pathologiques qui semblent encore en ce moment se rattacher aussi directement au *principe* rhumatismal que les arthropathies. Dans l'observation qui suit, ce travail de séparation ne nous paraît pas possible dans l'état actuel de la science, et l'on est bien obligé à mettre sur la même ligne, comme le fait M. Vignal, l'affection articulaire et les accidents intestinaux; il est plus difficile de se prononcer sur les accidents cérébraux, l'autopsie n'étant pas venue éclairer ce point.

OBS. — B***, âgée de quarante ans, sujette depuis quinze ans à des attaques de rhumatisme articulaire, et depuis cinq ans à des accès de palpitations, souffrait d'une tuméfaction douloureuse, mais peu considérable des grosses articulations, sans fièvre et sans palpitations, quand elle éprouva tout à coup des douleurs atroces dans l'abdomen, qui était un peu tuméfié et sensible à la pression, des envies fréquentes d'aller à la selle, avec ténesme, dysurie, gonflement hémorrhoïdal très douloureux, nausées, éructations, agitation, fièvre. Les articulations avaient cessé en même temps d'être douloureuses et n'étaient plus tuméfiées. Le calme se rétablit après deux jours, à la suite de l'apparition d'un lumbago, d'un flux hémorrhoïdal et de quelques selles bilieuses. Plusieurs articulations redevinrent alors douloureuses.

Quelques jours après, nouveaux accidents : angoisse atroce, agitation, fièvre, pouls résistant, fréquent, irrégulier, douleur précordiale très vive, battements du cœur forts, éclatants, irréguliers, orthopnée avec douleurs aiguës dans les efforts respiratoires, crachats striés de sang, deux syncopes dans l'intervalle d'une heure et demie. Les articulations étaient de nouveau libres. (Sinapismes, digitaline, sangsues à la région précordiale.) Puis il survint des vomissements glaireux, une dysphagie invincible, du hoquet, pendant que les accidents de la poitrine se calmaient. Enfin un mieux sembla poindre, quand on vit survenir de la roideur du cou, du strabisme, du délire avec cris aigus, un état grippé de la face, des mouvements automatiques, et ces accidents furent bientôt suivis de la mort de la malade. (*Montpellier médical*, septembre 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale, par M. J.-P. MALGAIGNE, professeur à la Faculté de médecine de Paris; 2e édition, revue et considérablement augmentée. Paris, 1859, J.-B. Baillière et fils.

Plusieurs traités d'anatomie chirurgicale ont été publiés dans ces dernières années, et si la disette s'est fait sentir un moment, on peut constater aujourd'hui, qu'elle a été remplacée par une véritable richesse. MM. Pétrequin et Richet ont déjà fait paraître leur 2e édition; M. Velpeau nous promet sa 3e, et en attendant que nous puissions nous occuper de l'ouvrage de l'illustre et infatigable professeur de la Charité, nous avons à rendre compte de celui de M. Malgaigne. Ces diverses rééditions sont une bonne fortune pour la science, et pour ne parler aujourd'hui que de M. Malgaigne, nous nous féliciterons vivement de l'heureuse idée qu'il a eue de

ne point rester en arrière. Quelle que soit, en effet, la valeur des traités récemment publiés, quelle que soit même leur perfection à certains points de vue ils ne remplaceront pas l'ouvrage de M. Malgaigne, qui est un livre à part, qui manque peut-être, sous le rapport didactique, de certaines qualités que les premiers possèdent, mais qui en monopolise aussi plusieurs autres à son profit. C'est ce côté original que nous allons essayer de faire ressortir, et comme un pareil livre n'est pas susceptible d'analyse dans ses détails, nous nous bornerons à en signaler l'esprit et les tendances.

Ce n'est point seulement un traité d'anatomie, c'est aussi, comme l'indique son titre, un traité d'expérimentation chirurgicale, mais c'est plus que tout cela encore, c'est un ensemble de considérations de physiologie pathologique du plus haut intérêt, et une suite de discussions doctrinales. Nous n'examinerons pas ici si c'est un plan bien logique pour un traité d'anatomie; nous croyons qu'un auteur est libre de comprendre son sujet comme il l'entend. Quand il s'agit d'un livre élémentaire, d'un manuel classique, la sévérité dans la méthode est d'une importance extrême; la brièveté et la précision sont deux qualités indispensables auxquelles l'auteur doit tout subordonner. Mais M. Malgaigne s'est placé à un tout autre point de vue; tout en voulant faire un ouvrage classique, il n'a pas tenu à écrire un livre élémentaire, il a visé plus haut. Il a touché à toutes les grandes questions de la chirurgie, s'étendant principalement sur celles que des discussions récentes ont mises à l'ordre du jour, ou que des recherches nouvelles ont fait avancer vers leur solution. Le plan qu'il a choisi lui a permis de les aborder successivement. Dans la première partie, qui est consacrée à l'anatomie générale chirurgicale, les problèmes de physiologie pathologique les plus variés sont tour à tour discutés; puis, lorsqu'il s'agit d'étudier les régions une à une ou l'anatomie topographique proprement dite, les questions pratiques de chirurgie, et surtout de médecine opératoire, se présentent naturellement à l'appréciation de l'auteur.

Cette deuxième édition n'est pas une simple réimpression de la première. Bien que M. Malgaigne soit déjà loin de ses premiers travaux, il apporte dans ce qu'il entreprend la même activité et la même énergie, et il ne paraît pas prêt à abandonner à d'autres la place qu'il s'est acquise dans la chirurgie contemporaine. Le plan qu'il a choisi se prête d'une manière merveilleuse au développement de ses brillantes qualités d'érudit et de critique. Touchant à tout et ne s'arrêtant sur un sujet qu'autant qu'il lui plaît, il élargit ou rétrécit à volonté les limites de la question, en proportionnant généralement son intervention au nombre des erreurs à détruire ou à l'importance des vérités à faire prévaloir. Ce livre est pour ainsi dire le résumé de ses travaux antérieurs. Sa doctrine sur les hernies, ses idées sur les fractures et luxations, ses recherches personnelles sur la plupart des questions qui ont été à l'ordre du jour dans ces dernières années, tout cela y est rappelé, sinon dans ses détails, du moins dans les conclusions; et en glissant sur certaines questions qui ont perdu de leur importance en vieillissant, le lecteur peut se rendre un compte exact du mouvement des esprits dans le quart de siècle qui vient de s'écouler.

Cette deuxième édition est beaucoup plus volumineuse que la première; elle a plus de 1,800 pages, c'est-à-dire un tiers de plus que son aînée. La première partie, l'anatomie chirurgicale générale, est celle qui s'est enrichie des additions les plus considérables. Nous signalerons, entre autres choses, un long chapitre sur le sang, où sont exposées et appréciées les dernières acquisitions de l'hématologie. Ce chapitre, qui ne contient pas moins de 160 pages, rentre logiquement dans un traité d'anatomie, malgré le objections auxquelles nous avons déjà fait allusion. En effet, depuis que le mot anatomie ne signifie plus dissection, le sang doit être étudié au même titre que les autres tissus. M. Malgaigne aurait pu aller plus loin encore, car d'autres liquides de l'organisme faisant aussi partie intégrante du corps humain ont les mêmes droits à l'attention de l'anatomiste et du chirurgien. Nous ne pouvons analyser ce chapitre, pas plus que les autres parties de l'ouvrage, disons seulement qu'à lui seul il constitue un véritable traité d'hématologie pathologique. Tout ce qui se rapporte au rôle du sang dans les maladies est passé en revue. Ses altérations dans les fièvres, ses variations physiologiques, les conditions de sa coagulabilité, son intervention dans la formation des produits morbides, dans la cicatrisation, dans la formation du caillot, etc., etc., tout cela est analysé et discuté. Parmi toutes ces questions, une avait, à l'heure qu'il est, un puissant intérêt d'actualité : c'est celle du mode de guérison des anévrysmes. La théorie des caillots actifs, que M. Broca a présentée d'une manière si séduisante, n'a pas complétement satisfait M. Malgaigne. Il l'admet sur plusieurs points, mais il la rejette dans l'ensemble, ou plutôt suspend son jugement jusqu'à ce que l'expérimentation soit venue lui apporter la certitude qui lui manque.

Ce que nous venons de dire montre suffisamment dans quel but et avec quelles tendances ce livre a été écrit. Ce n'est pas pour le plaisir d'entasser des matériaux recueillis par d'autres que M. Malgaigne a pris la plume. Il a été poussé par cet esprit de critique et de vérification scientifique qu'il cherche partout à faire prévaloir. Depuis trente ans de grands progrès ont été faits dans cette voie, mais il reste encore beaucoup à faire. Il est des dogmes chirurgicaux qui subsistent on ne sait ni pourquoi ni comment. Leur ancienneté est leur seul titre, et la tradition leur seul soutien. Ils seront certainement révisés, et c'est à notre époque qu'incombe ce devoir. On répète souvent, au sujet des autres branches du savoir humain, que notre siècle est un siècle de critique; il faut qu'il en soit ainsi pour la chirurgie, et qu'en conservant et en augmentant même son originalité, elle se complète de plus en plus par cet esprit de rigoureuse critique qui règlera sa marche et consacrera ses progrès.

Plusieurs des maîtres de notre génération en avaient compris la nécessité et s'étaient engagés dans cette voie. M. Malgaigne en a fait l'objet de ses plus ardentes préoccupations. Depuis trente ans, il a donné l'exemple et insisté sur le précepte, et encore aujourd'hui, en engageant ceux qu'il est chargé d'enseigner dans la voie des études historiques, il poursuit directement l'œuvre à laquelle il a pris une si large part.

Depuis longtemps, et récemment surtout dans une célèbre discussion académique, il a signalé les dangers de ce qu'il a appelé le cartésianisme en chirurgie, et qui n'est autre chose que cette tendance à regarder comme démontré, à admettre comme vrai ce que l'esprit conçoit clairement et considère comme possible.

Voici du reste comme il s'exprime lui-même à ce sujet dans la préface de son livre.

Après avoir rappelé les principes philosophiques dont il faisait profession dans sa première édition, il dit qu'il n'a point changé, et ajoute (p. VI) : « Mais l'étude persévérante et approfondie des révolutions de la chirurgie, de l'origine de ses doctrines m'a conduit beaucoup plus loin; cet abus de raisonnement dans les applications anatomiques n'était que la conséquence d'un fait bien plus général et bien plus regrettable : je veux parler de la direction philosophique imprimée depuis près de deux siècles à la chirurgie française. De son aveu d'abord, puis plus tard par routine et à son insu, elle a reçu l'impulsion de la philosophie cartésienne, dont le premier principe est de faire table rase, et le second de regarder comme vrai ce que l'on conçoit d'une manière claire et distincte. Certes, c'était une grande idée de faire ainsi table rase. Avant Descartes, elle avait déjà séduit Bacon; d'un seul coup elle débarrassait la science de toutes les erreurs accumulées pendant les siècles : les étables d'Augias étaient nettoyées. Elle avait un autre avantage. En séparant violemment les esprits du passé, elle concentrait toute leur puissance sur le présent et l'avenir; elle avait tout démoli, elle obligeait à tout reconstruire; et comme les grandes révolutions suscitent les grands hommes, la chirurgie eut dans J.-L. Petit le puissant rénovateur dont elle avait besoin. Tout est bon aux hommes de génie, ils corrigent, par leur propre force, les vices de la méthode que leur éducation leur impose, et J.-L. Petit restera grand parce qu'il a encore plus observé qu'il n'a imaginé. Mais que dirai-je de ses successeurs? de cette Académie royale de chirurgie, dont je ne veux pas trop médire, parce qu'elle a fait son œuvre et qu'elle ne pouvait pas faire davantage, mais que j'ai dû réduire à sa juste valeur, lorsque ses pâles adora-

teurs nous présentent ses décisions comme des oracles, etc. »

Cette dernière réflexion, à l'adresse de l'Académie de chirurgie, paraîtra sans doute bien sévère ; elle est tempérée cependant par une restriction. M. Malgaigne lui accorde qu'elle a fait tout ce qu'elle pouvait faire. Il est probable que les membres de cette illustre Compagnie n'auraient pas, de leur vivant, demandé d'autre jugement de la postérité. On ne peut nier cependant que les doctrines cartésiennes n'aient eu, à une certaine période, une influence réelle et fâcheuse sur la direction de leurs travaux. Mais cette influence s'est-elle exercée dans la proportion que M. Malgaigne nous indique, et ne paraît-il pas étonnant que le cartésianisme se soit réfugié là, alors qu'il faisait place partout à des doctrines contraires, et que le moment de son triomphe à l'Académie de chirurgie corresponde juste à sa décadence au dehors?

Ce serait sortir de notre sujet et dépasser les limites qui nous sont imposées, que d'aborder ou même d'effleurer une question si vaste. Faisons remarquer cependant que Descartes, tout en paraissant détourner de l'expérimentation, n'a pas prétendu faire dériver toutes les sciences d'une conception pure de l'esprit ou d'un calcul mathématique, et que c'est par une exagération qui n'aurait sans doute pas été avouée par l'auteur de la doctrine, que certains chirurgiens ont pu se passer de l'observation dans des cas où l'observation seule devait être invoquée.

Du reste, il serait injuste de confondre tous les chirurgiens de l'époque dans cette accusation. La plupart observaient et quelques-uns même expérimentaient, timidement il est vrai, mais s'ils étaient si peu hardis, c'était peut-être moins à cause des doctrines cartésiennes qu'en vertu de certaines erreurs sur l'essence de l'homme, que le cartésianisme avait laissé subsister.

Quoi qu'il en soit de l'influence du cartésianisme ou des autres doctrines philosophiques sur la chirurgie du XVIIIe siècle, M. Malgaigne a pris à tâche d'en prévenir le retour ; il en dévoile et en grossit même au besoin les conséquences, pour entraîner dans une voie contraire les nouvelles générations chirurgicales. En leur prêchant le culte de la réalité dans la science, il les met en garde contre les écarts de l'imagination pure. En soumettant à une rude et sévère critique les opinions de ses prédécesseurs, il montre avec quelle méfiance il faut accepter les théories réputées classiques, quel que soit le nom qui les ait fait prévaloir. Il surexcite ainsi cet esprit de recherche et de libre examen, qui, malgré les tendances générales de l'époque, n'avait pas toujours suffisamment pénétré les chirurgiens.

A ce sujet, nous aimons à croire qu'il lui reste moins d'adversaires qu'il ne semble le craindre encore. Il n'est certainement personne qui ne soit disposé à souscrire à tout ce qu'il a dit sur l'importance de l'observation exacte et de l'expérimentation rigoureuse, et sur la nécessité de redresser et de compléter l'un par l'autre ces deux éléments de progrès scientifique. Il nous semble surtout que ceux qui travaillent sérieusement à l'avancement de la science se pénètrent de plus en plus de ces vérités. Quelques-uns ont retrempé dans le positivisme leur attachement exclusif au fait démontrable ou démontré. D'autres s'en tiennent simplement aux vieilles lois de la méthode expérimentale, que Bacon a rajeunies et mieux formulées. Un certain nombre, sans se demander d'où ils viennent et de qui ils procèdent, marchent dans la même voie. Quant à ceux qui voudraient sciemment appliquer à la chirurgie les procédés que Descartes employait pour les sciences philosophiques, nous croyons qu'il n'en existe plus aujourd'hui ; il peut y avoir des cartésiens sans le vouloir et sans le savoir ; il peut y en avoir surtout (dans le sens que M. Malgaigne attache à ce mot), par un oubli momentané des principes sévères de l'observation, mais nous croyons qu'il ne se trouvera personne qui veuille s'avouer cartésien à ce prix.

L. Ollier.

VI

VARIÉTÉS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Association générale des médecins de France.

Honoré confrère et ami,

Je me suis bien mal expliqué dans mon *feuilleton* du 30 décembre (Gazette hebdomadaire, 1859, n° 52), puisque j'ai été si mal compris de l'Union médicale (1860, n° 1, p. 2). La phrase a laquelle M. Latour fait allusion, exprimait, dans la forme usitée du genre, cette pensée fort innocente, que l'importance des *Revues scientifiques* de la Gazette pourrait faire tort à la chronique des associations et des banquets ; mais je voulais si peu jeter le discrédit sur cet ordre de faits, que j'annonçais en même temps l'intention de le faire entrer dans mes *Revues professionnelles*.

Je sais, d'ailleurs, que des attaques semblables à celles dont on se plaint ne seraient pas agréées par vous, qui avez bien pu combattre un certain mode d'association (mode abondonné, en effet, aujourd'hui), mais qui, loin de vous être montré hostile aux « principes » et à la « pratique de l'association générale, » n'avez émis sur ce sujet que des vues en harmonie avec les statuts de l'institution qui fonctionne actuellement.

Dr A. Linas.

Par décret du 31 décembre 1859, ont été promus : au grade de directeur du service de santé de la marine, M. Duval ; au grade de premier médecin en chef, M. Delioux de Savignac ; au grade de premier chirurgien en chef, M. Dufour ; au grade de second chirurgien en chef, M. Marroin.

— Par décret du 28 décembre dernier ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers : M. Isnard, médecin principal de 1re classe; M. Ducroquet, médecin-major de 1re classe ; M. Heitz, médecin-major de 1re classe.

Chevaliers : MM. Rouis, Bazin et Huart, médecins-majors de 1re classe ; Dubois, médecin-major de 2e classe; They, médecin aide-major de 1re classe ; Piton, pharmacien-major de 1re classe.

Sur le rapport du ministre de la marine ont été nommés : *Chevaliers :* MM. Maisonneuve, médecin-professeur ; Hiriart, chirurgien de la marine de 2e classe ; Bel, chirurgien de 1re classe au Sénégal ; Kerhuel, chirurgien de 1re classe à la Guyane française ; Mahé, chirurgien de 2e classe.

— Un concours pour deux places de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon sera ouvert le 4 juin 1860 à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— Le concours pour la place de chef interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. Labat.

— Le concours pour l'agrégation en médecine à la Faculté de Strasbourg a commencé le 1er décembre. Le jury est composé de MM. Ehrmann, Stœber, Schützenberger, Tourdes et Coze, professeurs, et Hirtz et Wieger, agrégés. Une seule place est au concours. Les candidats sont MM. Aronssohn et Spielmann.

— M. Louis-Samuel-Athanase Perrard-Lebrun, élève externe des hôpitaux de Paris, est décédé chez son père, le 27 novembre dernier, à l'âge de vingt-deux ans. Par décision de M. le directeur de l'Assistance publique, en date du 6 décembre, prise sur le rapport de M. Dubost, secrétaire général de cette administration, une médaille en bronze a été décernée à cet élève « comme un témoignage du bon souvenir que l'administration conserve de son zèle dans l'exercice de ses fonctions et de son dévouement aux pauvre malades. »

— Trois jeunes gens natifs d'Emyrne, capitale de Madagascar, viennent d'arriver en France. Ils sont envoyés par le prince Bakoton, héritier du trône et fils aîné de la reine Ranavolo, pour étudier la médecine à Paris.

— M. le docteur Ladevèze père, de Saint-Galmier (Loire), vient de mourir.

— M. le docteur Hubert Lauvergne, directeur du service de santé de la marine à Toulon, vient de succomber.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. | PARIS, 13 JANVIER 1860. | N° 2.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés en date du 31 décembre 1859, M. DENUCÉ, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire du même enseignement, en remplacement de M. Chaumet, décédé.

M. AZAM, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, est nommé professeur adjoint de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Denucé.

M. DUPUY, chirurgien en chef de l'hôpital de Bordeaux, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, en remplacement de M. Azam.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 12 janvier 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : FLUORESCENCE DES MILIEUX TRANSPARENTS DE L'ŒIL. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : EXTRACTION D'UN POLYPE NASO-PHARYNGIEN PAR LA BOUTONNIÈRE PALATINE. — SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES : DÉPÔT GOUTTEUX SUR LES OSSELETS DE L'OUÏE. — PROCÉDÉ POUR LA CURE DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE : M. BATTLEY. — TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES HYPOPHOSPHITES ALCALINS : M. DENOBELE. — L'HYPNOTISME A MADRID ET A MONTPELLIER. — CHUTE SPONTANÉE D'UNE MASSE CANCÉREUSE. NOUVEAUX GUÉRISSEURS DU CANCER A LONDRES ET A TOULOUSE.

Il y a bientôt deux ans, à l'occasion d'une expérience faite avec la pile de Bunsen, nous signalions l'influence exercée sur la peau par les rayons *chimiques* de la lumière électrique; influence qui se traduit par une vive rougeur erythémateuse, avec desquamation consécutive de l'épiderme; et nous montrions dans ce fait une explication naturelle de l'affection connue sous le nom de *coup de soleil*, dont la production, n'étant en rapport ni avec l'intensité de la lumière ni avec l'élévation de la température, doit être attribuée à la partie chimique des radiations solaires (*Gaz. hebd.*, 1858, p. 168).

Une lecture d'un intérêt saisissant, par laquelle M. le professeur Regnauld doit avoir frappé un coup décisif à la porte de l'Académie de médecine, nous ramène à cette question de la nature composée de la lumière, dans ses applications à la physiologie et à la pathologie. Le travail de notre confrère a pour but d'établir le rôle respectif des rayons chimiques et des différentes pièces de l'appareil optique dans l'exercice des fonctions visuelles. Quelques mots feront aisément comprendre et le sens et la portée de cette détermination.

Personne n'ignore que les radiations lumineuses, qu'elles émanent du soleil, du feu ou d'un foyer électrique, contiennent, en proportions diverses, trois sortes de rayons : des rayons *lumineux* proprement dits ou *éclairants*, des rayons *calorifiques* et des rayons *chimiques*. Ces derniers sont surtout abondants dans la partie violette du spectre et dans la partie dite *ultra-violette* (c'est-à-dire située au delà du violet et non lumineuse); ils sont plus nombreux dans la lumière électrique que dans la lumière solaire. On sait aussi que certains corps, le sulfate de quinine, le verre d'urane et beaucoup d'autres, ont la propriété de fixer ces radiations, de les absorber, au lieu de les réfléchir ou de se laisser traverser par elles; ils deviennent alors lumineux par eux-mêmes. Cette propriété de fixer les rayons chimiques a reçu le nom de *fluorescence*, et les corps qui la possèdent s'appellent *fluorescents*.

Ces notions, sur lesquelles repose la découverte de la photographie, n'ont pas été inutiles non plus aux sciences médicales. Elles ouvrent une large vue sur l'influence que reçoit de la lumière solaire la nutrition des plantes et des animaux; elles expliquent pourquoi l'érythème cutané est plus aisément produit par les émanations d'un foyer électrique que par celles du soleil, et pourquoi cet érythème peut se montrer même en l'absence d'une véritable insolation, par un temps couvert et médiocrement chaud. A ces applications et à d'autres qu'on pourrait citer, M. Regnauld en vient ajouter une qui, à toutes les apparences de la rigueur scientifique, joint l'avantage de

séduire et de charmer l'esprit. S'étant procuré, à l'aide des procédés les plus délicats de la haute optique, des radiations chimiques ultra-violettes, notre confrère a pu s'assurer que plusieurs des parties constituantes de l'œil sont douées de fluorescence. Cette propriété est très marquée dans les couches périphériques du cristallin; elle l'est beaucoup encore, mais un peu moins dans la cornée. Le corps vitré ne la possède pas par lui-même, mais on peut la constater dans la membrane hyaloïde. Enfin la rétine est également fluorescente à un degré sensible, comme Helmotz l'avait reconnu. Il suit de là que tout l'appareil lenticulaire de l'œil, en ne laissant passer que la partie lumineuse des radiations, seule nécessaire à la fonction visuelle, et en retenant la partie chimique, qui pourrait blesser la rétine, remplit par rapport à celle-ci l'office d'un véritable écran. Et ainsi la cornée, le cristallin, la membrane hyaloïde, seraient une sorte de complément des *tutamina oculi*, leur rôle étant de veiller, en quelque sorte, à la *qualité* des radiations qui pénètrent dans l'œil, tandis que les cils et la pupille en règlent la *quantité*.

La rétine, avons-nous vu, est elle-même légèrement fluorescente. Ce fait ne contrarie en rien la théorie de M. Regnauld. La fixation de rayons chimiques par cette membrane peut ne pas lui être nuisible — et même lui être utile — tant que ces rayons ne sont pas abondants. Il en est de la rétine comme de la peau, qui se trouve aussi bien de l'action modérée des radiations solaires, que mal de leur action excessive. Et les autres parties de l'œil elles-mêmes, le cristallin, la cornée, sont dans le même cas. Dans les conditions ordinaires, comme la plupart des corps de la nature sont plus ou moins fluorescents et que l'œil ne reçoit que de la lumière réfléchie, il ne lui arrive que très peu de rayons chimiques; les écrans naturels dont nous parlions peuvent dès lors retenir ces rayons sans en souffrir. Mais que, par exception, la radiation solaire soit renvoyée à l'œil par des corps non fluorescents, tels que les sables ou la neige, et la cornée ou le cristallin, trop imprégnés de rayons chimiques, pourront s'enflammer et laisser, en outre, passer jusqu'à la rétine une assez grande quantité de ces rayons pour la léser elle-même.

Sans vouloir nous appesantir sur un sujet encore si neuf, nous ne pouvons pourtant nous empêcher de rappeler, avec l'auteur, que l'hygiène privée et publique aurait à tirer plus d'un profit de ces données expérimentales. Les verres d'urane, qui retiennent, comme nous l'avons dit, les radiations chimiques, et que M. Foucault emploie avec avantage dans les expériences sur l'électricité, ne pourraient-ils pas servir à préserver les yeux dans plus d'une autre circonstance? On poursuit depuis longtemps des essais sur l'éclairage public à l'aide du foyer électrique; ne faudrait-il pas tout d'abord s'enquérir du moyen de fixer les radiations chimiques que ces foyers contiennent en si grande proportion? Combien d'applications industrielles et médicales ne trouveraient pas dans la science physico-chimique un secours profitable à l'humanité autant qu'à elles-mêmes! Mais, pour ce qui concerne spécialement la physiologie et la pathologie, il y a ceci de singulier et de peu remarqué peut-être, qu'elles ont communément peu à gagner aux notions générales et vulgaires de la physique et de la chimie, et que, bien loin de là, ces deux sciences ne les acheminent guère vers le progrès sans l'assistance de leurs plus subtiles données et de leurs procédés les plus délicats. C'est à la connaissance de milliers de phénomènes physiques plus mystérieux encore, plus difficiles à saisir, à soupçonner même, et, pour comble d'embarras, cachés dans la profondeur des tissus, qu'est attaché le problème de la vie organique.

— A la *Société de chirurgie* (séance du 4 janvier), M. Huguier a présenté l'observation d'un polype naso-pharyngien, extrait par un procédé dont M. Verneuil a fait récemment le sujet de quelques remarques dans ce journal; nous voulons parler du procédé de la *boutonnière palatine*. Le voile du palais a été incisé jusqu'à un centimètre de la base de la luette. Le doigt introduit par cette ouverture put déterminer le volume et la situation du polype, qui s'insérait sur le bord postérieur du cornet et à la partie supérieure de l'ouverture postérieure des fosses nasales. La tumeur ayant été attirée dans la bouche à l'aide d'une pince de Museux, le pédicule fut coupé avec de forts ciseaux courbes. Comme l'exploration montrait que la base d'implantation et toutes les parties voisines étaient saines, M. Huguier réunit la boutonnière par trois points de suture, mais qu'il fut bientôt obligé d'enlever, parce qu'ils tendaient à couper les bords de la plaie.

Que la maladie récidive ou non, cet exemple montre qu'il y a des cas où l'opération de Mamme et de Dieffenbach peut suffire à l'extraction de certains polypes naso-pharyngiens. Celui-ci n'avait que le volume d'une noix muscade. M. Verneuil a rappelé, du reste, à la Société que les avantages de la boutonnière palatine sont très variables, suivant que la voûte du palais est plus ou moins cintrée d'arrière en avant. Suivant lui, dès que la direction presque horizontale du plancher palatin ou le volume considérable du polype doit apporter de grandes difficultés à la recherche et à la section de la tumeur par la boutonnière, et qu'il y a lieu de craindre une ablation incomplète, mieux vaut ouvrir une voie très large, à la manière de M. Nélaton. Et, quelque procédé qu'on suive, il faut tout faire pour éviter, s'il est possible, les cautérisations consécutives, qui sont assez souvent funestes, comme on l'a pu voir récemment par l'observation de M. Foucher (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 748). Mais nous n'appuyons pas sur ces remarques déjà présentées par notre ami et collaborateur, et qu'il se propose de compléter.

— Les personnes atteintes de goutte chronique perdent quelquefois l'ouïe graduellement. Après l'emploi des ventouses derrière les oreilles, des vésicatoires, des sétons, des purgatifs, on sonde la trompe d'Eustache, et, n'y trouvant aucune lésion, on suppose une paralysie goutteuse du nerf auditif. Très probablement il en est ainsi dans beaucoup de cas et l'emploi de l'électricité peut offrir alors quelque avantage. Mais il est bon de ne pas perdre de vue que la surdité peut être produite par des dépôts goutteux sur les osselets de l'ouïe, avec ankylose de leurs articulations. Un cas de ce genre vient d'être présenté par M. Harvey à la *Société pathologique de Londres* (*Dublin Med. Press.*, 28 décembre 1859). Il est fâcheux que le texte du compte-rendu ne soit pas plus explicite sur la forme et la composition de ces dépôts; mais le nom de l'auteur et l'assentiment de ses collègues ne peuvent laisser à cet égard aucun doute sérieux.

— Après avoir fait connaître, dans le dernier numéro, le procédé opératoire de M. Baker Brown, pour la cure de la fistule vésico-vaginale, nous ne voulons pas rester en arrière avec M. Robert Battey (de la Géorgie), qui vient de publier dans The Lancet (31 décembre), une invention du même genre. M. Baker Brown avait subdivisé la grande traverse en plomb de M. Sims en petits tronçons pour y attacher isolément chacun des fils. M. Battey conserve la traverse unique; mais, au lieu de recevoir les deux chefs de chaque ligature dans un

même trou, puis dans une petite balle de plomb qu'on aplatit ensuite, il pratique près du bord postérieur de la traverse une série de trous, et sur l'autre bord autant d'entailles parallèles. La plaie avivée, les fils métalliques placés, il engage leurs chefs postérieurs dans les trous de la traverse et les assujettit de suite avec des balles de plomb; en tirant alors sur les chefs antérieurs, on fait descendre la lèvre postérieure de la fistule, en même temps qu'à l'aide d'une petite spatule de bois passée sous les mêmes chefs et poussée d'avant en arrière, on fait remonter la lèvre antérieure. Les deux lèvres ainsi rapprochées, les chefs antérieurs des fils sont engagés dans les entailles de la traverse, puis noués et tordus avec les chefs postérieurs.

On voit que dans ce procédé les fils ne se rejoignent pas au niveau des bords rapprochés de la fistule, mais qu'ils sont tenus écartés de tout l'intervalle qui sépare les trous destinés aux bouts postérieurs des fils et les entailles qui reçoivent les bouts antérieurs. L'auteur regarde cette disposition comme très propre à prévenir l'étranglement des tissus; reste à savoir si elle est également propre à maintenir les bords en parfait contact. M. Battey ne paraît pas avoir eu occasion d'appliquer son procédé. Nous devons d'ailleurs rappeler encore une fois que le système des traverses métalliques, quoiqu'il ait donné et donne lieu à beaucoup de petites inventions, est abandonné en Amérique de ceux-là mêmes qui l'avaient remis en honneur dans ces derniers temps.

— Nous avons fait connaître, en août 1858 (*Gaz. hebd.* 1858, p. 585 et suiv.), le résultat de nos observations personnelles sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les hypophosphites de soude et de chaux. Nous avons eu le regret d'établir que, après un temps variable, mais presque toujours supérieur à trois mois, la tuberculisation pulmonaire n'avait été suspendue dans aucun cas, et avait notablement progressé chez le plus grand nombre des malades. Ces insuccès ne doivent pas nous empêcher de signaler, sur le même sujet, un RAPPORT moins décourageant de M. Denobele, inséré dans les ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE (décembre 1859). Il faut dire que l'honorable médecin des prisons de Gand, guidé par cette vue théorique que l'huile et les autres corps hydrocarbonés, pris à l'intérieur, ne sont efficaces qu'à la condition d'y rencontrer de l'oxygène pour brûler leur carbone, n'a administré l'hypophosphite qu'à titre de composé aisément réductible, propre à augmenter la proportion d'oxygène contenue dans l'économie, et à rendre plus sûre l'action de l'huile de foie de morue. On voit que sa théorie est fort différente de celle de M. Churchill, dont l'intention est seulement de fournir du phosphore à l'organisme, et que, dans la pratique, il devient difficile de faire, quant aux résultats cliniques, la part de chacun des deux médicaments administrés aux détenus de Gand. Ces résultats sont les suivants :

Du 26 août au 3 décembre 1858, seize sujets atteints de phthisie aux deuxième et troisième degrés ont pris, en même temps que l'huile hépatique, de l'hypophosphite de chaux; ils en ont consommé en tout un kilogramme. La dose, pour chaque malade était de 50 centigrammes d'abord, puis de 1 gramme par jour, dans 300 grammes d'eau distillée. Dans les premiers jours de la médication, l'estomac avait paru se fatiguer, mais cet inconvénient a disparu dès que le sel a été donné dans une solution plus étendue. « Les malades, dit l'auteur, sont devenus plus alertes, plus vifs, moins chancelants; au bout de quelques jours, le système sanguin s'est relevé, la coloration a été plus vive, la chaleur un peu augmentée, le pouls plus développé, mais aussi plus fréquent. (Les hémoptysies qui sont survenues chez quelques sujets reconnaissent-elles pour cause cette excitation subite, provoquée par le phosphore?) Les sueurs nocturnes ont diminué chez quelques-uns, se sont entièrement supprimées chez d'autres, n'ont pas changé chez plusieurs. L'expectoration s'est modifiée considérablement chez la plupart, mais la dyspnée n'a changé chez aucun. »

« Les fonctions digestives languissantes chez la plupart des malades, se sont relevées chez le plus grand nombre d'entre eux, et j'ai pu constater que l'assimilation se faisait avec infiniment plus d'énergie. »

M. Denobele a soin d'ajouter qu'il n'annonce pas des *guérisons*, mais seulement des *améliorations*. Chez combien de malades? Il ne le dit pas en termes exprès; mais on peut le déduire d'un tableau annexé au rapport. Un mieux plus ou moins sensible a été noté chez onze malades; les cinq autres ou ont suivi inutilement la médication, ou l'ont suspendue trop tôt pour des motifs divers.

Ces résultats sont plus favorables que les nôtres; mais on remarquera qu'ils portent bien plutôt sur l'ensemble de la constitution que sur la lésion pulmonaire, et nous avons dit nous-même que l'hypophosphiste paraissait exercer une influence avantageuse sur les fonctions nutritives. L'auteur a soin de faire remarquer que « la dyspnée n'a changé chez aucun (malade). » C'est sans doute que l'état des poumons ne s'améliorait pas sensiblement. Il est regrettable (quoique peut-être la forme d'un rapport administratif excuse cette lacune), il est regrettable pour les médecins, que l'auteur se soit borné, d'une part, à dire que les sujets présentaient « un son mat et du râle sous-crépitant ou un souffle caverneux, » et d'autre part n'ait absolument donné aucun renseignement sur les signes stéthoscopiques constatés à la sortie des malades. Sa note, quoique digne d'intérêt, perd par là une partie de sa valeur scientifique.

— L'hypnotisme n'avait probablement pas été expérimenté en Espagne à la date du 1er janvier, et il paraît que la crainte de prêter le flanc aux magnétiseurs retient encore nos confrères de Madrid; c'est du moins ce que déclare EL SIGLO. Cet organe important de la presse médicale espagnole recommande d'ailleurs d'apporter la plus grande prudence à des pratiques qui aboutissent à la catalepsie et autres perturbations nerveuses. « Aucun moyen susceptible de jeter l'homme dans cet état ne doit être considéré comme innocent. »

A Montpellier, la curiosité du jour n'a pas eu jusqu'ici grand succès, si nous en jugeons par la chronique scientifique de M. Moutet (*Montpellier médical*, janvier 1860). « En présence des élèves qui suivent la clinique de la Faculté, nous avons essayé, dit-il, chez cinq individus (quatre hommes et une femme) de les rendre témoins des effets singuliers annoncés par la presse médicale de Paris, et sauf un seul cas où le sujet (l'interne de service, M. Coulon) nous a conjuré de terminer l'expérience au bout de cinq minutes, par suite d'un malaise indéfinissable auquel il ne pouvait résister, nous n'avons noté de symptômes appréciables chez aucun des autres. M. le professeur Bouisson a également échoué sur six femmes, et M. le professeur Benoît a eu un semblable mécompte. »

— Un procès encore pendant (1), et où la médecine pour-

(1) Depuis que ceci est écrit, le sieur Vriès a été condamné pour escroquerie à quinze mois de prison et 500 fr. d'amende.

rait trouver plus d'un sujet de tristesse, a rappelé à l'attention publique l'histoire d'un célèbre industriel guéri d'une tumeur mélanique de la lèvre par un prétendu remède indien. Dans l'espèce, on peut bien accepter que le mal ait été détruit par un caustique ; il n'y a rien là de sorcier ni d'indien ; mais on a rappelé à cette occasion que les cancers tombent parfois d'eux-mêmes à la suite de mortification et de fonte spontanée. Comme cette terminaison est après tout assez rare (bien qu'un assez bon nombre d'auteurs, et en particulier M. Velpeau, en aient rapporté des exemples), nous ne laisserons point passer, sans le mentionner au moins en quelques lignes, un exemple de ce genre qui vient fort à propos. Le MEDICAL TIMES à qui nous l'empruntons, l'a recueilli à *London hospital*, dans le service de M. Gowland. Il s'agit d'une femme qui portait au sein gauche, depuis un an, une tumeur grosse comme le poing d'un adulte, presque aussi dure qu'une pierre (du moins superficiellement), ulcérée à la surface et présentant tous les caractères d'un squirrhe. Sous l'ulcération, la masse de la tumeur était en voie de fonte putride et avait commencé à se séparer de la peau sous-jacente. La malade a affirmé maintes fois qu'elle n'avait appliqué sur le mal aucun remède, aucun emplâtre, et que le travail de séparation datait d'un mois. Ce travail n'est pas terminé ; mais il est aisé de prévoir qu'il fera tomber la masse entière, sauf peut-être sa base, qu'on détruira, si besoin est, avec les caustiques.

Du reste, la ville de Londres a le bonheur aussi en ce moment de posséder un guérisseur de cancer dans la personne de M. Reed. Le remède de ce grand thérapeutiste s'applique localement, comme celui qui a guéri M. Sax ; mais on ne peut pas dire qu'il soit précisément topique et qu'on doive nécessairement l'appliquer *loco dolenti*. Car nous lisons dans une lettre écrite au MEDICAL TIMES par M. Ch. Whitby, que, dans un cas de *fongus* siégeant dans la gorge, M. Reed fit des fumigations sur la *face externe* de la joue. On a jugé d'après l'odeur que ces fumigations étaient chlorurées. Qu'est devenu le malade ? Inutile de le dire ; il a parfaitement guéri.

Un autre guérisseur des affections cancéreuses, M. Martinez, officier de santé, vient d'être condamné, sur des considérants analogues à ceux qui concernent le sieur Vriès, à *cinq années* de prison et *mille francs* d'amende.

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES CHIRURGICALES, par M. FOUCHER, chirurgien des hôpitaux.

M. le professeur Simpson vient de proposer un nouveau moyen pour arrêter les hémorrhagies traumatiques et remplacer les ligatures généralement employées en pareille circonstance. La méthode proposée par le professeur d'Édimbourg nous a paru assez importante pour que nous nous livrions à quelques expériences sur ce sujet. Nous voulons faire connaître dès aujourd'hui ce que nous ont déjà appris ces expériences faites avec l'aide de M. Robert Sim qui a assisté M. Simpson lui-même dans ses essais, et de M. le docteur M'Gavin ; mais auparavant nous donnons la traduction de la communication faite par M. Simpson à la Société royale d'Édimbourg, suivant la relation publiée par le MEDICAL JOURNAL EDINBURGH (january 1860).

De l'acupressure ou nouvelle méthode pour arrêter les hémorrhagies chirurgicales, par J.-Y. Simpson, professeur à Édimbourg, etc. A la première réunion du semestre d'hiver de la Société royale d'Édimbourg tenue le lundi 19 décembre 1859, le professeur Simpson a fait une longue communication sur l'*acupressure* qu'il propose comme un moyen nouveau d'arrêter les hémorrhagies chirurgicales.

Après avoir décrit les diverses méthodes hémostatiques employées dans le cas de plaies ou d'opérations par les chirurgiens grecs, romains, arabes et ceux du moyen âge, il donne un aperçu historique sur l'introduction de la ligature des artères dans la pratique, et l'indique comme le moyen hémostatique à peu près universellement employé en chirurgie à l'époque actuelle, à part les circonstances exceptionnelles où l'on peut faire la torsion des petites artères ; mais il pense que la chirurgie doit rechercher quelque chose de préférable à la ligature des artères, surtout quand le chirurgien désire, comme cela a lieu ordinairement, fermer la plaie d'une opération par la réunion immédiate ou l'adhésion primitive de ses bords ou de ses parois.

A l'appui de cette opinion, le docteur Simpson récapitule les arguments qu'il a déjà énumérés sur le même sujet dans ce journal (voy. *Edinb. med. Journ.*, 1858, p. 547). En résumé, depuis que nous connaissons cela, nous savons, en chirurgie obstétricale, produire avec la suture métallique, fréquemment et avec certitude, la réunion complète, par première intention, des bords avivés de la fistule vésico-vaginale, et cela malgré le contact de l'urine, le fluide le plus irritant du corps qui baigne constamment les bords de la plaie. Les chirurgiens devraient guérir les plaies chirurgicales ordinaires par l'adhésion primitive, s'il n'existait aucune circonstance défavorable pour empêcher ce résultat désiré. Cependant la réunion entière et complète, par première intention des plaies produites par l'ablation d'un lambeau, comme la mamelle, une tumeur, etc., était, sans contredit, rarement observée dans la pratique chirurgicale. Les ligatures, par leur présence autour de l'artère coupée, formaient une circonstance défavorable très active qui empêchait la réunion primitive des bords de la plaie. Elles produisaient cet effet de deux manières : 1° elles agissaient comme un corps étranger dans le fond de la plaie, et quand elles étaient composées de fils de soie ou autres matières organiques qui se gonflent rapidement par l'imbibition des fluides animaux promptement décomposés, chaque ligature produisait une action analogue à celle d'un séton irritant. 2° Elles contrariaient l'union immédiate ou l'adhésion primitive d'une autre façon, c'est-à-dire qu'elles développaient dans les points liés et dans les extrémités des artères un degré d'inflammation qui dépassait celui de l'inflammation adhésive et produisait un effet destructif sur la réunion. Chaque artère liée a ses deux tuniques internes mécaniquement divisées et déchirées au point où porte la ligature, et avant que le fil abandonne le tube artériel, il faut que les tuniques broyées et étranglées se détruisent en ce point par les progrès de l'ulcération, de la suppuration et de la mortification. Si deux, trois ou un plus grand nombre d'artères étaient liées dans une plaie, il existait dans cette plaie deux, trois ou un plus grand nombre de points qui se détruisaient simultanément par l'action de l'ulcération, de la suppuration et de la gangrène. En pareil cas, la complète guérison de la plaie par réunion immédiate, par adhésion primitive et simple inflammation primitive, était un résultat beaucoup meilleur que celui que l'on pouvait espérer.

Les chirurgiens ont fait différents efforts pour surmonter les deux obstacles que la ligature oppose à la réunion.

Ceux des temps anciens avaient l'habitude de comprendre une portion des tissus environnants dans l'anse de la ligature ; mais le procédé de l'ulcération qui divise les parties embrassées par la ligature était ainsi rendu inutilement plus pénible et plus lent. Plus tard, on prit pour règle de n'embrasser par la ligature que le tube artériel lui-même. Après que cette importante réforme eût été introduite, certains chirurgiens employèrent une ligature large et un peu aplatie ; celle-ci toutefois ulcère et coupe l'artère très lentement, et, dans la pratique, elle fut bientôt remplacée tout à fait par la ligature mince et déliée, mais ayant pourtant une force suffisante. Dans le but de diminuer le volume du

corps étranger abandonné dans la plaie, les praticiens ont adopté l'usage de couper un des bouts de la ligature, lorsque le nœud est fait; d'autres, avec le vain espoir que l'anse achevée d'une ligature de soie peut rester (bien que ce soit un corps étranger) enfouie dans le fond de la plaie, proposaient de couper les deux extrémités du fil : cette pratique n'a pas été heureuse. On a tenté d'accroître les chances de la réunion de la plaie par première intention, en changeant la composition matérielle de la ligature, et au lieu d'un fil de lin ou de chanvre, on a employé les ligatures de boyaux de chat, de peau de daim, des fibres des nerfs du daim, dans l'espérance que ces fils provoqueraient moins d'irritation, parce que leur structure se rapproche plus de celle des tissus animaux vivants. C'est dans le même espoir que les ligatures des fils métalliques ont été placées autour des artères saignantes, et quoique la matière dont elles sont composées soit importante pour éviter l'irritation, le docteur Simpson avait trouvé que le fil métallique, comme toute autre ligature placée autour de l'artère, ulcérait le tube qu'il étreint, et que pendant les progrès de l'ulcération, l'irritation et l'inflammation dépassaient le degré qui permet l'union de la plaie par première intention.

Les efforts de la chirurgie moderne ont donc été dirigés dans le but d'arriver à augmenter les chances de la réunion des plaies par première intention, en diminuant de plus en plus l'irritation produite par la présence et l'usage de la ligature que l'on supposait nécessaire pour arrêter l'hémorrhagie.

Par le nouveau procédé hémostatique de l'*acupressure*, le docteur Simpson a l'espoir de vaincre au plus haut degré toutes les difficultés, en même temps qu'il espère arrêter les hémorrhagies chirurgicales, *à moins qu'un corps étranger quelconque ne soit resté de lui-même dans la plaie;* il a aussi l'espoir de ramener les plaies saignantes dans la chirurgie ordinaire aux conditions des plaies dans la chirurgie plastique où aucune ligature artérielle n'est mise en usage, et où la réunion par première intention est par conséquent la règle et non pas l'exception. Comme preuves, il remarquait que lorsque l'on cousait en dehors ou sur son bord externe une large plaie chirurgicale par une suture de fer, d'argent ou de tout autre métal non irritant, et qu'on laissait en permanence dans le fond de la plaie une série de ligatures de soie dont chacune produit la suppuration, l'ulcération et la gangrène des points liés, on agissait d'une manière vraiment paradoxale, comme lorsque l'on recherche la propreté et les mesures hygiéniques à l'extérieur d'une maison, et qu'en fermant les portes, on renferme à l'intérieur les ordures et les éléments de destruction et de maladies.

Le docteur Simpson a établi et prouvé par des succès complets les effets de l'*acupressure* comme un moyen efficace d'obturer l'artère et d'arrêter l'hémorrhagie, en agissant d'abord sur des animaux, et depuis peu dans deux ou trois opérations sur l'homme. Les instruments qu'il a proposé d'employer pour cela, sont des aiguilles minces, très aiguës, ou des épingles de fer passif et non oxydable; dont une extrémité est garnie de cire ou de verre, et l'autre est tout à fait semblable aux aiguilles à bec-de-lièvre, employées ordinairement par les chirurgiens à notre époque, mais plus longues si les circonstances l'exigent. Ces aiguilles peuvent être recouvertes d'une couche d'argent ou de zinc, si l'on croit que cette protection est nécessaire.

Dans le principe, le docteur Simpson pensait que, dans l'emploi de l'*acupressure* comme moyen hémostatique, il devait être nécessaire de comprimer le tube de l'artère saignante entre deux aiguilles placées de chaque côté; mais, dans ses expériences postérieures sur le vivant comme sur le cadavre (par exemple en amputant sur le cadavre et en injectant ensuite de l'eau tiède dans les artères, pour imiter le flux du sang), il a vu que la compression d'une épingle suffit parfaitement, le plus ordinairement pour fermer l'artère, et que même quelquefois quand deux ou trois artères blessées sont rapprochées, elles peuvent être closes simultanément par l'action d'une seule aiguille ou épingle.

Le procédé tout entier consiste à passer l'aiguille deux fois à travers la substance de la plaie, de manière à comprimer, au moyen de la partie moyenne de l'aiguille, le bout cardiaque de l'artère blessée, dans l'étendue d'une ou de deux lignes. La seule partie de l'aiguille qui reste exposée à la surface saignante de la plaie, est cette petite portion moyenne qui passe par-dessus le tube artériel et le comprime. L'aiguille est retirée vers le deuxième ou e troisième jour; et comme alors on suppose que l'artère est exactement oblitérée, en agissant ainsi, on ne laisse rien qui ressemble à un corps étranger dans les tissus composant les lambeaux ou les bords de la plaie. Pour produire exactement l'occlusion d'un tube artériel que l'on désire comprimer, il faut que l'aiguille passée au-dessus de ce tube, le presse avec une force suffisante contre quelque corps résistant. Ce corps résistant se trouve le plus souvent : 1° dans les parois cutanées ou autres tissus formant les bords de la plaie; 2° quelquefois dans un os voisin, ou quelque autre corps dur contre lequel l'artère est très solidement prise et comprimée par l'aiguille compressive; 3° et, dans quelques cas rares, il peut être utile, en pratique, d'introduire une seconde aiguille, qui servira de point d'appui pour la compression. Le plus souvent une seule aiguille est parfaitement suffisante, même pour l'amputation de la cuisse, seulement un lambeau large et épais exige une aiguille d'une longueur proportionnée.

Pour appliquer ce moyen hémostatique, le chirurgien peut placer l'extrémité de l'indicateur de la main gauche sur l'orifice saignant de l'artère qu'il veut comprimer et clore; puis, tenant l'aiguille de la main droite, il l'introduit par la surface cutanée du lambeau, et la pousse jusqu'à ce qu'elle ait traversé toute l'épaisseur et dépasse de quelques lignes à la surface saignante de la plaie un peu vers la droite et en avant de l'extrémité du doigt; alors, agissant avec la main droite sur la tête de l'aiguille, il incline et dirige la pointe de manière à lui faire faire un véritable point en travers du tube artériel, immédiatement au-devant de l'extrémité du doigt qui comprime; puis, pressant avec ce doigt sur l'orifice artériel, il pousse l'aiguille de façon à la faire entrer de nouveau dans le lambeau, à gauche de l'artère, et continuant la pression sur l'aiguille, il la fait ressortir à la surface cutanée du lambeau.

Le point où se trouve située l'artère est maintenu fixe et comprimé par l'arc ou pont d'acier qui passe au-dessus de lui. De cette façon, l'aiguille passe d'abord de la peau du lambeau vers la face interne de la plaie, et après avoir formé un pont au-dessus de l'extrémité de l'artère, elle pénètre une seconde fois dans la plaie de la surface saignante à travers la peau. Il est quelquefois plus facile de passer l'aiguille à l'aide de l'œil seul, et sans guider sa course au moyen de l'extrémité du doigt, appliquée sur l'orifice saignant du vaisseau. On ne comprime pas seulement ainsi l'artère, mais encore les tissus placés autour et au-dessus d'elle. Lorsque l'aiguille est complétement ajustée, on peut voir, et cela n'est pas même nécessaire, sur la surface nue de la plaie, la petite portion de l'aiguille qui a passé au-dessus de l'artère, tandis qu'en dehors, sur la surface cutanée, apparaissent la pointe et la tête dans une longueur plus ou moins considérable.

Le reste est caché dans l'épaisseur du lambeau ou des bords de la plaie. Le degré de pression exigé pour clore efficacement une artère est certainement beaucoup moindre que ne le pense la généralité des praticiens. D'ailleurs, on peut accroître régulièrement le degré de pression; il suffit de varier l'angle que fait l'aiguille en pénétrant d'abord et en passant ensuite de dedans en dehors. La peau et les autres parties constitutives des lambeaux résistent contre le milieu de l'aiguille qui comprime le tube artériel. S'il était, par hasard, nécessaire de produire le plus grand degré de pression que l'on puisse obtenir de cette façon, on pourrait facilement y arriver, en jetant autour des deux extrémités de l'aiguille qui sont exposées sur la peau, des ligatures en 8 de chiffre, comme pour le bec-de-lièvre, et en interposant ou non une compresse entre la peau et les anses de fil. En pratique, cependant, la pression de l'aiguille sera suffisante sans cette ligature, qui pêche plutôt par l'excès que par le défaut de pression. Le mode d'application de l'aiguille est difficile à décrire en peu de mots; mais il est facile de le voir et de le reproduire en s'y exerçant sur une pièce de toile ou de cuir mou.

L'épingle est passée exactement comme lorsqu'il s'agit de fixer la tige d'une fleur dans un repli de l'habit. La compression de

l'artère contre un os est un peu plus compliquée. Pour l'accomplir, il est nécessaire d'introduire, par la surface cutanée, une longue aiguille à travers le lambeau de la plaie, obliquement et près du siége de l'artère; puis, repoussant vers l'os avec le doigt ou l'extrémité même de l'aiguille, la partie contenant l'artère, on fait passer derrière cette partie l'aiguille, qui, lorsque l'on est certain que l'artère est close, est enfoncée dans les tissus situés au delà, et peut émerger à la surface cutanée, si cela semble nécessaire, en faisant un angle un peu oblique, par rapport à celui sous lequel elle a pénétré.

On met ainsi à profit l'élasticité et la résistance des parties molles, pour maintenir l'artère contre l'os avec le degré de force nécessaire. L'anatomie seule et l'expérience peuvent indiquer les modifications qu'exige la compression exacte de chaque artère en particulier contre l'os voisin........

Dans deux cas, le docteur Simpson a établi sur les branches de l'artère mammaire interne, fréquemment coupées lorsque l'on enlève les mamelles, une occlusion facile et parfaite, en passant l'aiguille à travers le lambeau, près de l'artère, et en la poussant à travers les tissus situés derrière elle. Il est possible, pour certaines amputations, si les aiguilles ont pu être passées auparavant à un demi-pouce à peu près de la ligne où l'on se propose d'inciser, de fermer l'artère ou les artères principales, et de faire l'opération sans effusion de sang. Ainsi, les aiguilles peuvent à la fois remplir deux usages : celui du tourniquet, et celui de la ligature. Peut-être trouvera-t-on encore ainsi un moyen simple et efficace de comprimer et de clore un tronc artériel dans le cas d'hémorrhagie ou de toute autre lésion, comme une artère atteinte d'anévrysme, comme l'artère fémorale, dans le cas d'anévrysme poplité.

Ce serait changer en une simple acupuncture une opération qui exige une dissection délicate, lorsque les méthodes de la compression, de manipulation, de flexion du genou, ont fait défaut. On considère comme un problème difficile jusqu'à présent celui qui consiste à obturer les vaisseaux des ligaments ovariens dans l'ovariotomie, sans qu'un corps étranger, pince ou ligature, soit laissé sur le pédicule de la tumeur. Il est possible de vaincre cette difficulté, en transperçant convenablement ce pédicule et en le pinçant fortement dans toute sa largeur contre la face interne des parois abdominales relâchées, au moyen d'une ou de plusieurs aiguilles passées en dehors à travers ces parois abdominales.

Les aiguilles employées pour l'*acupressure* et passées facilement à travers les plaies et les lambeaux ne doivent pas amener une grande perturbation ni une vive irritation, ainsi que le prouve au plus haut degré tout ce qui est connu de la tolérance des tissus animaux vivants pour le contact des corps métalliques. Il y a longtemps que Joseph Hunter montrait que les petits grains de plomb, les aiguilles, les épingles quand ils ont pénétré dans les corps vivants et y séjournent même depuis des années, produisent une inflammation qui ne dépasse que très rarement les limites de l'inflammation adhésive. Dans ces derniers temps, lorsque l'étude de l'acupuncture attira spécialement l'attention des médecins, Cloquet, Pelletan, Pouillet et autres, ont montré que le passage et le séjour de longues aiguilles à acupunctures n'amenaient qu'une irritation légère ou nulle dans les tissus voisins où elles étaient appliquées.

Les critiques qui ont parlé de ces travaux et expériences dans le MEDICAL JOURNAL EDINBURGH, 1827, ont fait observer : « qu'il » était remarquable que les aiguilles à acupuncture ne causaient » aucune inflammation dans les tissus vivants. Si elles sont brutalement tiraillées et froissées par les habits du patient, elles pourraient produire une légère irritation; mais si elles sont convenablement fixées et protégées, elles peuvent être abandonnées » dans le corps pendant un temps à peu près indéfini, sans amener » aucun des effets qui ont coutume d'être produits par la présence » d'un corps étranger. Sur un malade de M. Cloquet, elles furent » laissées pendant dix-huit jours dans les tempes, et dans des cas » où des aiguilles ont été avalées, elles ont séjourné pendant plus » longtemps encore sans causer d'inflammation. Il semble donc » probable, d'après les faits recueillis sur ce sujet, que les corps » métalliques de toute sorte peuvent rester enfermés dans les tissus » animaux sans produire aucun accident. » (P. 197.) Les récentes observations et expériences sur les sutures métalliques confirment cette grande loi pathologique qui établit la tolérance des tissus vivants pour le contact des tissus métalliques. Dans l'opération du bec-de-lièvre, où le succès ou l'insuccès dépend de la réunion par première intention, les chirurgiens tiennent les bords de la plaie rapprochés au moyen d'aiguilles qu'ils compriment souvent avec les ligatures en 8 de chiffre, et trouvent que ce moyen est le plus efficace pour obtenir la réunion primitive.

L'*acupressure* des artères, si on la compare à leur ligature, semble, comme moyen hémostatique, offrir d'importants avantages :

1° L'*acupressure* sera trouvée plus facile, plus simple et plus prompte dans son application que la ligature.

2° Les aiguilles dans l'*acupressure* ne sauraient être envisagées comme des corps étrangers irritants, et peuvent toujours être retirées au bout de deux ou trois jours, aussitôt que l'artère semble devoir être oblitérée, tandis que la ligature constitue un véritable corps étranger irritant, et doit être laissée jusqu'à ce qu'elle ait ulcéré entièrement l'artère liée.

3° La ligature produit nécessairement l'ulcération, la suppuration et la gangrène où elle est appliquée, tandis que l'occlusion par l'*acupressure* n'entraîne ni une destruction semblable ni ses conséquences morbides.

4° Les chances de l'union des plaies par première intention devront être plus grandes, lorsque l'arrêt de l'hémorrhagie chirurgicale a eu lieu par l'*acupressure* que si la ligature a été employée.

5° La phlébite, la pyoémie, etc., en d'autres termes la *fièvre chirurgicale* et traumatique, semblent souvent produites par la suppuration de mauvaise nature et sanieuse qui se fixe sur la plaie sous l'influence de l'irritation causée par les ligatures.

6° Aucun de ces dangers ni de ces complications fâcheuses ne peut être produit par l'emploi de l'*acupressure*, puisque la présence d'une aiguille métallique n'a aucune tendance à exciter dans la plaie une suppuration locale mauvaise et sphacélique, comme cela a lieu par l'usage des ligatures.

7° Désormais, en employant l'*acupressure*, on peut espérer premièrement de voir les plaies chirurgicales guérir plus promptement et se fermer plus vite ; secondement d'observer moins souvent dans les plaies et les opérations les effets désastreux de la *fièvre chirurgicale*.

Tels sont les faits que le professeur Simpson a portés à la connaissance de la Société royale d'Édimbourg, et c'est parce que nous trouvons qu'ils renferment une idée chirurgicale tout à la fois ingénieuse et importante que nous avons cru devoir les rappeler textuellement.

On voit que le professeur d'Édimbourg a pris pour point de départ les résultats fournis dans certaines opérations par l'application de sutures au moyen des fils métalliques, et ceux obtenus précédemment par l'emploi des aiguilles à acupuncture. Tout cela nous semble donc parfaitement déduit et théoriquement séduisant; mais nous avons de suite songé aux difficultés pratiques, et c'est pour nous en rendre compte que nous avons nous-même institué quelques expériences. Nous voulions, en même temps, rechercher quels pouvaient être les meilleurs modes d'application d'un moyen que M. Simpson n'a pu faire connaître que dans sa généralité.

D'abord sur un cadavre, nous avons fait à la région palmaire du poignet un large lambeau comprenant l'artère radiale. Nous avons immédiatement comprimé l'extrémité de l'artère coupée, au moyen d'une forte épingle à suture passée en travers, de la surface cutanée vers la surface nue de la plaie, sur le côté de l'artère, croisant celle-ci et venant ressortir sur l'autre côté de la surface cutanée en pénétrant cette fois de dedans en dehors; nous avons alors mis à découvert l'artère humérale au pli du bras, et nous avons poussé une injection d'eau avec une excellente seringue. Malgré la force employée, nous n'avons pu produire à l'orifice de la radiale qu'un léger suintement d'eau. Cette expérience nous a convaincu que l'épingle, ainsi placée sur le vivant, aurait parfaitement arrêté un écoulement de sang se faisant par l'artère.

Dans une deuxième expérience faite sur un lapin vivant, une large incision à la cuisse a ouvert l'artère fémorale; le doigt étant

posé sur l'orifice du vaisseau, une longue aiguille en acier a été introduite immédiatement au-dessus; et, pénétrant en dehors de l'artère obliquement à travers les tissus, elle est venue croiser le vaisseau en dedans et a été ramenée ensuite à l'extérieur en perforant de nouveau très obliquement les tissus situés derrière. L'écoulement de sang a immédiatement cessé. L'aiguille, ainsi appliquée, est tirée en dehors par l'élasticité des tissus, et, comme elle se trouve en dedans de l'artère, elle comprime celle-ci contre l'os.

Dans une troisième expérience faite à Alfort sur un chien de forte taille, nous avons procédé de la manière suivante : une large incision faite à la cuisse a intéressé l'artère fémorale dans la moitié de son diamètre, par conséquent dans les meilleures conditions pour produire une hémorrhagie abondante, l'aiguille passée au-dessus de la plaie, comme dans l'expérience précédente, de manière à comprimer l'artère contre l'os, a immédiatement arrêté l'écoulement sanguin, et il suffisait, pour le faire reparaître, d'attirer un peu l'aiguille en dedans, en un mot de l'éloigner de l'os. Dans cette même plaie, une branche artérielle superficielle qui donnait du sang a été saisie entre deux épingles et l'hémorrhagie a cessé; nous avons répété la même expérience sur l'artère humérale et sur ses branches. La résistance de la peau du chien et sa mobilité sur les tissus sous-jacents rendent ces sortes d'expériences difficiles, et l'on ne retrouve pas là les conditions d'élasticité et de résistance qu'offre la peau de l'homme.

Toutefois, ces essais nous ont convaincu que, comme l'a avancé le professeur Simpson, l'application d'une aiguille faite convenablement sur l'extrémité d'une artère suffira toujours pour arrêter l'hémorrhagie, et qu'il sera possible de comprimer, au moyen de l'aiguille, les gros troncs artériels sur un os voisin. En pratique, ce mode rencontrera des difficultés dans l'application ; dans certaines circonstances, mais qui seront assez rares, on ne pourra porter l'aiguille au fond d'une plaie anfractueuse où se trouve une artère ouverte, de manière à exercer une compression efficace ; mais dans les autres cas, l'exercice, l'habitude, apprendront assez vite le volume que doit avoir l'aiguille, l'obliquité qu'elle doit présenter en pénétrant dans les tissus, et l'étendue du repli des parties molles, pour que le degré convenable de compression soit atteint. Les difficultés d'exécution manuelle ne sont en réalité pas plus grandes que lorsqu'il s'agit d'appliquer les ligatures sur les artères divisées. Nous le répétons, nos expériences nous ont suffisamment éclairé sur tous ces points. Mais nous ne savons pas jusqu'à quel degré il paraîtra prudent d'enfoncer ainsi de longues aiguilles au milieu des tissus, et en courant le risque de rencontrer quelques gros troncs veineux ou nerveux. Sans doute ce danger n'existera pas quand il s'agit de comprimer les branches artérielles coupées pendant l'extirpation de la plupart des tumeurs, parce que ces artères ne sont pas accompagnées par des nerfs ni des veines volumineuses.

Mais il sera réel, et arrêtera probablement le chirurgien quand il s'agira de comprimer ainsi le tronc artériel principal d'un membre que l'on doit amputer; je ne pense pas que l'on puisse, en pareil cas, faire usage de l'*acupressure* préventive, on pourra tout au plus songer à appliquer l'aiguille lorsque, les parties étant mises à nu et les artères devenues visibles, il sera facile de savoir le point précis où devra pénétrer l'aiguille ; le tourniquet ou la compression digitale continuera donc à avoir la préférence avant l'opération. Pour les mêmes raisons, nous croyons l'*acupressure* difficilement applicable au traitement des anévrysmes, en suivant le procédé indiqué par M. Simpson; mais si nous rejetons le procédé, nous trouvons l'idée bonne ; ne pourrait-on pas, en effet, dans le cas d'anévrysme, et lorsque la compression indirecte est mal supportée, mettre l'artère à découvert, l'isoler comme quand il s'agit d'en faire la ligature; puis, au lieu de passer un fil, enfoncer à travers les lèvres de la plaie une longue aiguille qui viendrait croiser un côté de l'artère, et la comprimerait efficacement sur l'os voisin pour sortir obliquement à travers les parties molles de la partie postérieure du membre. Cette aiguille serait laissée en place et fixée le temps que l'on jugerait nécessaire, et par ce moyen l'on pourrait, en variant son obliquité, varier aussi le degré de compression qu'elle exerce; on éviterait ainsi les difficultés d'exécution de la compression au moyen des divers appareils, sans avoir à redouter les dangers inhérents à la ligature. Cette méthode de traitement pourrait prendre le nom de *compression linéaire*, dénomination que nous proposerions volontiers pour remplacer celle d'*acupressure*, que nous avons toutefois voulu conserver dans la traduction.

Quel que soit l'avenir réservé à l'*acupressure* ou *compression linéaire* dans le traitement des anévrysmes, ce moyen ne mérite pas moins d'être étudié, quand il s'agit des hémorrhagies traumatiques. Son mode d'exécution devra être varié suivant les circonstances, ainsi que l'indique le professeur Simpson lui-même ; et, sans croire que les ligatures des artères divisées aient toujours des effets aussi désastreux, et qu'elles constituent le seul obstacle à la réunion des plaies par première intention, nous admettons fort bien qu'en supprimant les fils on placera la plaie dans des conditions beaucoup plus favorables.

Sans être arrêté par les apparentes difficultés de l'exécution, il faudra rechercher l'époque précise à laquelle on pourra retirer les aiguilles sans courir les chances d'une hémorrhagie secondaire; il faudra savoir quelles modifications la pression de l'aiguille amène dans les tuniques artérielles au bout d'un certain temps, et enfin on devra s'attendre à trouver l'*acupressure* infidèle pour réprimer les hémorrhagies en nappe produites par de très petites artères qu'il serait trop difficile de trouver et de saisir au moyen des aiguilles.

En résumé, nous croyons que l'idée de l'*acupressure*, telle que l'a présentée le professeur Simpson, peut être la source d'applications heureuses dans l'hémostase chirurgicale, qu'elle offrira, quand on aura pu en étudier suffisamment les applications, une ressource qui permettra de supprimer souvent les ligatures des artères divisées, et, par conséquent, de favoriser la réunion des plaies par première intention.

Nous avons déjà pu nous convaincre que les aiguilles doivent être formées d'un métal rigide, et qu'il sera utile de les maintenir fixées à l'extérieur, car le moindre changement dans leur obliquité ferait varier le degré de compression, et pourrait amener la reproduction de l'hémorrhagie. Nous continuons nos recherches sur ce sujet, et nous espérons bientôt savoir si nos prévisions doivent se réaliser; quels que soient d'ailleurs les résultats fournis par nos expériences ultérieures, nous nous ferons un devoir de les faire connaître.

Des polypes veineux, ou de la coagulation du sang dans les veines, et des oblitérations spontanées de ces vaisseaux, par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite. — Voir les numéros 51 et 52, tome VI.)

Le fait suivant, récemment recueilli dans mon service par A. Legroux, mon fils, nous offre un exemple bien remarquable d'une oblitération spontanée, tant sous le rapport des symptômes que sous celui des lésions anatomiques.

Obs. — Le nommé Dubus, âgé de quarante-deux ans, journalier, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 11 *ter*, le 27 septembre 1858.

Il avait eu un an auparavant une pleurésie droite qui avait laissé une dépression caractéristique de ce côté.

Il toussait, et rendait des crachats peu abondants, incolores, très visqueux; il avait une fièvre assez vive, qui a persisté durant toute sa maladie, et qui n'était pas en rapport avec les symptômes locaux.

A la base du côté droit de la poitrine légère matité, accompagnée de crépitation, sans autres phénomènes qu'une respiration plus faible dans le côté gauche, affaissé par suite de la pleurésie.

Un traitement stibié n'ayant apporté que peu de modifications à cet état, et la fièvre augmentant avec un certain état de stupeur, rougeur vive, sécheresse de la langue et fuliginosités, une saignée amena une légère sédation, bientôt suivie de recrudescence fébrile, avec toux plus fréquente, et expectoration de quelques crachats

grisâtres et séparés, quelques-uns légèrement colorés en rouge, mais passagèrement. En même temps des râles sous-crépitants et sibilants se répandent dans les deux poumons.

Cette fièvre, si peu en rapport avec les phénomènes locaux, la stupeur, etc., pouvait donner l'idée d'une affection typhoïde, mais il n'y avait pas de taches; l'extension du râle sous-crépitant, généralisé vers la fin, fit présumer l'existence de granulations. C'est dans cet état, le malade étant considérablement amaigri, qu'apparurent, le 14 octobre, les symptômes d'une oblitération des veines du membre inférieur gauche.

Le malade s'aperçut le matin, au moment de se lever, que sa jambe était enflée, *sans douleur, sans faiblesse notable du membre*, circonstance exceptionnelle en pareil cas.

Nous constatons le matin un œdème de tout le membre inférieur gauche, avec teinte légèrement violacée de la peau. Une veine sous-cutanée part de l'aine et se porte vers l'aisselle, ce qui n'existe pas à droite.

Les jours suivants, augmentation de l'œdème, qui monte jusqu'au-dessus de l'arcade crurale, de la teinte violacée de la peau. Le long de la cuisse, antérieurement et postérieurement, existent sous la peau des veines dilatées et bleuâtres qui remontent vers l'aine. De ce point s'élèvent plusieurs veines qui se dirigent les unes vers l'aisselle, en s'abouchant avec d'autres veines descendant de cette région, d'autres vont se perdre dans l'épigastre; d'autres se portent transversalement vers le pubis. Tous ces vaisseaux, doublés au moins de volume, forment un cercle anastomotique supplémentaire. La région iliaque est contournée par de petites ecchymoses cutanées disposées en zigzag, ponctuées, et formant une bordure au cercle des anastomoses; on en retrouve aussi en dehors de la crête iliaque.

Évidemment l'oblitération remonte au-dessus de l'arcade crurale, puisque l'enflure la dépasse; la veine cave n'est pas oblitérée, puisque le membre droit reste intact. L'oblitération doit appartenir à la veine iliaque, et descendre dans les veines de la cuisse et de la jambe.

Le membre est placé sur des oreillers formant plan incliné.

Deux ou trois jours suffisent pour amener une diminution dans l'œdème, qui néanmoins, en raison de la position du membre, se prononce davantage vers le haut de la cuisse et la région iliaque postérieure; en même temps, la teinte violacée de la peau, les cercles des anastomoses, les zigzags ecchymotiques se dessinent plus vivement, sans douleur ni paralysie.

La faiblesse générale augmente, les râles envahissent toute la poitrine, la fièvre persiste avec son aspect typhoïde, et la mort survient le 20 octobre, six jours après l'invasion de l'oblitération veineuse.

Nous avons à noter dans ce fait l'invasion inopinée de l'œdème, premier symptôme de l'obstruction veineuse; l'absence exceptionnelle de douleur et de paralysie; et, comme cause éloignée, une diathèse granuleuse des poumons, dont les symptômes ont eu beaucoup de ressemblance avec ceux d'une fièvre typhoïde.

Nécropsie vingt-six heures après la mort. — Adhérences générales; atrophie et granulations du poumon gauche; état granuleux très prononcé du poumon droit, sans cavernes.

Cœur mou, flasque, ne contenant pas de caillot ancien.

Oblitération complète des veines iliaque, hypogastrique, crurale et ses divisions, poplitée et jambière, jusqu'au bas de la jambe. La crurale profonde, les articulaires et honteuses sont également pénétrées par la matière obturante, qui les distend comme une injection artificielle.

Cette matière est une concrétion exclusivement cruorique, d'un noir foncé, depuis l'origine de la veine iliaque primitive jusqu'au bas de la jambe; elle a la consistance d'un caillot sanguin assez ferme, mais un peu dépouillé de sérosité; elle est agglutinée, dans toute son étendue, à la membrane interne de la veine, dont on la détache facilement. Celle-ci est un peu terne, offre des nuances rougeâtres, mais pas d'autre altération. Le tissu cellulaire qui enveloppe ce vaisseau paraît un peu serré et condensé dans quelques points, sans autre lésion appréciable.

A son point de jonction avec la veine cave, l'iliaque est légèrement étranglée, et là le caillot obturateur adhère plus intimement à la membrane interne de la veine, et n'en peut être détaché que difficilement. A sa surface il est jaunâtre et couenneux; après l'ablation de sa partie centrale, cruorique, il reste, adhérents à la membrane, des débris de la couche superficielle, offrant l'aspect des concrétions qui bordent souvent les valvules du cœur. Ces débris enlevés, la tunique veineuse offre un anneau d'un rouge tacheté, et deux petites excoriations superficielles.

De la veine iliaque, à l'embouchure de laquelle se trouvent les adhérences les plus intimes, et une rougeur inflammatoire non douteuse, le caillot s'élève à 2 ou 3 centimètres dans la veine cave, qu'il remplit en partie, aplati d'avant en arrière, mais libre de toute adhérence, et envoyant un prolongement à l'entrée de la veine iliaque droite, mais également libre d'adhérences.

Cette partie de la concrétion est composée d'une couche extérieure d'un blanc jaunâtre, d'épaisseur variable en ses différents points, d'une consistance de fausse membrane récente, ridée transversalement, et d'une partie centrale cruorique et un peu diffluente. La veine n'est pas sensiblement altérée.

Le point de départ de l'obstruction est évidemment à l'origine de l'iliaque; elle a eu pour cause une phlébite partielle. Le caillot s'est étendu de haut en bas par suite de la stase; il a remonté dans la veine cave en s'appropriant le sang qui s'y trouvait en contact avec les produits de la phlegmasie. La partie superficielle de la tête du caillot paraît, en effet, pseudo-membraneuse. Sauf ce point, toute l'oblitération est constituée par des caillots complétement cruoriques, et remarquables par leur couleur d'un noir foncé.

Quand l'oblitération succède à une diathèse inflammatoire, ou bien à une phlébite aiguë, le caillot offre un mélange de couenne, de cruor, de pus et de fausses membranes. Ou bien le pus ou des grumeaux d'aspect purulent ou pseudo-membraneux sont disséminés sur toute l'étendue d'une vaste concrétion occupant tout le système à sang noir, libre d'adhérences et engaînée par une couche de fibrine. Ou bien, dans la veine enflammée, il existe un mélange amorphe de sang concret, de pus et de fausses membranes; ou le caillot, engaîné dans une fausse membrane, contient du pus à son centre; d'autres fois une couche de pus sépare le caillot de la paroi vasculaire, ou, encore, le pus, contenu dans une veine, est séquestré à ses extrémités par des caillots adhérents; il distend la veine, et peut former un abcès qui s'ouvre à l'extérieur, ou perfore le caillot séquestrant, et pénètre dans la circulation donnant lieu à une intoxication purulente rapidement mortelle, comme dans le cas cité par M. Piorry dans sa *Pathologie iatrique* (t. II, p. 424).

La purulence des caillots est ordinairement partielle, et correspond aux points où existe une phlébite manifeste; le pus est ici un produit de sécrétion.

Mais quand sur toute la continuité d'une vaste concrétion on voit des grumeaux puriformes ou pseudo-membraneux, sans traces de phlébite, sans suppurations d'où puisse partir une absorption, on est bien forcé d'admettre l'existence d'une altération primitive du sang, une disposition pyogénique, favorable à sa coagulation.

Quand, au contraire, il existe un foyer de suppuration, auquel aboutissent des veines largement ouvertes, et devenues inutiles à la circulation jusqu'à une certaine hauteur, comme cela arive à la suite des amputations et de l'accouchement, on peut rationnellement admettre que du pus, trouvé au milieu de caillots, vient de cette source, alors surtout que l'on suit les traces de ce produit morbide depuis son foyer jusqu'au sein des vaisseaux.

Enfin, quand aucune de ces circonstances n'existe, la présence du pus peut s'expliquer par la diffluence graduelle du caillot, du centre à la périphérie, comme on l'observe dans les concrétions kystiques du cœur.

Le temps apporte des modifications dans la composition des caillots.

La première est la condensation et la résorption, ou l'élimination mécanique de la sérosité qu'il contient. Aussi est-il plus ferme, plus cohérent à sa superficie qu'au centre où il reste plus long-

temps mou, humide, et parfois assez diffluent. De même l'extrémité cardiaque est déjà ferme, condensée, quand les rameaux de l'extrémité périphérique conservent tous les caractères d'une coagulation récente. Cette disposition annonce que l'accroissement du caillot a lieu du tronc vers les extrémités, et fort peu en sens opposé. Cependant le sommet ou la tête de ces productions n'est pas toujours la partie la plus dense, la plus adhérente à la paroi du vaisseau ; le coagulum se propage donc aussi dans ce sens, mais non à une grande hauteur.

Dans un cas d'oblitération de la partie inférieure de la veine cave, consécutive à celle des iliaques, on voyait les deux caillots remontant de ces veines, et offrant l'un une teinte briquetée ; l'autre ardoisée, se réunir sans se confondre, pour boucher la veine cave. On eût dit, suivant une expression poétique de M. Sarreau, interne du service confié à mes soins (1835), le confluent de deux fleuves roulant leurs eaux dans le même lit sans les mêler. Ce fait prouvait que l'oblitération avait commencé par les veines iliaques, successivement envahies, et avait ensuite gagné la veine cave. Dans quelques cas, sur le trajet d'un caillot obturateur, nous avons trouvé plusieurs intersections membraniformes, adhérentes à la paroi du vaisseau par toute leur circonférence. Cette disposition nous a paru annoncer des extensions successives du caillot.

En se condensant, le caillot entraîne la paroi du vaisseau, qui se rétracte ; à moins qu'il ne soit trop volumineux : ainsi la veine cave s'aplatit et s'affaisse sur le caillot, sans se rétracter. Alors le centre du caillot se raréfie, et se convertit en une substance aréolaire composée de fibres, de lamelles, qui s'entre-croisent; de nombreux diaphragmes l'entre-coupent. Les aréoles sont alors remplies d'une sérosité colorée ou incolore.

Quand la vie se prolonge, la veine et son caillot rétractés se convertissent en un cordon ligamenteux blanc ou jaunâtre, dans lequel on reconnaît, sur une coupe transversale, la paroi de la veine appliquée sur le caillot, comme dans un placage métallique.

A une période plus avancée, cette distinction est plus difficile; et le cordon peut devenir cartilagineux ou osseux.

Comme les polypes cardiaques et artériels, les caillots intra-veineux, en vieillissant, deviennent ternes, grisâtre-cendrés, violacés, d'un brun sale, jaunâtres, etc., suivant la quantité de matière colorante qui entre dans leur composition.

Ces productions peuvent-elles être résorbées ? Je ne le pense pas : comme les polypes du cœur, ce sont, une fois formés, des corps étrangers à la vie; en contact avec une membrane douée d'une trop faible vitalité pour opérer ce travail, je ne connais aucun fait qui justifie cette supposition.

Mais le ramollissement, sous l'empire des lois physiques générales, est possible, partiellement du moins ; et la recanalisation de la veine oblitérée ne peut-elle suivre cette décomposition du caillot? Je ne connais encore aucun fait qui autorise cette supposition. D'abord, l'étendue de l'oblitération est toujours trop considérable pour qu'elle se prête à un pareil évidement, et, en admettant que cet évidement se fasse dans une obstruction restreinte, le canal nouveau serait trop étroit, trop inégal, pour laisser passer le sang sans l'arrêter et en déterminer la coagulation.

Une observation de Haller, citée par Morgagni (lettre LXIV), et dans laquelle il est question « *des veines caves et rénales*, fortement dilatées, en grande partie cartilagineuses et osseuses, remplies par une substance dure et polypeuse, mais que l'on voyait, *en y faisant attention*, traversée par un petit canal à travers lequel le sang pouvait encore circuler, » ne me paraît pas bien favorable à cette opinion; car il n'est pas certain, d'une part, que ce conduit soit un résultat de canalisation, et encore moins certain qu'il ait livré passage au sang.

La *dégénérescence cancéreuse* est-elle une des modifications que peuvent subir les caillots intra-veineux ? Un certain nombre de faits semblent favorables à cette opinion.

Un des plus remarquables est celui qu'a publié M. Velpeau dans la *Clinique des hôpitaux de Paris* (1825).

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui avait succombé à une diathèse cancéreuse consécutive à un cancer testiculaire, et dont les poumons étaient parsemés de noyaux de cancer cérébriforme, à différents degrés de ramollissement.

« Au milieu de concrétions fibrineuses qui remplissaient toutes les branches de la veine cave, et notamment les crurales, et formant un cordon inégal et tenace à la surface, mou et granuleux au centre, on voyait des parties ramollies, d'autres plus solides; dans quelques endroits des apparences de pus, dans d'autres, de matière cérébriforme, entre les iliaques et les rénales; la concrétion renflée prenait tous les caractères des tumeurs abdominales, et finissait par se confondre à travers la veine avec celles qui étaient situées derrière, dans l'étendue d'un pouce à peu près, et de 2 à 3 lignes en longueur. Un peu plus sur les côtés, ce singulier corps adhérait à la tunique interne, mais pouvait en être facilement détaché ; et l'on voyait, sur ses deux surfaces séparées, de petits grains mous et l'aspect diffluent de la matière cérébriforme. »

Était-ce là du cancer, ou une simple décomposition du caillot? Il est à remarquer que cette forme d'altération appartient spécialement aux concrétions développées sous l'influence d'une cachexie cancéreuse ; et qu'ici le cancer, en traversant les parois de la veine, a bien pu s'approprier les caillots qu'elle contenait.

Dans une observation de cancer utérin, prise dans mon service, et publiée par M. Bidault, dans sa thèse, on voit la tumeur cancéreuse faire saillie dans la veine iliaque interne, après avoir détruit sa paroi dans l'étendue d'un centimètre. L'oblitération du vaisseau était complétée par des caillots remontant d'un pouce au-dessus, et se prolongeant, en bas, dans les veines crurales. Même oblitération sur les vaisseaux opposés, simplement comprimés, mais non pénétrés par le cancer. Les caillots n'offraient point ici, trop récents sans doute, les mêmes altérations que dans le cas précédent.

Dans une des observations rapportées par M. Bouillaud, la veine cave oblitérée, consécutivement à un cancer encéphaloïde du rein, « contenait une matière fibrineuse, pultacée, friable, ayant quelque ressemblance avec le tissu encéphaloïde du rein. »

Dans une des leçons que j'ai faites à la Faculté de médecine, j'ai eu l'occasion de montrer la veine cave inférieure d'une femme qui avait succombé, dans mon service, à un cancer de l'utérus. « Cette veine, dilatée et plus que triplée de volume dans plus de la moitié de son étendue, était remplie par une production blanche, ferme, très cohérente, offrant la résistance de la gomme élastique; résistante à la section comme du tissu fibreux; d'une texture comme lamelleuse. La surface des sections était blanche, un peu brillante, comme nacrée, offrait un léger suintement séreux; elle adhérait légèrement à la paroi de la veine, mais pouvait en être facilement séparée. »

C'est la seule fois que j'ai rencontré semblable production.

Était-ce simplement un corps fibreux transformé d'une concrétion sanguine, comme l'a prétendu M. Bidault, qui a rapporté ce fait dans sa thèse ? Cela est possible; mais si l'on tient compte de sa structure, de son aspect nacré, du léger suintement séreux qui se faisait à la surface des sections, et surtout de l'énorme renflement de la veine, dilatée sur cette singulière production, au lieu de la rétraction ordinaire de ces vaisseaux pendant la condensation des caillots, on est disposé à penser que la diathèse cancéreuse n'est pas étrangère, non-seulement à sa production, mais aussi à sa transformation consécutive.

Pour décider la question litigieuse de l'appropriation des concrétions veineuses par le cancer, l'intervention du microscope serait aujourd'hui nécessaire. Je me borne à signaler ces faits comme des jalons pour des études ultérieures. Je constate, néanmoins, que ces productions carcinomatoïdes ne se montrent qu'à la suite des cachexies cancéreuses.

Qu'elle soit constituée par du sang coloré pur, ou qu'elle offre à sa surface des couches ou une enveloppe complète de fibrine incolore; qu'elle soit constituée par un mélange de sang, de pus, de fausses membranes diversement distribuées; qu'il s'y trouve de ces productions dont il vient d'être question; la concrétion veineuse offre ordinairement, dans ses diverses parties, différents degrés d'ancienneté; c'est presque toujours à son extrémité ou vers son extrémité cardiaque qu'elle est le plus condensée, tandis que vers son extrémité périphérique, ordinairement multifide, elle

se résout souvent en cruor plus ou moins diffluent, ce qui prouve que c'est surtout dans ce sens qu'elle tend à s'accroître. On a prétendu que la concrétion remontait dans les veines jusqu'à une voie collatérale suffisante pour opérer le dégorgement. Si cela est vrai dans un certain nombre de cas, ce n'est point une règle absolue, car on voit le caillot s'arrêter à toutes les hauteurs dans les grosses veines, et sans qu'il y ait nécessairement immédiatement au-dessus une grande voie collatérale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Chirurgie. — *Tumeurs hydatiques renfermant des échinocoques heureusement enlevées à l'aide de la méthode de la cautérisation linéaire.* (Extrait d'un mémoire de M. *A. Legrand.*) — Dans les trois cas dont je donne dans mon mémoire les observations détaillées, et dont l'un remonte à 1854, quatre cautérisations ont suffi pour mettre à découvert les cavités où s'étaient établis les entozoaires.

Dans le premier cas, le kyste était situé entre les deux feuillets de l'aponévrose du petit oblique; dans le second, au milieu des fibres hypertrophiées et écartées du muscle trapèze, et dans le troisième, sous le muscle temporal, dont le tissu avait aussi subi un commencement d'altération morbide. C'est donc de ces cavités diversement situées, mais occupant toutes le tissu fibro-musculaire, que se sont échappées plusieurs vésicules hydatiques renfermant des échinocoques, facilement reconnus (pour le premier cas) à l'aide de l'examen microscopique que j'en ai fait avec le concours obligeant de MM. les docteurs Follin et Ch. Robin. Dans les trois cas, la cure n'a duré qu'un mois, et n'a exigé aucune de ces précautions dont on ne saurait se dispenser quand on a recours à l'instrument tranchant. Quant à la douleur, elle a été pour deux des opérés, mais surtout dans le second cas, très supportable et de peu de durée. Il n'en a pas été de même pour le troisième cas, où, à cause de la place occupée par la tumeur, les souffrances ont été plus pénibles, et se sont accompagnées d'un gonflement de la face, comme il arrive toujours à la suite de toutes les opérations, même les plus légères, pratiquées dans cette région. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

Anatomie. — *Étude des vaisseaux lymphatiques*, par M. *Pappenheim.* — Pour bien suivre le trajet des vaisseaux lymphatiques, il faut, dit l'auteur, les observer quand ils sont pleins de lymphe, car les injections artificielles ont beau être poussées avec ménagement, elles causent toujours des déchirures qu'il est très difficile de distinguer des voies normales : le plus sûr, à beaucoup près, est de profiter de l'injection naturelle, mais il faut se hâter, car ce n'est que pendant un petit nombre d'heures après la mort qu'on peut suivre à la surface d'un organe le réseau lymphatique dans son complet développement.

En étudiant le système lymphatique par ce procédé sur les animaux, M. Pappenheim est arrivé aux résultats suivants :

La rate, en général, est très abondamment pourvue de cet ordre de vaisseaux, le foie l'est un peu moins, les poumons moins encore : le diaphragme en est très pauvre. Le cheval est une des espèces où le foie est le mieux garni; la taupe européenne présente un autre cas, et c'est le pancréas qui chez elle est le plus richement partagé. Chez ce dernier animal, la lymphe contenue dans les vaisseaux a été trouvée constamment avec un aspect laiteux; dans le cheval, la couleur était légèrement jaunâtre... (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Cl. Bernard.)

Chirurgie. — M. *Van Peterssen* rappelle qu'il a soumis, il y a plusieurs années, au jugement de l'Académie un *bras artificiel* qui fut, dans la séance du 17 février 1845, l'objet d'un rapport très favorable. Tout récemment un appareil ayant même destination a été présenté par M. Mathieu, et d'après la description qu'en a donnée un journal de médecine, il semblerait que le but aurait été atteint par des moyens très analogues. Dans cette supposition, et pour conserver ses droits de priorité, M. Van Peterssen adresse une copie du rapport fait à l'Académie sur son invention, et une ampliation du brevet d'invention qu'il avait pris en mars 1844 pour trois appareils divers : un bras artificiel entier, un avant-bras, une main.

Thérapeutique. — M. *André Lebel* adresse un mémoire sur l'action du seigle ergoté comme agent antirhéique et hyposthénisant dans certaines affections du canal de l'urèthre, de la prostate et du vagin, et en particulier dans les blennorrhagies et les suintements uréthraux. (*Comm.* : MM. Moquin-Tandon et J. Cloquet.)

Physiologie pathologique. — M. *Huzar* présente une explication qui lui est propre du bruit de souffle dans les maladies du cœur. D'après des expériences qu'il a faites sur un cœur détaché, muni de ses gros vaisseaux, M. Huzar a été amené à penser que cette expression *bruit de souffle* était beaucoup plus heureusement trouvée que ne le pensent les médecins qui l'emploient d'ordinaire, car elle indiquerait littéralement la nature de ce bruit, dû, suivant lui, à des gaz mêlés avec le sang.

M. Cl. Bernard est invité à prendre connaissance de cette note, et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

Médecine. — M. *le Ministre de l'instruction publique* transmet une note concernant un remède contre le choléra, qu'annonce avoir découvert M. *Bover*, marbrier à Alger. L'auteur parle des succès qu'il a obtenus de l'emploi de ce remède, mais sans dire en quoi il consiste, et demande qu'on mette à sa disposition une certaine somme qui lui permettra de se rendre à Paris, et de prouver la réalité des guérisons qu'il a annoncées.

Tant que l'auteur n'aura pas fait connaître son remède, l'Académie ne pourra renvoyer ses communications à la Commission chargée de l'examen des mémoires sur le choléra-morbus; l'indication de la méthode de traitement une fois donnée, le voyage de l'inventeur serait sans utilité, et ainsi l'allocation de fonds qu'il sollicite ne peut en aucune façon être appuyée.

On fera connaître à M. le ministre l'état de la question.

Hypnotisme. — M. *Tigri* adresse de Sienne une note sur l'*anesthésie hypnotique* et le *magnétisme animal*. L'extrait que nous en donnons ici suffira pour faire comprendre le point de vue auquel s'est placé le savant physiologiste.

Les procédés au moyen desquels on obtient l'anesthésie hypnotique, dit M. Tigri, et la succession des troubles nerveux que détermine un strabisme convergent un peu prolongé m'ont rappelé l'explication que j'avais donnée, il y a plusieurs années, de ce qu'il y a de bien constaté dans les phénomènes attribués à ce qu'on nomme le magnétisme animal, à savoir qu'au moyen de certaines pratiques on jetait le patient d'abord dans une sorte de *deliquium*, puis dans un sommeil plus ou moins profond, et souvent accompagné d'insensibilité.

Pour expliquer ces faits, sur lesquels il ne peut rester aucun doute, on ne gagnerait rien à faire intervenir la volonté du magnétiseur, et ces mystérieux fluides, imaginés par des hommes qui n'attachent aucun sens précis à cette expression, mais il faudrait toujours en venir à examiner ce qui se passe dans le patient. Or, remarquons qu'on lui prescrit d'attacher les yeux fixement sur ceux du magnétiseur, et qu'il ne peut leur conserver cette position fixe sans une fatigue qui devient bientôt très grande, d'autant plus grande qu'elle est accompagnée d'un strabisme interne, et souvent d'une élévation des deux globes oculaires, le magnétiseur étant, d'habitude, placé plus haut que le magnétisé; ajoutez à cela l'inquiétude de ce qui va survenir, et vous trouverez les causes suffi-

santes pour une hypérémie du cerveau qui rendra compte du *deliquium*, du sommeil, de l'insensibilité subséquente. Les expériences faites récemment à Paris, où l'on a vu se reproduire les faits annoncés plusieurs années auparavant par M. le docteur Braid (de Manchester), me paraissent admettre la même explication; et je suis heureux de voir que parmi les physiologistes qui ont cherché à s'en rendre compte on s'est arrêté sur le même point de départ que moi, c'est-à-dire sur une hypérémie du cerveau déterminée par la fatigue des muscles moteurs des yeux.

— M. *Collongues* adresse une note sur l'*hypnotisme*, qu'il considère non point par rapport aux causes qui le produisent, mais par rapport à quelques-uns de ses effets. M. Collongues a plusieurs fois entretenu l'Académie d'un mode d'auscultation qu'il a imaginé, et qu'il désigne sous le nom de *dynamoscopie;* sa nouvelle note a pour objet de faire connaître les indications fournies par ce mode d'auscultation quand on l'applique à des individus plongés dans un état plus ou moins complet d'hypnotisme.

NOMINATION. — L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un vice-président, qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections de sciences naturelles.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 59, M. *Milne Edwards* obtient 42 suffrages; M. *Velpeau*, 10; M. *Decaisne*, 6. Il y a un billet nul comme portant le nom d'un membre de la section des sciences mathématiques.

M. *Milne Edwards* ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1860.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : Des rapports d'épidémies pour les arrondissements de Verdun, de Carpentras, d'Épernay et d'Hazebrouck, par MM. les docteurs *Madin, Barret, Foucault* et *Prévost*. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur le mécanisme des mouvements du cœur, par M. le docteur *Wanner*. (*Comm.:* M. Poiseuille.) — *b*. Une note de M. *Charrière*, contenant la description et la figure de deux bras artificiels, fabriqués sur les indications de M. Huguier. (*Comm.:* MM. Jobert, Velpeau, Gavarret, Larrey, Bouvier.)

M. *Velpeau* dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. *Philips*, un volume intitulé : *Électro-dynamisme vital*, et un travail manuscrit *Sur l'hypnotisme*. (*Comm.* : MM. Velpeau, Bousquet, Jolly.)

Lectures et rapports.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Poggiale*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Chevallier* et *Devergie*, lit un rapport sur la *fabrication et l'emploi des allumettes chimiques*.

L'auteur examine successivement au point de vue de leur fabrication et de leur emploi : 1° les allumettes chimiques au phosphore blanc; 2° les allumettes chimiques au phosphore amorphe ; 3° les allumettes dites *androgynes;* 4° les allumettes chimiques sans phosphore ni poison.

Relativement aux premières, M. Poggiale déclare qu'après une étude attentive, la commission académique est d'avis qu'il convient de réaliser les améliorations suivantes :

1° Pour faire disparaître une partie des dangers inhérents à la fabrication des allumettes, la première condition à remplir, c'est la séparation complète des ateliers.

Il importe que la préparation de la pâte inflammable, que le trempage au soufre et au mastic, que la dessiccation des allumettes, la mise en presses et en boîtes, se fassent dans des ateliers séparés les uns des autres et convenablement disposés.

2° Les établissements devraient être pourvus d'un appareil de ventilation afin que les ouvriers ne soient point exposés à l'action des vapeurs phosphorés.

3° Les étuves sont généralement mal construites.

A l'exemple de M. Payen, nous demandons que le sol de l'étuve soit recouvert de sable fin; qu'elle soit pourvue d'un appareil de ventilation, qu'elle soit divisée en plusieurs pièces, et que les cuviers soient en fer.

4° Exclure le soufre du nombre des substances qui composent la pâte inflammable, comme cela se pratique, du reste, dans la plupart des établissements.

5° Proscrire le mélange de phosphore et de chlorate de potasse, et remplacer ce sel par le nitrate de potasse.

6° Exiger que les allumettes soient mises dans des boîtes solides aussitôt qu'elles sortent de l'étuve, et interdire d'une manière absolue leur transport et leur débit en paquets.

Pour éviter les accidents qui surviennent pendant le transport, il conviendrait d'adopter le moyen employé par quelques fabricants d'Allemagne, et qui consiste à remplacer les boîtes par de petits tonneaux de bois de sapin d'une seule pièce, creusés au tour et fermés au moyen d'un couvercle de bois.

7° Recommander aux consommateurs de conserver les allumettes dans des vases fermés et dans des lieux convenables, et de les mettre à l'abri de la curiosité des enfants.

On préviendra ainsi la plupart des accidents causés par imprudence ou par imprévoyance.

La fabrication des allumettes chimiques au phosphore amorphe, ajoute M. Poggiale, diffère de celle des allumettes au phosphore blanc en ce que le chlorate de potasse y est séparé du phosphore rouge, qui d'ailleurs n'est pas vénéneux, comme l'est le phosphore blanc.

Pour s'en servir, on frotte l'allumette chargée de chlorate de potasse sur un frottoir spécial, garni de phosphore rouge.

Quant aux allumettes *androgynes*, elles se fabriquent en appliquant le phosphore amorphe à l'extrémité non soufrée de l'allumette et la pâte inflammable à l'autre extrémité. Il suffit, pour avoir du feu, de rompre cette allumette en deux et de frotter les deux extrémités l'une contre l'autre.

Les allumettes chimiques *sans phosphore ni poison* sont composées de dextrine ou gomme, 10 parties; chlorate de potasse, 75 ; bioxyde de plomb, 35; pyrite de fer ou sulfure d'antimoine, 35. Il y entre, en outre, des proportions variables de bichromate de potasse, de cyanure de plomb, de cyanure jaune de potassium et de fer, de minium, etc.

Ces allumettes ne prennent feu que par une friction vive et suffisamment prolongée.

M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

1° Les vapeurs phosphoriques qui se dégagent dans les fabriques d'allumettes chimiques exercent une influence fâcheuse sur la santé des ouvriers et les frappent souvent d'une maladie cruelle, connue sous le nom de *nécrose phosphorique*.

2° La pâte inflammable qui garnit les allumettes au phosphore blanc, introduite dans l'estomac, donne lieu à des accidents graves. Cette pâte, qui est dans les mains de tout le monde, dont personne n'ignore les propriétés vénéneuses, et qui a déjà déterminé un grand nombre de suicides et d'empoisonnements, est un danger public auquel il importe de remédier.

3° Les allumettes au phosphore amorphe ou sans phosphore ne contiennent aucune substance toxique, et leur fabrication, sans danger pour les ouvriers, ne présente aucun des inconvénients des allumettes au phosphore blanc.

4° La commission exprime donc le vœu que dans la fabrication des allumettes on substitue au phosphore blanc le phosphore amorphe ou la pâte inflammable sans phosphore, et que l'autorité prononce la prohibition des allumettes au phosphore blanc.

5° Si, pour des motifs qu'il ne nous appartient pas de discuter, l'autorité ne croit pas pouvoir interdire la fabrication et l'emploi des allumettes au phosphore blanc, nous demandons qu'elle impose à tous les fabricants les mesures les plus sévères pour amoindrir les causes d'insalubrité dans les ateliers.

Sur la proposition de M. *Gaultier de Claubry*, la discussion de ce rapport est renvoyée à la séance prochaine.

Physiologie. — M. *Regnauld* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Études sur la fluorescence des milieux transparents de l'œil* Les expériences de M. Regnauld l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Chez l'homme et chez quelques mammifères la cornée est douée d'une fluorescence manifeste.

2° Le cristallin possède à un haut degré les propriétés fluorescentes chez ces animaux aussi bien que chez quelques autres vertébrés aériens, et que ces propriétés persistent dans l'endophacine conservée par voie de dessiccation à une basse température.

3° La portion centrale du cristallin de plusieurs vertébrés et mollusques aquatiques est privée de ces propriétés.

4° La membrane hyaloïde, seule dans le corps vitré, offre une très faible fluorescence.

5° La rétine offre une fluorescence dont l'intensité est moindre que celle du cristallin. (*Comm. :* MM. Jobert, Gavarret et Longet.) (Voir p. 17.)

Thérapeutique. — M. le docteur *Wanner* lit une note relative au traitement de l'angine couenneuse par un gargarisme composé de vin et d'alun. (*Comm. :* M. Roche.)

Présentation.

M. *Préterre*, dentiste, présente un malade auquel il a appliqué avec succès un nouvel appareil prothétique destiné à remplacer une perte de substance du maxillaire supérieur et à fixer pour les usages de la mastication les fragments mobiles du maxillaire inférieur brisé par une balle.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Des reins flottants, par M. E. Fritz, interne des hôpitaux de Paris.

Le déplacement des reins décrit sous les noms de *luxation*, de *mobilité des reins*, de *reins flottants*, etc., donne encore lieu journellement à des erreurs de diagnostic d'autant plus regrettables qu'elles entraînent presque toujours à leur suite des traitements irrationnels et souvent fort douloureux. Ces erreurs tiennent peut-être en grande partie à l'absence, dans nos traités de pathologie, d'une description exacte de symptômes physiques, très tranchés d'ailleurs, qui sont propres à ce vice de situation des reins. C'est ce qui nous engage à reproduire la description suivante de ces symptômes, telle que M. Fritz l'a déduite de l'analyse de 35 observations, empruntées à divers auteurs.

Le plus souvent à droite, rarement à gauche, quelquefois des deux côtés, existe dans la région hypochondriaque une tumeur dont la situation varie beaucoup, mais dont l'extrémité inférieure dépasse toujours le rebord des côtes lorsque le malade est debout.

Pour bien apprécier les caractères de cette tumeur, il est avantageux de procéder de la manière suivante : le malade est couché sur le dos, le côté où existe la tumeur étant cependant un peu plus élevé que le côté opposé, et les parois abdominales étant mises dans le relâchement le plus complet possible. Le médecin, placé à droite du malade, si c'est le rein droit qui est déplacé, applique les doigts de la main gauche derrière la région lombaire, immédiatement au-dessous de la dernière côte, et exerce une légère pression d'arrière en avant dans cette région. Avec les doigts de la main droite, il presse sur la région de l'hypochondre, immédiatement au-dessous du rebord des côtes. Entre les deux mains qui viennent ainsi à la rencontre l'une de l'autre, il sentira alors presque toujours l'extrémité inférieure du rein déplacé.

Si alors, laissant la main dans la même position, on engage le malade à faire une inspiration profonde suivie d'une expiration lente, et si, au moment où commence l'expiration, on rapproche vivement la main droite de la gauche, on saisit presque toujours entre les doigts une plus grande portion de rein.

Cela suffit pour démontrer que le rein déplacé est abaissé par la contraction du diaphragme, de même que le foie.

Quelquefois, en exécutant la manœuvre que je viens de décrire, on peut retenir le rein entre les deux mains qui l'ont saisi ; quelquefois aussi, on peut l'abaisser davantage ; mais le plus souvent, il s'échappe, pendant l'expiration, sous le foie ou dans l'hypochondre gauche.

Dans les cas où la mobilité est plus prononcée, on peut amener tout le rein au-dessous du rebord costal, si, au moment de l'expiration commençante (après une inspiration profonde), on porte brusquement à la rencontre de la main gauche le bord radial de la main droite, dirigé parallèlement au rebord des côtes, la face palmaire de la main regardant du côté de l'abdomen.

Dans d'autres cas enfin, le déplacement est assez considérable pour permettre au médecin de saisir le rein à pleine main, au travers des parois abdominales, de le déplacer dans diverses directions, surtout en haut et en dedans, au devant de la colonne vertébrale. Les excursions que l'on peut ainsi faire exécuter au rein, sont parfois extrêmement étendues, principalement suivant une ligne verticale de 10 à 12 centim., par exemple. Le déplacement de dedans en dehors est toujours plus difficile et plus limité.

Lorsque les malades sont couchés, le matin surtout, et alors même que la mobilité est très considérable, le rein se trouve toujours situé moins bas qu'à la suite d'une station prolongée, d'une marche de longue durée et d'efforts répétés. Souvent même la position horizontale suffit pour que l'organe déplacé reprenne complétement sa situation normale.

Il est d'ailleurs toujours facile de le ramener dans cette position, en le refoulant en haut, en arrière, et un peu en dehors, pendant que le malade fait un mouvement d'expiration.

Lorsque le déplacement est assez prononcé pour qu'on puisse explorer toute l'étendue de la tumeur, on constate sans peine qu'elle présente tous les caractères que la palpation reconnaît au rein : elle a le volume de cet organe, sa rénitence et sa forme : elle est ovalaire, à surface lisse ; ses extrémités sont convexes, ainsi que son bord externe qui est mousse ; vers le milieu de son bord interne, on peut souvent sentir une dépression correspondant au hile ; enfin sa face postérieure paraît à peu près plane, tandis que l'antérieure présente une légère courbure.

Le grand axe de la tumeur est toujours dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de telle manière que le hile regarde un peu en haut et en dedans. A mesure que la tumeur s'abaisse davantage, l'angle, que son grand axe forme avec la ligne médiane du corps, augmente, sans jamais arriver cependant à l'angle droit.

Ces différents caractères sont bien plus faciles à constater par la palpation que par la percussion ; celle-ci donne, règle générale, un son tympanique sourd au niveau du rein, assez distinct, d'ailleurs, du son tympanique aigu de l'intestin, pour que l'on puisse déterminer approximativement par ce moyen la forme et les dimensions de l'organe.

Dans quelques cas, on sentira assez distinctement que la tumeur semble être fixée par une espèce de ligament sur le côté de la colonne vertébrale, à peu près au point de jonction de la partie dorsale et de la partie lombaire. Ce signe n'existe qu'exceptionnellement. Mais même dans le cas où on ne le retrouve pas, la position précise, que prend la tumeur en s'abaissant, prouve que cette espèce de pédicule existe : elle se rapproche, en effet, de plus en plus de la ligne médiane, décrivant ainsi, depuis l'hypochondre jusqu'au nombril, un arc de cercle, dont le centre est au point d'attache du pédicule.

Dans les moments où le rein est abaissé, l'examen de la région lombaire permet de constater que le rein ne se trouve pas dans sa situation normale. La percussion y donne, en effet, un son tympanique à la place de la matité rénale. En outre, à la palpation on reconnaît que cette région est moins pleine, moins rénitente qu'à l'état normal. Quand le rein est situé très bas, on peut saisir entre les deux mains le point où se trouve normalement son extrémité

inférieure, et constater ainsi directement l'absence du rein.

Dans quelques cas exceptionnels enfin, on a constaté un défaut de voussure, un aplatissement de la région lombaire ou même une dépression manifeste.

La matité normale reparaît quand on refoule le rein dans le point qu'il occupe normalement. Le défaut de voussure, etc., disparaît également alors. (*Archives générales de médecine*, août et septembre 1859.)

Observation d'alalie intermittente, guérie par le sulfate de quinine, par M. le docteur Heusinger.

Obs. — A une époque où les fièvres intermittentes étaient extrêmement fréquentes, et où un grand nombre d'affections subissaient l'influence paludéenne, M. Heusinger fut appelé auprès d'une femme âgée de trente-quatre ans, enceinte, fortement albuminurique et hydropique. Après avoir vainement traité ces accidents par le perchlorure de fer, il les vit diminuer très notablement par l'emploi de l'acide nitrique à l'intérieur, et d'enveloppements froids de l'abdomen et des lombes.

Un soir, il fut appelé inopinément chez cette malade, et ne fut pas peu surpris de la trouver dans l'impossibilité de parler; elle ne pouvait produire que des sons faibles et non articulés. L'exploration la plus minutieuse ne révèle ni dans la bouche, etc., ni dans les autres fonctions de désordre auquel il fût possible de rattacher l'alalie. L'intelligence, les mouvements, etc., étaient parfaitement intacts.

M. Heusinger pensa d'abord qu'il s'agissait là d'une affection hystérique, mais les remèdes qu'il administra en conséquence restèrent sans effet aucun; la malade ne présentait d'ailleurs aucun symptôme d'hystérie.

Au bout de douze heures, elle recouvra la faculté de parler, mais elle la perdit de nouveau douze heures plus tard, c'est-à-dire à la même heure que la veille. Ces accès se reproduisirent ainsi pendant six jours de suite, et presque à heure fixe. 20 centigrammes de sulfate de quinine, donnés dans l'intervalle libre, suffirent pour les arrêter.

Les accidents pour lesquels M. Heusinger avait été d'abord consulté continuèrent à s'amender et disparurent même avant l'accouchement, qui se fit sans encombre. (*Deutsche Klinik*, n° 39, 1859.)

Grossesse extra-utérine; gastrotomie; succès complet; par M. le docteur Schreyer.

Obs. — K***, âgée de quarante-six ans, ayant eu antérieurement deux grossesses normales, consulta M. Schreyer pour des accidents hystériques et des douleurs dans le vagin. Au mois de mars 1836, le col de l'utérus était chaud, tuméfié et très dur; rien au corps de l'utérus. Les accidents hystériques cédèrent à l'emploi de moyens appropriés, et, sous l'influence d'injections d'infusion de ciguë, la tuméfaction du col utérin avait presque entièrement disparu au mois d'août.

Le 16 mai 1837, la malade fit appeler M. Schreyer pour des douleurs qu'elle éprouvait dans l'abdomen, qui était élevé et douloureux; elle lui apprit alors qu'elle était enceinte. Les frictions avec une émulsion de jusquiame firent cesser les douleurs, mais elles reparurent le 18 juin, et en même temps les mouvements de l'enfant se faisaient sentir avec une énergie inaccoutumée. Le même moyen calma de nouveau les accidents au bout de trois jours.

Le 3 juillet, nouvelles douleurs abdominales, sensation de malaise à l'épigastre, avec nausées, soif, céphalalgie, œdème des pieds, amélioration par un purgatif.

Le 24 août, la femme éprouve des douleurs utérines, l'orifice du col est entr'ouvert et laisse écouler des mucosités; néanmoins, le corps de l'utérus ne paraît pas augmenté de volume, et il est impossible d'admettre qu'il contienne un fœtus. A travers les parois abdominales, on sent en outre le fœtus situé très superficiellement. Les douleurs diminuent après l'administration d'une potion à la jusquiame et d'un lavement d'infusion de camomille, et après des frictions d'huile de jusquiame; mais elles se reproduisent de temps en temps jusqu'au 29. La malade commençait à être inquiète, parce que, d'après son opinion, elle avait dépassé le terme de sa grossesse.

Dans les premiers jours du mois de septembre, l'œdème des extrémités inférieures augmenta beaucoup, et la femme souffrit d'une constipation opiniâtre.

Le 13 de ce mois, la malade éprouva de nouveau des douleurs utérines très intenses. L'œdème occupait les extrémités inférieures en entier, et les parties génitales externes. M. Schreyer apprit de la femme qu'elle avait cessé de voir au mois de décembre 1836, mais que les règles avaient reparu peu abondantes dans les premiers mois de 1837. Elle sentait les mouvements de l'enfant depuis trente semaines. Le ventre était aplati et pendait au-devant du pubis, où l'on sentait la tête de l'enfant, tandis que l'on trouvait ses extrémités dans les régions lombaire et hypogastrique gauches. En pratiquant en même temps le toucher vaginal et la palpation abdominale, on sentait distinctement que l'utérus restait étranger aux mouvements que l'on imprimait à l'enfant. L'abdomen était d'ailleurs extrêmement sensible, et la plus légère pression exercée sur ses parois provoquait des douleurs atroces.

Une exploration, faite en commun avec deux médecins appelés en consultation, ne laissa plus de doute sur l'existence d'une grossesse extra-utérine, et, comme l'enfant était vivant, on se décida à pratiquer la gastrotomie. L'opération fut faite le 16 décembre, de la manière suivante :

Une incision longue de cinq pouces divisa la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis jusque sur le péritoine, qui fut ensuite ponctionné, puis fendu dans toute l'étendue de l'incision cutanée. Aussitôt les membranes et le placenta firent hernie entre les lèvres et la plaie, sous forme d'une tumeur brun rougeâtre, élastique.

Les membranes ayant été incisées à leur tour, il s'en écoula une grande quantité de liquide amniotique, et la tête se présenta; mais elle se dégagea seulement après que l'on eut agrandi la plaie. L'enfant fut alors facilement extrait.

Pendant cette opération, des aides empêchaient la sortie des intestins, en appliquant exactement les bords de la plaie sur les parties auxquelles elle donnait passage. Après la sortie de l'enfant, les mêmes aides rapprochèrent les lèvres de la plaie. Des douleurs analogues à celles utérines, partant de la région du foie, ne tardèrent pas à se produire, et au bout de quelques minutes, le délivre, accompagné d'une grande quantité de sang, fut expulsé par les contractions des parois abdominales, sans qu'on eût exercé de tractions sur le cordon.

La plaie fut alors abstergée, puis réunie à l'aide de cinq points de suture séparés, excepté à son angle inférieur, où on la laissa béante dans l'étendue d'un pouce, pour laisser écouler les lochies, la recouvrant simplement d'une éponge molle. On entoura ensuite tout l'abdomen de longues bandelettes de diachylon, au-dessus desquelles on appliqua encore un bandage à plusieurs chefs. L'opération avait duré environ une demi-heure.

Le placenta ne différait pas d'un placenta normal; les membranes avaient une épaisseur plus considérable que d'ordinaire; le cordon avait 18 pouces et 1/2 de long.

L'enfant, garçon vigoureux, vécut. Il était très gros, et portait des cheveux et des ongles très longs; ses fontanelles étaient très petites. Il était évident qu'il avait dépassé le terme normal de la grossesse (l'observation ne renferme pas de détails précis sur les dimensions de l'enfant).

La femme fut mise à l'usage d'une potion calmante, quelques heures après l'opération; elle éprouvait alors des douleurs violentes dans la partie supérieure et droite de l'abdomen. La plaie laissa écouler pendant la nuit une quantité notable de sang. Le lendemain, l'abdomen était beaucoup plus douloureux; la malade avait une fièvre violente (pouls à 100, plein, face injectée, yeux brillants, soif inextinguible, etc.).

Malgré une saignée de 10 onces, les douleurs que la malade éprouvait dans l'abdomen augmentèrent encore d'intensité dans l'après-midi. On appliqua 40 sangsues, puis les bandelettes de diachylon, qui s'étaient relâchées, furent resserrées, et on appliqua des cataplasmes émollients.

Le 17, la plaie fournissait encore du sang; la femme présentait tous les symptômes d'une péritonite générale. Le vagin fournissait un écoulement muqueux abondant. Les seins étaient tuméfiés et les mamelons laissaient écouler quelques gouttes de lait. On fit prendre le sein à l'enfant toutes les trois heures.

Le 18, on fit une nouvelle application de 60 sangsues, qui amena une amélioration assez franche; mais le 20 les symptômes de péritonite s'étaient beaucoup aggravés. On appliqua encore 60 sangsues, et on relâcha les bandelettes et le bandage qui entouraient le ventre. La malade prenait toujours une émulsion de jusquiame à l'intérieur. Elle passa une bonne nuit, et le 21 elle se trouvait beaucoup mieux. La plaie était réunie en grande partie; elle restait seulement béante à sa partie inférieure, qui avait encore laissé écouler une grande quantité de sang décomposé. La sécrétion du lait était plus abondante. On enleva les points de suture et on renouvela le pansement.

A partir de ce jour, la malade se rétablit rapidement; la plaie se cicatrisa entièrement, en même temps que l'écoulement lochial par le vagin s'arrêtait, et la femme se rétablit entièrement sans avoir éprouvé de nouveaux accidents. Elle eut la satisfaction d'élever son enfant, qui jouit d'une santé excellente. (*Monatschrift für Geburtskunde*, t. XIV, 4e livraison.)

Opération autoplastique, faite avec succès dans un cas d'extrophie de la vessie, par le docteur D. Ayres.

Après l'échec invariable de toutes les opérations tentées jusque-là pour remédier à l'extrophie de la vessie, on pouvait croire que la chirurgie opératoire resterait décidément désarmée en présence de ce repoussant vice de conformation. Il n'en est rien pourtant, et après la réussite de M. Ayres, les chirurgiens seront peut-être plus disposés que par le passé à imiter, en les modifiant plus ou moins, les tentatives de MM. J. Roux et A. Richard (voy. *Gaz. hebdom.*, t. Ier, p. 420), qui étaient basées sur des principes analogues à ceux qui ont inspiré le chirurgien américain.

La relation du fait de M. Ayres se trouve dans une brochure publiée par lui sous ce titre : *Congenital extrophy of the urinary bladder and its complications successfully treated by a new plastic operation.* New-York, 1859. — Nous en reproduisons les détails les plus essentiels, d'après l'analyse qui en a été présentée à la Société obstétricale de Berlin, par M. le docteur Kaufmann, et qui est reproduite dans le journal Monatschrift fuer Geburtskunde und Frauenkrankheiten (t. XIV, p. 195).

Obs. — Il s'agit d'une femme âgée de vingt-huit ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé. Elle avait été menstruée régulièrement et avait accouché, trois mois avant son entrée au *Long Island College*, d'un enfant à terme, mais mort. Les couches se passèrent sans accident. Cependant, peu de temps après l'accouchement, on observa un prolapsus de l'utérus, qui fit de rapides progrès. Bientôt la matrice franchit l'orifice vulvaire. L'absence du pubis rendait l'application d'un pessaire impossible et l'incommodité qui résultait pour la malade de cette nouvelle infirmité était telle qu'elle ne pouvait supporter la moindre fatigue et que même la marche était à peu près impossible. C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital.

La brochure de M. Ayres est accompagnée d'une photographie, qui permet de se faire une idée exacte de l'état des parties. L'extrophie était complète. La vessie formait une saillie d'un rouge foncé, très sensible au moindre contact, immédiatement au-dessus de l'entrée du vagin, sur les côtés de laquelle les grandes lèvres rudimentaires formaient une saillie peu considérable.

Pour recouvrir la vessie, M. Ayres prit un lambeau dans la partie supérieure de la peau de l'abdomen. La base de ce lambeau se trouvait immédiatement au-dessus de la vessie. En le repliant de haut en bas, sa face épidermique se trouvait placée au-devant de la vessie, tandis que sa face saignante était libre; il formait ainsi au-devant de la vessie une espèce de tablier attaché en haut.

Pour obtenir une poche qui pût servir de réservoir à l'urine, M. Ayres recouvrit la face saignante du lambeau par un lambeau hypogastrique à base inférieure, ce qui réussit parfaitement. Le premier lambeau arrivait ainsi, recouvert par le second, jusqu'à l'entrée du vagin. On lui avait donné une forme telle que son extrémité supérieure, devenue inférieure, se terminât en triangle, de façon à former sous le deuxième lambeau une rigole qui conduisait l'urine jusqu'à l'entrée du vagin, où elle s'échappait par une espèce de méat artificiel.

L'opération fut d'ailleurs faite en deux temps, à trois semaines d'intervalle, pour éviter la gangrène du premier lambeau. La moitié de ce lambeau fut d'abord renversée de bas en haut, et réunie aux bords des incisions qui avaient servi à construire le lambeau, et ce n'est qu'au bout de trois semaines que l'on isola de nouveau cette partie, pour la renverser en bas et la recouvrir du lambeau inférieur.

La réunion se fit parfaitement. On avait obtenu ainsi une vessie artificielle à orifice étroit; en même temps, l'entrée du vagin se trouva assez rétrécie pour que la matrice pût être retenue facilement en place à l'aide d'un pessaire en caoutchouc. Il fut dès lors facile d'adapter au méat urinaire un urinal approprié.

Six semaines après avoir quitté l'hôpital, l'opérée fut revue par M. Ayres. Elle venait de faire deux milles à pied sans la moindre incommodité, et se portait à merveille.

Noyaux de cerises expulsés après un séjour de sept ans dans l'intestin, observation communiquée à la Société médicale de Chambéry, par M. le docteur Dagand.

Les cas de rétention pendant de longues années de corps étrangers dans les voies digestives ne sont point rares; mais, dans le plus grand nombre des faits de ce genre, le séjour prolongé de ces corps (paquets de cheveux, de ficelle, agglomérations d'épingles, pièces de monnaie, etc.) a donné lieu finalement à des accidents mortels. A cet égard, l'observation de M. Dagand est une exception heureuse.

Obs. — J. D***, âgé de vingt-deux ans, se rendit à Paris au mois de juin 1847. Peu de temps après son arrivée, il mangea une quantité considérable de cerises, et avala tout, pulpe et noyaux, sans en être incommodé. Pendant dix-huit mois, il continua à jouir d'une santé parfaite; mais au mois de janvier 1849, de vives douleurs accompagnées de borborygmes, se manifestèrent près de la région ombilicale, autour d'une tumeur mobile et arrondie. Ces douleurs se répétèrent plus ou moins fortes pendant les années suivantes, elles se renouvelaient à dix ou quinze jours d'intervalle, et toujours après le repas. La tumeur disparaissait aussitôt que le malade cessait de souffrir. Cependant, durant les années 1849, 50 et 51, l'appétit se maintint bon, la digestion se faisait bien, les selles étaient libres et régulières, et l'état général assez satisfaisant. Ouvrier dans une fabrique de papiers peints, J. D*** ne fut pas obligé d'interrompre son travail; mais, à partir de 1852, ses douleurs devinrent plus fréquentes, et sa santé délabrée ne lui permit plus de travailler. Les coliques allèrent en augmentant de fréquence et d'intensité, toujours accompagnées de borborygmes et de l'apparition plus manifeste de la tumeur problématique à la région ombilicale. D*** revint dans son pays, en Savoie, au mois d'octobre 1854.

La présence des corps étrangers dans l'intestin fut méconnue pendant tout ce temps. Les moyens les plus variés, évacuants, opiats, antiphlogistiques, etc., avaient été pendant quatre années alternativement employés, et le malade désespéré, ne trouvant aucun soulagement à ses maux, avait renoncé à tout traitement.

Un jour pourtant, obéissant aux conseils d'un empirique, il prit trois doses successives d'un purgatif drastique des plus violents. A son grand étonnement, la seconde dose amena quelques noyaux de cerises, dont il n'avait mangé qu'une fois pendant un séjour de plus de sept ans à Paris. La troisième lui fit expulser une quantité considérable de ces noyaux. Dès cet instant, la tumeur a disparu, et la santé est graduellement revenue. Ce jeune homme est aujourd'hui bien portant. (*Compte rendu des travaux de la Société médicale de Chambéry*, années 1854-1858.)

Section du nerf poplité, dans un cas de névralgie de la jambe, par M. le docteur Hooker.

Obs. — Névralgie extrêmement violente de la jambe gauche, datant de dix ans, et ayant amené l'atrophie de l'extrémité et des ulcérations, chez une femme âgée de vingt-cinq ans. On avait eu recours aux médications les plus variées, et même à une opération très grave, pratiquée sur le tibia (?), sans obtenir un soulagement même passager. La malade, épuisée par des douleurs sans relâche et une insomnie presque continuelle, demandait instamment qu'on lui amputât la jambe; mais il ne s'était pas trouvé de chirurgien qui voulût se charger de cette opération.

Le 21 juin 1859, M. Hooker mit à nu le nerf sciatique poplité externe, au point où il se sépare du poplité interne. Le nerf dénudé fut coupé en travers, et la plaie réunie par des sutures.

Le lendemain, les souffrances de la malade n'avaient nullement diminué, mais elles diminuèrent ensuite rapidement, en même temps que la cicatrisation des ulcères s'opérait avec une facilité remarquable. Les douleurs névralgiques ne tardèrent pas à disparaître complétement, et il n'y avait pas encore eu de récidive en septembre. L'état général de la malade s'améliora également très vite.

Une circonstance curieuse, c'est que la plus légère piqûre était extrêmement douloureuse sur la jambe malade, avant l'opération, tandis que les courants galvaniques les plus énergiques ne produisaient pas la plus légère impression sensitive. (*Lancet*, 1er octobre 1859.)

De l'atropine dans le traitement des ulcères de la cornée, par M. le docteur Aureliano, maestre de San-Juan.

L'emploi du sulfate d'atropine en collyre n'est pas une chose nouvelle; un assez grand nombre d'ophthalmologistes (MM. Desmarres, Wilde, Florent Cunier, Lussana, Brooker, etc., etc.) l'ont recommandé dans les affections superficielles du globe de l'œil, soit pour combattre la photophobie, le blépharospasme et le larmoiement, soit pour prévenir la hernie de l'iris à la suite des perforations de la cornée, etc. Le médecin espagnol qui vient à son tour vanter ce collyre croit devoir lui attribuer en outre la propriété de faire cesser la congestion qui accompagne les ulcères de la cornée, de déterger ces ulcérations et d'en hâter la cicatrisation. Il est pos-

sible que ces avantages soient réels, mais nous n'en pouvons trouver la démonstration dans les observations très nombreuses que l'auteur rapporte avec des détails très précis. Dans tous ces cas, des topiques énergiques (crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre) ont été employés concurremment avec le collyre au sulfate d'atropine, de sorte qu'il est impossible de faire la part de ce dernier dans les modifications subies par les ulcérations cornéales. On peut même ajouter que si le sel d'atropine agissait sur les ulcérations, ce serait probablement parce qu'il serait acide, condition qui le rendrait nuisible dans la plupart des affections où on l'emploie. Toutes les observations de M. Aureliano s'accordent, par contre, à démontrer l'efficacité réelle du collyre en question contre le blépharospasme et la photophobie qui accompagnent presque invariablement ces ulcérations. C'est un résultat que nous enregistrons volontiers. (*La Espana Medica*, 20 octobre 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Guide administratif et scolaire dans les Facultés de médecine, les Écoles supérieures de pharmacie et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, suivi de la chronologie des lois et règlements de 1791 à 1860, par A. Fontaine de Resbecq, sous-chef au ministère de l'instruction publique et des cultes — Un volume in-18 de 238 pages. Paris, chez Victor Masson.

M. A. Fontaine de Resbecq, qui a les instincts et la passion du bibliophile, ce qui est déjà une grande qualité, y joint cet autre mérite de rechercher dans la poursuite de sa fantaisie autant, pour le moins, le profit d'œuvres utiles et pratiques que la satisfaction d'une pure curiosité. Si, dans son ingénieux *Voyage littéraire sur les quais de Paris*, il s'est plu à orner de grâce et de sentiment le récit des grandes aventures qui ont pu lui advenir dans le chemin du Pont-Royal au pont de l'Hôtel-Dieu, il ne s'est pas montré moins zélé, ni moins scrupuleux, dans la prosaïque collection des lois, statuts, décrets, règlements et circulaires concernant l'étude et l'enseignement du droit, de 1791 à 1857 (1). Aujourd'hui, ce qu'il avait réalisé pour le droit il le fait pour la médecine, et le titre seul dit que le second recueil n'est pas moins complet que le premier.

On remarquera que le Guide de M. Resbecq n'a qu'une analogie plus ou moins éloignée avec les *Annuaires*, *Traités de jurisprudence*, ou même les *Codes* dont la médecine est déjà en possession. Le *Code médical* de M. Amette est de tous les livres de ce genre celui qui s'en rapproche le plus, mais sans être ni conçu sur le même plan, ni exécuté de la même manière, ni toujours afférent aux mêmes sujets. M. Amette traite avec la même étendue de l'enseignement et de l'exercice de la médecine; M. de Resbecq ne consacre que peu de pages à l'exercice médical et pharmaceutique, et s'occupe surtout des Facultés et des Écoles; mais sur ce terrain, étudié et remué par lui depuis vingt ans, il a relevé jusqu'aux moindres renseignements susceptibles d'application usuelle ou capables d'intéresser au point de vue historique. Il n'a donc pas donné un *Guide* seulement au professeur et à l'élève de nos jours, mais aussi, à quiconque voudra comparer le présent et le passé, ou suivre l'enseignement médical à travers toutes les phases administratives ou scolaires qu'il a traversées.

Ce caractère général et distinctif du recueil a été fidèlement rendu dans la mise en œuvre. Au lieu de se borner à transcrire à la file pièces, documents, articles de loi, etc., il commence par résumer les dispositions générales du régime de l'enseignement supérieur, relatives notamment à la division académique de la France, au ministre de l'instruction publique, au conseil impérial, aux inspecteurs, recteurs, vice-recteurs, etc.; puis pour chaque titre du recueil, Facultés de médecine, Écoles supérieures de pharmacie, Écoles préparatoires, il trace, dans un précis historique, une sorte d'esquisse des périodes successives par lesquelles a passé l'enseignement. C'est alors seulement qu'il range sous leurs *Titres* respectifs tous les actes administratifs, tous les règlements de scolarité qui s'y rapportent. Cela fait, il consacre un long chapitre à l'exposé des dispositions financières et administratives communes à tous les établissements. Là se trouvent un grand nombre de renseignements que l'on chercherait vainement ailleurs et qui répondent à tous les besoins. Un autre chapitre est consacré au recrutement de la chirurgie militaire, et des armées de terre et de mer. Enfin signalons, comme la partie la plus intéressante peut-être et la plus instructive dans sa sécheresse apparente, une *chronologie des lois*, *statuts*, *décrets*, *ordonnances*, *règlements*, *arrêtés et circulaires*, *relatifs à l'enseignement et à l'étude de la médecine et de la pharmacie en France depuis 1791 jusqu'au 13 novembre 1859*. Ce tableau, quand on le parcourt à la lumière de souvenirs historiques, devient comme vivant et parlant. Les dates expliquent les actes, surtout ceux de l'autorité supérieure. Les troubles de la séance de rentrée de la Faculté en 1822 commentent la réorganisation par ordonnance : les émeutes de 1821 font comprendre l'arrêté du 12 juin à l'adresse des élèves; les attroupements de 1820, l'arrêté du 5 juin à la même adresse. On a dit que les maisons d'aliénés renfermaient l'histoire des révolutions politiques; ici les révolutions sont écrites dans beaucoup d'actes administratifs.

Avec de telles conditions, le nouveau livre de M. de Resbecq est assuré d'un succès égal à celui de ses aînés.

A. Dechambre.

(1) Un volume grand in-8. Paris, Aug. Durand.

VI

VARIÉTÉS.

Il résulte d'un *communiqué* envoyé au Napoléonien, de Troyes, que la fixation d'un tarif d'honoraires pour les médecins de Bar-sur-Aube, a été considérée par M. le ministre de l'intérieur comme résultant d'une *coalition*. Le comité de Bar-sur-Aube est invité à retirer son tarif, sous peine de dissolution de l'association médicale de l'Aube, autorisée par le préfet en juin dernier.

— L'École supérieure de pharmacie de Paris vient d'être autorisée à accepter, aux conditions posées dans les lettres et rapports susvisés, un coupon de rente de 500 francs, offert par M. Ménier, pour la fondation d'un prix spécial de matière médicale. — Ce prix sera décerné annuellement sous la dénomination de prix Ménier.

— Une longue discussion sur l'*hyppocratisme* et le *vitalisme traditionnel*, discussion à laquelle s'est mêlée avec autorité la Revue médicale française et étrangère, occupe depuis longtemps la presse médicale espagnole et l'Académie de médecine de Madrid. Toutes les pièces académiques de ce débat ont été réunies pour former un volume in-8°, qui paraîtra en trois livraisons. Les orateurs qui ont concouru à la formation de ce volume, sont : MM. Santero, Castello, Calvo, Alonso, Mendez, Drumen et Nieto. Le prix de chaque livraison est de 2 francs, les deux premiers ont paru, le troisième est sous presse.

Nous ne pouvons que féliciter nos voisins d'avoir mis le public médical en état de profiter d'une discussion remarquable, que nous avons suivie pour notre part avec un vif intérêt.

— La Revue de thérapeutique du Midi se fusionne avec le Montpellier médical. Nous espérons que M. Saurel, à qui ses devoirs de professeur agrégé et sa clientelle rendaient trop lourde la charge de directeur d'un journal, trouvera dans la combinaison adoptée un moyen de continuer ses travaux de critique.

— *La vérité aux médecins et aux gens du monde sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies éclairés par le somnambulisme naturel lucide.* Tel est le titre d'un journal mensuel que doit publier M. Comet, fondateur de l'Abeille médicale, et dont le premier numéro vient de paraître. Ce fascicule ne contient, outre l'introduction, que la reproduction d'une lettre adressée par l'auteur à l'Académie de médecine en 1839 et relative aux qualités somnambuliques de madame Comet en personne. Il faut souhaiter que l'exemple des prétentions abusives et ridicules que peut faire naître chez les somnambules de profession le fait tout physiologique de l'*hypnotisme* ne soit pas donné par un membre de la famille médicale.

— L'importante mesure du casernement des élèves de l'école de médecine militaire, à Strasbourg, va recevoir son exécution. Le conseil municipal de Strasbourg a autorisé, à cet effet, M. le maire à conclure, avec M. le ministre de la guerre, un bail pour la location du bâtiment de l'œuvre Notre-Dame.

— Les services de la Faculté de médecine de Strasbourg sont disséminés dans trois quartiers différents de la ville, et l'on ne peut vraiment dire où est le siége de cette Faculté. Depuis longtemps, grâce surtout à l'initiative de M. Coze, ancien doyen, il est question de concentrer les services pour la construction d'un nouveau bâtiment annexé à l'hôpital. Un rapport présenté le 22 janvier 1858, à l'assemblée des professeurs, par M. G. Tourdes, recommandait avec instance aux autorités compétentes l'adoption de ce projet. Néanmoins la question est toujours restée pendante. Tout récemment, elle vient d'être recommandée de nouveau par la Faculté à la ville de Strasbourg, ainsi qu'au ministre de l'instruction publique. Un nouveau rapport vient d'être présenté, à cet effet, par M. Schützenberger. Le conseil municipal de la ville a émis déjà deux fois un vote favorable au projet, sous la seule condition que M. le ministre de l'instruction publique lui prêtera son concours. (*Gaz. méd. Strasbourg.*)

— M. le docteur Fougères, ancien chirurgien militaire, vient d'être nommé médecin adjoint de l'Asile des aliénés de Limoges.

— La Société de médecine pratique vient de renouveler son bureau pour 1860. Ont été nommés : M. Paul Dubois, *président;* MM. Duhamel et Magne, *vice-présidents;* M. Foucart, *secrétaire général;* M. Elleaume, *secrétaire annuel;* M. Milon, *secrétaire adjoint;* M. Caron, *trésorier*.

— La Société de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 23 décembre, a décerné les prix proposés pour 1859. La question était : *Des injections iodées dans les cavités séreuses naturelles.*

M. Ernest Martin, chirurgien des hôpitaux de Marseille, a obtenu une médaille d'or de 100 francs; M. le docteur Jousset, de Paris, a reçu une médaille d'or de 200 francs.

— Nous extrayons ce qui suit du rapport de M. le préfet de la Seine : A Paris, dans l'année 1860, 7,172 lits seront dressés pour les malades, 7,838 pour les infirmes et les vieillards, 2,195 pour les aliénés, 609 pour les enfants assistés ; en tout, 17,814 lits, auxquels il en faut joindre une cinquantaine, contenus dans deux petits hospices de vieillards appartenant aux anciennes communes de Montmartre et de Belleville. On prévoit pour l'an prochain, dans les hôpitaux et les hospice, 5,924,046 journées de malades ou d'infirmes. En outre, 1,600 aliénés, faute de place à Paris, sont entretenus dans des asiles de province; 14,422 enfants assistés sont placés chez des particuliers, dans des établissements privés, dans des colonies agricoles de France ou d'Algérie, sans parler de 6,900 enfants, hors pension, qui restent sous la paternelle surveillance de l'Assistance publique.

— Les candidats admis à subir les épreuves définitives du concours de l'agrégation en médecine, qui a commencé le mois dernier, sont, par ordre alphabétique :

MM. Barnier, Blachez, Charcot, Hervieux, Laboulbène, Lorain, Luys, Marcé, Parrot, Potain, Racle, Triboulet, Vidal, Vulpian.

— Par décret du 17 décembre dernier, M. le docteur Lucien Corvisart, médecin par quartier, a été nommé médecin ordinaire de l'Empereur.

— On nous assure que M. le ministre de l'intérieur vient, par arrêté en date du 31 décembre dernier, d'appeler aux importantes fonctions de médecin-inspecteur des aliénés de la Seine, M. le docteur Girard (de Cailleux), directeur et médecin en chef de l'asile d'Auxerre.

Si nous sommes bien informé, le fait de la nomination de M. Girard (de Cailleux) ne serait que le prélude d'actes administratifs très importants, en ce moment à l'étude. C'est ainsi que l'on parle de l'annulation prochaine de la décision prise l'année dernière, qui, en prolongeant jusqu'à l'âge de soixante-dix ans l'exercice des médecins des services d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, avait enlevé à ceux-ci le titre, les droits et les priviléges de médecins des hôpitaux de Paris, dont ils avaient joui jusqu'alors sans conteste; et qu'il est également question de ne point abolir, comme cela avait été arrêté, l'institution du concours pour les médecins aliénistes de la Seine. On dit enfin que, dans un délai peu éloigné, l'administration générale de l'Assistance publique doit prendre des mesures radicales pour faire soigner sur place tous les malheureux malades frappés dans leur intelligence : elle ne serait plus alors obligée, comme elle le fait aujourd'hui, faute d'asiles assez considérables, de diriger loin de leurs parents, de leurs tuteurs et de leurs amis, un aussi grand nombre d'aliénés sur des asiles de la province situés à 30, 40, 60, et même 80 lieues de Paris.

La GAZETTE DES HÔPITAUX, à qui nous empruntons ces détails, qu'elle donne *sous toute réserve*, loue l'aptitude de M. Girard en des termes auxquels nous nous associons de grand cœur.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

La librairie Victor Masson fait paraître :

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1858-1859, t. IX. In-8. 7 fr.

COMPTE RENDU DES FAITS DE DIPHTHÉRIE OBSERVÉS DANS LE SERVICE DU PROFESSEUR TROUSSEAU PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1859, par le docteur *Eug. Moynier*. In-8 de XVI-176 pages. 1 fr. 50

COURS ÉLÉMENTAIRE D'ASTRONOMIE, concordant avec les articles du programme officiel pour l'enseignement de la cosmographie dans les lycées, par le professeur *Ch. Delaunay*, de l'Institut. 3ᵉ édition. Grand in-18 de 644 pages, avec 391 figures dans le texte. 7 fr. 50

ESSAI SUR LA CONSERVATION DE LA VIE, par le vicomte *de Lapasse*. In-8 de VIII-488 pages. 7 fr. 50

ÉTUDES MÉDICO-CHIRURGICALES SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES, par le docteur *B. Dunal*. In-8 de XVI-176 pages. 3 fr. 50

ÉTUDES SUR LES MALADIES ACTUELLES DU VER A SOIE, par *A. de Quatrefages*, membre de l'Institut. In-4 de VIII-382 pages, avec 6 planches coloriées. 16 fr.

HISTOIRE GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DU DÉVELOPPEMENT DES CORPS ORGANISÉS, par le professeur *Coste*, de l'Institut. Tome II, 2ᵉ partie du texte, 4ᵉ livraison. In-4, et un cahier de planches grand in-plano. 52 fr.

HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE DES RÈGNES ORGANIQUES, principalement étudiée chez l'homme et chez les animaux, par M. le professeur *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*, de l'Institut. Tome III, 1ʳᵉ partie. In-8 de 276 pages. 4 fr.

HYDROTIMÉTRIE, nouvelle méthode pour déterminer les proportions des matières en dissolution dans les eaux de sources et de rivières, par *Boutron* et *F. Boudet*. Grand in-8. 2 fr. 50

INSTRUCTION PRATIQUE SUR L'APPLICATION DES SILICATES ALCALINS SOLUBLES AU DURCISSEMENT DES PIERRES, A LA PEINTURE, A L'IMPRESSION ET AUX APPRÊTS, par le professeur *Kuhlmann*. In-8. Lille. 75 c.

MANUEL DE CONCHYLIOLOGIE ET DE PALÉONTOLOGIE CONCHYLIOLOGIQUE, par le docteur *J.-C. Chenu*. Tome I, 2ᵉ partie. Grand in-8 jésus, avec 2188 figures, dont plusieurs coloriées, intercalées dans le texte. 12 fr. 50
Prix du volume complet de VII-508 pages, avec 3707 figures. 25 fr.
L'ouvrage sera complet en 2 volumes.

DE L'ÉTAT NERVEUX AIGU ET CHRONIQUE, OU NERVOSISME, maladie appelée *névropathie aiguë cérébro-pneumo-gastrique, diathèse nerveuse, fièvre nerveuse, cachexie nerveuse, névropathie protéiforme, névrospasmie*, par *E. Bouchut*. In-8 de 360 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

DU TRAITEMENT DU CROUP EN GÉNÉRAL, ET PARTICULIÈREMENT DE L'EMPLOI DU SOUS-BORATE DE SOUDE DANS CETTE MALADIE, par le docteur *Leriche*. In-8 de 43 pages. Paris, F. Savy. 1 fr.

LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE, par le docteur *Virchow*, traduit de l'allemand par le docteur *P. Picard*. Édition revue, corrigée et augmentée par l'auteur. In-8, avec figures dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, ACCOMPAGNÉ DE 108 OBSERVATIONS, par le docteur *Nonat*. 1 fort volume de 900 pages, avec figures dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 12 fr.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR L'ÉLECTRICITÉ, nouvelle méthode, par *C. Beckensteiner*. In-8 de 80 pages et 1 planche. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

CRANIA SELECTA EX THESAURIS ANTHROPOLOGICIS ACADEMIÆ IMP. PETROPOLITANÆ, par *E.-E. de Baer*. Grand in-4. Saint-Pétersbourg. 8 fr.

CHIRURGISCHE ERFAHRUNGEN UND UNTERSUCHUNGEN (Expériences et recherches chirurgicales), par *C.-O. Weber*. Grand in-8, avec 9 planches. Berlin, G. Reimer. 10 fr.

COMPENDIUM DER OPERATIVEN AUGENHEILKUNDE (Compendium de la médecine oculaire opérative), par *J. Pilz*. Grand in-8. Prague, André. 5 fr. 50

COMPENDIUM DER TOPOGRAPHISCHEN ANATOMIE (Compendium d'anatomie topographique), par *J. Engel*. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 20 fr.

DAS CORROSIVE GESCHWUER IM MAGEN UND DARMKANAL UND DESSEN BEHANDLUNG (La tumeur corrosive dans l'estomac et le canal intestinal, et son traitement), par *L. Müller*. Grand in-8. Erlangue, Enke. 6 fr.

DIE KRANKHEITEN AN DER WURZELHAUT DER ZÆHNE (Les maladies de la pulpe dentaire), par *E. Albrecht*. In-8. Berlin, Peters. 4 fr.

SECTIONS-TECHNIK, ANLEITUNG ZUR ZWECKMÆSSIGEN AUSFUEHRUNG PATHOLOGISCHER SECTIONEN UND ZUR ABFASSUNG DER BEFUNDSCHEINE (Technique des autopsies), par *R. Heschl*. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 2 fr. 50

ZUR LEHRE VON DEN KRANKHEITSURSACHEN (Recherches sur les causes des maladies), par *F. Flemming*. Grand in-8. Erlangue, Enke. 2 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger, Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 20 JANVIER 1860. N° 3.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Le titre et la table du tome VI de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (année 1859) seront adressés à MM. les abonnés le 25 du mois de janvier courant.

PARTIE OFFICIELLE.

En vertu de divers décrets du ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique, sont appelés à entrer en activité de service près la Faculté de médecine de Montpellier, à partir du 1er janvier 1860 jusqu'au 1er novembre 1868, les agrégés stagiaires dont les noms suivent :

2e *section*, M. Moitessier ; — 3e *section*, MM. Guénier, Pécholier et Cavalier ; — 4e *section*, M. Saurel.

Sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Strasbourg, jusqu'au 1er novembre 1862, les agrégés en activité de service dont les noms suivent :

1re *section*, M. Kirschleger ; — 2e *section*, Strohl ; — 3e *section*, MM. Arohssonn et Hirtz ; — 4e *section*, MM. Bach et Held.

Sont appelés à entrer en activité de service près la Faculté de médecine de Strasbourg, à partir du 1er janvier 1860 jusqu'au 1er novembre 1868, les agrégés stagiaires dont les noms suivent :

1re *section*, M. Morel ; — 2e *section*, M. Hecht ; — 3e *section*, M. Bœckel.

— Sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Montpellier le 1er février prochain, pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchements) :

MM. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier, président ; Alquier, Bouisson, Boyer, Courty, Dumas, professeurs à la Faculté de la même ville ; et Montet, agrégé.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :
MM. Benoît et René, professeurs ; Garimond et Saurel, agrégés.

— Sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Strasbourg le 1er février prochain, pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de chirurgie et d'accouchements) :

MM. Erhmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, président ; Sédillot, Rigaud, Michel et Stoltz, professeurs à la Faculté de la même ville ; Bach et Herrgott, agrégés.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :
MM. Küss et Stœber, professeurs ; Held et Bœckel, agrégés.

FEUILLETON.

Histoire du merveilleux dans les temps modernes, par LOUIS FIGUIER, tomes I et II ; 2 vol. in-12, Paris, 1860, chez L. HACHETTE et Ce.

Nous naissons et nous mourons avec l'amour, ou, pour mieux dire, l'instinct du merveilleux. Dès le berceau, nos grand'mères nous endorment au récit de quelque aventure extraordinaire, et nous familiarisent avec le commerce des follets, des lutins et des fées ; les contes de Perrault et de madame d'Aulnoy sont les premières étrennes de l'enfant qui commence à épeler. C'est dans ce livre que nous apprenons à lire ; il est, pour ainsi parler, le hochet de notre intelligence naissante. Et lorsque nos sens s'ouvrent à peine aux impressions du monde extérieur, c'est avec les lanternes magiques, les ombres chinoises, les prestidigitations, escamotages et tours de gobelet, qu'on fait leur première éducation. Ainsi s'écoule notre enfance, au milieu d'une continuelle fantasmagorie. Plus tard, la scène reste la même, mais les acteurs sont changés. Han d'Islande, Quasimodo, la Chouette, Tortillard, Rodolphe, d'Artagnan, Porthos et Monte-Christo viennent prendre la place du Petit-Chaperon rouge, de Barbe-Bleue, de Croquemitaine, du Chat-Botté et du Petit-Poucet. A l'âge des contes, succède l'âge des romans, des épopées, des tragédies, des drames, des ballets et des féeries. Enfants, nous étions conduits par nos mères chez Robert-Houdin ou au théâtre Séraphim ; jeunes gens, nous fréquentons le Gymnase, la Porte-Saint-Martin ou la Gaieté, avec l'espérance d'avoir un jour notre loge à l'Opéra ou à la Comédie-Française. Or, pour l'enfant comme pour l'homme, où est le charme de la lecture, où est l'attrait du spectacle ? dans le merveilleux, et rien que dans le merveilleux. Supprimez le merveilleux des productions littéraires, et les œuvres de nos poëtes et de nos romanciers ne trouveront plus de lecteurs ; bannissez-le de la scène, et nos théâtres seront déserts. Que dis-je ? sans le merveilleux, il n'est plus de poëme ni de roman possible ; le merveilleux est le fonds même de la littérature,

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 19 janvier 1860.

ENQUÊTE SUR LA RAGE : RAPPORT DE M. TARDIEU AU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Toutes les fois que l'occasion s'est présentée à nous de parler de la prophylaxie de la rage, nous avons déploré l'insuffisance des éléments statistiques nécessaires à l'étude de cette importante question, et nous avons exprimé la pensée que, dans leur imperfection, les éléments actuellement disponibles ne paraissaient pas répondre, sous ce rapport, aux espérances mises par plusieurs gouvernements dans l'imposition d'une taxe sur les chiens. Ces regrets, nous les reproduisions encore récemment à propos d'une discussion qui a eu lieu sur le même sujet à l'*Académie de médecine de Turin* (*Gaz. hebdomad.*, 1859, p. 417, 434 et 481). Une enquête avait été instituée dès 1850 sur tout le territoire de la France. Que dirait cette enquête? Les données qu'elle avait fournies pour les années 1850, 1851 et 1852, et qui avaient été l'objet d'un rapport de M. Tardieu au Comité consultatif d'hygiène publique, ces données n'étaient pas assez considérables pour lever toutes les incertitudes; il fallait attendre le jugement des années ultérieures. C'est donc avec une véritable curiosité que nous avons pris connaissance, dans le dernier numéro des Annales d'hygiène publique, des deux rapports de notre savant confrère, afférents, l'un aux années 1853 et 1854, l'autre, à la période de 1855 à 1858 inclusivement. Nous reproduisons la partie du second rapport qui résume tous les résultats de l'enquête depuis son institution. On verra qu'ils ne confirment que trop nos appréhensions en ce qui touche l'impuissance de la taxe, comme moyen prophylactique. Sur un point seulement, ils contredisent, en apparence du moins, cette assertion émise par plusieurs auteurs et par nous-même (*Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 338), que la rage est plus fréquente en mai et avril que dans le temps des grandes chaleurs. Ce serait en juin, juillet et août qu'elle se développerait le plus souvent en France; mais, les relevés embrassant, dans les rapports, des périodes trimestrielles, la comparaison de mois à mois y est impossible, et M. Tardieu lui-même a soin de rappeler que les grandes chaleurs ne remplissent pas, dans l'étiologie du mal, un rôle prédominant.

Ce travail ne porte pas d'ailleurs exclusivement sur la prophylaxie. Les chiffres y aident encore, d'une manière puissante, à éclairer d'autres questions d'une haute importance, comme celles de la durée de l'incubation de la rage, ou de la proportion numérique dans laquelle la morsure des chiens enragés transmet la maladie. Enfin, un passage spécial est consacré à la partie de l'enquête relative à l'existence de la rage en Orient. La conséquence à tirer des renseignements transmis est que, si l'hydrophobie n'est pas inconnue en Égypte et en Turquie, si elle peut y prendre naissance sur les chiens du pays, et non pas seulement sur ceux qui sont venus de l'étranger, ce fait n'est pas assez commun pour ruiner l'argument que prêtait aux adversaires de la chaîne et du muselage l'état de liberté dans lequel la race canine vit en Orient. A. Dechambre.

Si nous reprenons le chemin tracé dès le principe à l'enquête, nous pourrons mesurer les résultats obtenus en passant en revue les différents points qu'elle a successivement touchés. *Le nombre des cas de rage* recueillis dans les quatre dernières années s'élève à 71, qui, ajoutés aux 168 (1) que l'enquête avait fait connaître avant 1855, portent à 239 le nombre des faits qui peuvent servir à dresser aujourd'hui la statistique médicale de la rage, chiffre important pour une telle maladie et qui permet des conclusions certaines et parfois décisives sur les principaux points de son histoire :

1° Le *sexe* des victimes que fait la rage chez l'homme n'a qu'un intérêt secondaire, et nous nous bornons à signaler que les 239 cas appartiennent, 175 au sexe masculin et 64 au sexe féminin, différence qu'expliquent suffisamment les habitudes et les travaux particuliers à chaque sexe.

2° Eu égard à l'*âge*, nous voyons chaque année se confirmer le fait que l'âge le plus tendre n'est pas à l'abri de la contagion de la rage, et dans les quatre dernières années comme dans les précédentes, on voit figurer 11 enfants en bas âge parmi les victimes de la rage.

3° L'origine de la contagion, eu égard à l'*espèce de l'animal* dont la morsure a produit la rage, ne présente que bien peu de variations, et se rapporte toujours presque exclusivement au chien. Les chiffres fournis sur ce point par l'enquête, depuis 1850 jusqu'à 1859, donnent le résultat général qui suit. Sur un total de 228 cas,

188	proviennent de la morsure		du chien.
26	—	—	du loup.
13	—	—	du chat.
1	—	—	du renard.
228			

(1) Une autre partie du rapport indique le chiffre 166.

Et qu'on ne croie pas que l'instinct que nous signalons ici soit particulier à quelques esprits faibles ou à certaines imaginations déréglées. Il est tellement général qu'on le retrouve dans les masses, dans les grandes agglomérations, dans tous les milieux sociaux, chez les peuples comme chez les individus.

« Il est de tous les temps et de tous les pays, dit M. Figuier, car il tient à la nature même de l'esprit humain. Par une instinctive et injuste défiance de ses propres forces, l'homme est porté à placer au-dessus de lui d'invisibles puissances s'exerçant dans une sphère inaccessible. Cette disposition native a existé à toutes les périodes de l'histoire de l'humanité, et revêtant, selon les temps, les lieux et les mœurs, des aspects différents, elle a donné naissance à des manifestations variables dans leur forme, mais tenant au fond à un principe identique. » D'où il suit que vouloir faire l'histoire complète et détaillée du merveilleux, ce serait entreprendre de tracer le tableau des croyances superstitieuses et des préjugés de tous les peuples, des métamorphoses, des prodiges et des miracles accomplis sur la terre et dans le ciel, au grand étonnement des générations passées; en un mot, ce ne serait rien moins qu'une sorte d'histoire universelle. Cette longue et laborieuse tâche a été remplie, en partie, par l'auteur de l'*Origine des cultes*.

Mais tel n'est pas le but que s'est proposé M. Figuier. Le programme de son livre se trouve implicitement renfermé dans le titre même : *Histoire du merveilleux dans les temps modernes*. Et en effet, à quoi bon nous parler des créations de Brahma et des métaphores de Mithra? Que nous importent aussi les prouesses de Jupiter, les exploits de Mars, les tours de force d'Hercule, les fureurs de Junon et les aventures de Vénus? D'ailleurs, M. Figuier, malgré toute son habileté d'écrivain, aurait-il mieux traité ce sujet qu'Homère, Hésiode, Virgile et Ovide?

Toutefois, il n'aborde pas d'emblée le fond même et le point principal de son œuvre. Pour relier le présent au passé et pour démontrer que le merveilleux d'aujourd'hui n'est qu'une transformation du merveilleux d'autrefois, il débute par un coup d'œil rapide sur l'histoire du supernaturalisme dans l'antiquité et dans le moyen âge. Il établit que les *signes*, les *prodiges* et les *miracles* ne sont que

Le chien est donc, dans l'immense majorité des cas et par le fait du développement spontané de la rage, le point de départ de la contagion. L'influence de la rage, malgré les recherches poursuivies dans ce sens, a paru en réalité complétement nulle, ainsi que nous l'avions déjà noté précédemment. Quant aux causes qui peuvent favoriser l'explosion de la rage chez le chien, ce n'est pas ici qu'il convient d'énumérer toutes les théories dont la vanité est depuis longtemps démontrée et qui se reproduisent encore trop souvent dans des communications adressées à l'autorité supérieure. Nous aurons, d'ailleurs, à revenir sur ce point, en analysant les intéressants travaux des médecins sanitaires d'Orient. Nous devons noter deux exemples remarquables de rage spontanée chez le chat, l'un qui paraît s'être développé à la suite d'une large brûlure, l'autre chez une chatte rendue furieuse par l'enlèvement de ses petits. Ces faits offrent un intérêt considérable, puisqu'ils tendraient à résoudre la question encore douteuse du développement spontané de la rage dans d'autres espèces que l'espèce canine.

Bien que nous n'ayons indiqué comme ayant transmis la rage à l'homme que des animaux carnassiers, il faut tenir compte des cas assez nombreux dans lesquels des herbivores, des bestiaux d'espèce bovine et ovine ont contracté eux-mêmes la maladie et ont succombé aux suites de la morsure de chiens ou de loups enragés, sans avoir communiqué la rage à personne. Un seul fait observé en 1855 dans le département de la Creuse nous montre une brebis mordue par un chien enragé, mordant à son tour le berger, qui, attaqué quinze jours auparavant par le chien, succomba à cette double morsure virulente.

4° Le *siége des blessures* par lesquelles a eu lieu l'inoculation de la rage est un indice frappant de la facilité avec laquelle la contagion s'est opérée. Sur 145 cas où le siége des morsures a été noté, on trouve qu'elles ont été faites :

Aux membres supérieurs, et principalement sur les mains	79 fois.
Au visage	37
Aux membres inférieurs	29
	145

5° L'une des questions qui intéressent particulièrement les mesures de police à prendre contre les chiens qui peuvent être menacés de la rage est celle qui est relative à *l'époque où se développe* le plus généralement la maladie. C'est à ce point de vue que la statistique fournit pour toutes les périodes de l'enquête des chiffres importants à consigner. En les réunissant en un seul total, on voit les 181 cas où ce point a été noté, répartis par ordre de fréquence :

En juin, juillet, août	66 cas.
mars, avril, mai	44
décembre, janvier, février	40
septembre, octobre, novembre	31
	181

Ou si on divise l'année en deux parties :

110 cas pour les saisons chaudes.
71 seulement pour les saisons froides.

La différence est marquée sans doute en faveur des mois où la température est la plus élevée, mais il n'en demeure pas moins constant qu'aucune saison ne s'oppose réellement au développement de la rage, et ne peut en rendre les effets moins redoutables.

6° L'histoire naturelle des contagions ne peut offrir un caractère véritablement scientifique que si l'on tient compte des différences qui peuvent se produire dans la manière dont elles s'opèrent, soit en raison de circonstances accidentelles qu'il resterait à préciser, soit eu égard aux conditions individuelles. Les maladies virulentes, notamment celles qui se transmettent par inoculation, et dont, par conséquent, la contagion est la plus sûre et la plus constante, n'échappent pas à ces variations, qui sont un des traits vraiment spécifiques des affections contagieuses. La connaissance de ce fait importe, en outre, d'une manière toute particulière à l'appréciation rationnelle des chances et des moyens de préservation qu'offrent ces affections. A ce double titre, le comité a toujours attaché un grand intérêt à la détermination aussi exacte que possible du rapport qui existe entre le nombre des personnes simultanément exposées à la contagion de la rage, et celui des personnes qui périssent victimes de l'inoculation rabique. Ces faits ne sont jamais faciles à établir avec certitude; cependant la question bien comprise par les conseils d'hygiène et de salubrité des départements qui soumettent à un premier examen les faits recueillis dans l'enquête, a été l'objet d'une étude consciencieuse, et nous sommes parvenu à rassembler un nombre assez considérable de cas où l'on a pu comparer la manière différente dont se sont comportées, à l'égard de la contagion, plusieurs personnes mordues par le même animal enragé. Par une scrupuleuse analyse des faits, en réunissant tous les cas bien constatés, nous sommes arrivé à ce résultat : que sur 198 individus atteints de morsures virulentes, 112 seulement ont contracté la rage, c'est-à-dire que 4 sur 10 environ échappent à la contagion. Mais il est bon de le répéter, pour donner à ce chiffre proportionnel toute sa valeur, il faudrait pouvoir établir avec précision dans quelles conditions particulières se sont trouvés ceux que la maladie a épargnés; quel a été chez eux le siége des morsures, s'ils ont été mordus après les autres, si l'inoculation a réellement eu lieu, si l'animal qui les a blessés était devenu spontanément enragé ou n'avait reçu la rage qu'après plusieurs transmissions, circonstances qui peuvent bien être soupçonnées quelquefois, mais bien rarement démontrées avec certitude. Enfin il faut tenir compte de l'efficacité des moyens préventifs employés.

7° Nous nous sommes attaché d'une manière toute spéciale, dans nos précédents rapports, à fixer exactement la *durée de l'incubation de la rage*, dont la connaissance est si importante au point de vue de l'appréciation des effets probables de morsures suspectes, et dont les limites ne peuvent être établies qu'à l'aide de faits nom-

---

trois degrés différents d'un même ordre de faits, c'est-à-dire des manifestations surnaturelles modifiées et perfectionnées suivant les temps et les lieux, et mises en harmonie avec les croyances reçues et les doctrines dominantes de l'époque; il nous montre les oracles, les devins, les sybilles et les thaumaturges des temps anciens donnant fraternellement la main aux sorciers, aux loups-garous, aux stryges du moyen âge et aux magiciens du XVIe et du XVIIe siècle. En vérité, quelle superbe légion aux ordres du capitaine *Satanas!*... Sans compter l'état-major, où nous voyons figurer Mesmer, Puységur, M. Home et tout le cortége des somnambules extra-lucides, des *mediums* et des esprits frappeurs.

Après avoir ainsi tracé rapidement la généalogie des énergumènes, des illuminés, des magiciens et des spiritistes, M. Figuier esquisse à grands traits l'horrible et sanglant tableau de la démonopathie au XVIe et au XVIIe siècle. En ce temps-là, le diable se faisait vieux, et, comme s'il eût senti chanceler déjà son trône vermoulu, il rassembla tout ce qui lui restait encore de forces pour tenter un dernier coup. Il suscita des légions de sorciers et de magiciens, il déchaîna contre eux toutes les passions et les fureurs du fanatisme, il couvrit de bûchers le sol de l'Allemagne, de la France, de l'Espagne et de l'Italie. Il fallut le sang de plusieurs milliers d'innocentes victimes pour assouvir la rage et la vengeance de cet éternel ennemi du genre humain. On ne peut lire sans frémir la relation des drames affreux qui ont désolé tour à tour le pays de Vaud, la Bavière, l'Artois, la Franche-Comté, le Jura, le Poitou, le Labour et d'autres contrées encore. On se sent l'âme brisée en parcourant cette voie douloureuse et ensanglantée qui commence au bûcher de Jeanne d'Arc et qui finit à celui d'Urbain Grandier! M. Figuier raconte avec détail la scène sinistre du procès et de la mort du curé de Saint-Pierre de Loudun, qui est comme le résumé des poursuites criminelles, des persécutions et des tortures infligées à la sorcellerie par la juridiction combinée de l'Église et de l'État, au nom du Dieu de mansuétude et de son serviteur le roi très chrétien. Il semblait assez difficile de donner un nouvel attrait à cette lugubre tragédie, après le récit si touchant qu'en a fait l'auteur de *Cinq-Mars*. Cependant M. Figuier y a si bien réussi, qu'on trouve encore un grand intérêt,

breux. Ceux que l'enquête a rassemblés depuis près de dix ans ont, non-seulement atteint un chiffre assez élevé, mais de plus, par la constance des résultats, ils ont jeté sur cette question spéciale une telle lumière qu'il est permis de la considérer aujourd'hui comme complétement résolue. 147 cas portent la mention exacte du temps après lequel a éclaté la rage, à partir de l'incubation, et donnent pour la durée de l'incubation moins de :

1 mois	26 cas.
1 à 3 mois	93
3 à 6 mois	19
6 à 12 mois	9
	147

Ainsi se vérifie de plus en plus ce fait capital dont nous avons tant de fois déjà fait ressortir la portée, que presque toujours les effets redoutés de la contagion rabique ne se font pas attendre au delà de quelques semaines, et que ce n'est qu'exceptionnellement que l'explosion de la rage est retardée au delà de trois mois.

Mais, à côté de ce fait général, il est une particularité intéressante sur laquelle notre attention a été éveillée par quelques observations récentes, et qui nous paraît digne d'être remarquée. La durée de l'incubation paraît avoir été d'autant plus courte que les sujets atteints étaient plus jeunes. Dans les quatre années qui forment la dernière période de l'enquête, nous avons vu l'incubation réduite à un mois chez la plupart des enfants de deux à dix ans, et même à vingt-quatre, vingt-six, vingt-sept et vingt-huit jours chez cinq enfants de deux ans et demi, sept, dix et onze ans. Ce n'est pas là sans doute une règle absolue, mais un fait assez constant pour qu'il nous ait paru utile de le relever, et pour qu'à l'avenir nous suivions avec intérêt cette première vue dans les enquêtes ultérieures.

8° Lorsque la rage a éclaté, on sait quelle en est la *marche* rapide et la *terminaison* fatale. Les nouveaux faits recueillis en 1855, 1856, 1857 et 1858, n'ont apporté à cet égard qu'une nouvelle confirmation des lois déjà connues. La mort, dans tous les cas et sans exception, est toujours venue mettre fin aux horribles souffrances des malheureux atteints de la rage, et ne s'est jamais fait longtemps attendre. Les chiffres nouveaux réunis aux anciens, nous montrent que sur 161 cas la durée exactement calculée de la rage confirmée n'a pas dépassé :

2 jours	dans	34 cas.
4	—	98
6	—	24
7	—	2
8	—	2
9	—	1
		161

9° La question qui nous reste à examiner est sans contredit celle qui offre l'intérêt pratique le plus considérable, et sur laquelle il serait le plus utile que l'opinion non-seulement des médecins, mais encore du public tout entier, fût éclairée et définitivement fixée. Nous voulons parler de l'utilité absolue et de l'efficacité relative des *moyens destinés à empêcher le développement de la maladie* chez les personnes mordues par des animaux enragés, notamment de la cautérisation à l'aide des divers caustiques. Nous avons dit déjà les difficultés très réelles et très grandes qui s'opposent malheureusement à ce que l'on puisse acquérir sur ce point une certitude complète, et faire exactement la part des causes diverses qui peuvent influer sur les conséquences des morsures virulentes et en neutraliser les effets. Dans les cas où un individu mordu par un chien enragé a été soumis à l'emploi de quelque moyen préventif et n'est pas devenu lui-même malade de la rage, il peut toujours rester un doute sur la réalité de la contagion. La preuve de l'efficacité des moyens préservateurs résultera donc moins de ces faits négatifs que des cas où, soit la négligence, soit le retard que l'on aura mis à les employer, auront été suivis du développement de la rage et de la mort des victimes de l'inoculation rabique. A ce point de vue, nous avons pu réunir, tant avant qu'après la dernière période de l'enquête, 115 cas suivis de mort pour lesquels on a noté avec soin la manière dont ont été traitées les morsures faites par des animaux enragés, et dont l'analyse a donné le tableau suivant :

Années.	Morts de la rage.	Pas de cautérisation.	Cautérisation tardive.	Cautérisation insuffisante.
1852, 1853, 1854	44	26	18	»
1855	21	11	5	5
1856	20	11	6	3
1857	13	10	3	»
1858	17	6	5	6
	115	64	37	14

Dans tous ces cas on voit manifestement paraître les funestes conséquences de la non-cautérisation des morsures faites par les animaux enragés, et de la cautérisation tardive, c'est-à-dire de celle qui n'est opérée que plusieurs heures après l'inoculation, alors même qu'elle serait faite avec le fer rouge ou avec les plus puissants caustiques, tels que le beurre d'antimoine ; mais il faut remarquer, en outre, que certains caustiques employés même immédiatement après la morsure, n'ont eu aucune efficacité préservatrice, et que dans un certain nombre de cas le nitrate d'argent, l'alcool, l'ammoniaque, appliqués sur les plaies d'inoculation très peu d'instants après qu'elles avaient été faites, sont restés complétement impuissants à prévenir le développement de la rage. On ne saurait donc répéter avec trop d'insistance que le seul refuge contre ce mal redoutable est la cautérisation immédiate avec le fer rouge et que tou autre moyen compromet l'avenir par la perte irréparable des seuls moments où le traitement préventif est applicable. Aussi doit-on

---

et surtout un véritable profit, à lire son chapitre des *Diables de Loudun*, même après la lecture du *Martyre* dans M. Alfred de Vigny. La narration du romancier se distingue par plus de mouvement et de coloris; celle de l'écrivain physiologiste a le mérite d'être plus complète et plus fidèle à la vérité historique. Mais M. Figuier diffère surtout de M. Alfred de Vigny par l'explication qu'il donne des événements de Loudun; tandis que l'auteur de *Cinq-Mars*, adoptant l'opinion d'Aubin, considère la possession des ursulines comme une « comédie longuement apprise et docilement répétée pour satisfaire à la haine vindicative de Richelieu, » M. Figuier, se rattachant aux idées de Pétroz, de Montègre, d'Alexandre Bertrand, d'Esquirol et de M. Calmeil, ne voit dans tous ces phénomènes merveilleux que l'effet d'une folie convulsive, mélange d'hystérie, de démonopathie et de somnambulisme. « Plus on examine, dit-il, plus on scrute les récits de ce qui se passait aux exorcismes, plus on arrive à se convaincre que l'état nerveux extraordinaire dans lequel les ursulines, déjà malades d'une affection hystérique, étaient jetées par les adjurations de leurs exorcistes, n'était autre chose que le *somnambulisme artificiel*. L'appareil développé par les exorcistes, leurs invocations, leurs gestes imposants et forcenés, tenaient lieu des manipulations que nos magnétiseurs emploient. Les hystériques de Loudun, cédant alors à l'influence fascinatrice de l'exorciste parlant au nom de Dieu, tombaient dans les convulsions, qui étaient le propre de leur maladie. Assujetties à la domination absolue du magnétiseur en étole, elles pouvaient comprendre sa pensée, répondre à ses questions, etc. » On voit, par cette citation, que l'auteur de l'*Histoire du merveilleux* regarde l'hystérie, l'extase et la démonomanie comme insuffisantes pour rendre compte de tous les faits observés à Loudun de 1632 à 1634 ; il croit qu'il faut encore faire intervenir comme cause principale de la *possession* des ursulines une sorte d'influence magnétique, un état de somnambulisme artificiel. Il est juste de reconnaître que cette explication avait été déjà hasardée par M. Calmeil, et que M. Figuier n'a que le mérite de l'avoir formulée d'une manière moins timide et en termes plus explicites. Une semblable interprétation sera-t-elle du goût de tout le monde? Il est douteux, par exemple, qu'elle complaise à

poursuivre sans relâche ces préjugés déplorables, ces promesses menteuses qui attribuent à de prétendus spécifiques la vertu de prévenir et de combattre la rage. L'administration sanitaire l'a bien compris et le comité ne craindra pas de la soutenir hautement dans la voie où elle s'est engagée dans ces derniers temps, en livrant à la justice les charlatans de toute sorte qui affichent la prétention de prévenir ou de guérir la rage et en provoquant contre eux une juste application de la loi.

10° Quant aux *mesures prophylactiques* administratives ou autres, dirigées contre le développement ou la propagation de la rage, quant au *traitement curatif* de la rage confirmée, la sollicitude de l'administration, les recherches des voyageurs, les tentatives des empiriques et les expérimentations plus ou moins rationnelles des médecins, n'ont pas réussi à réaliser un seul progrès sérieux, et les derniers résultats de l'enquête sur la rage n'ajoutent rien sur ce point à ce qu'elle nous avait appris déjà. Nous avons dit le peu d'effet qu'avait eu, malgré les espérances qu'on en avait conçues, la taxe municipale mise sur les chiens. Nous en dirons autant des mesures de police dès longtemps connues et de celle qui consisterait à ranger les chiens dans la classe des animaux dangereux qui ne peuvent être laissés en liberté, ainsi que le conseillait une lettre adressée de Chartres à M. le ministre, le 6 septembre 1856, et signée *un ami du bien.* On ne peut accorder plus de confiance aux opérations pratiquées sous la langue des chiens, dans le but de les mettre hors d'état de communiquer la rage par morsure et que prescrivent en même temps les frères Perron, de Lannion (Côtes-du-Nord), et le sieur Vinet, du Mans, qui a donné à cette pratique qui ne repose sur aucun fondement sérieux, le nom tout à fait gratuit d'évérement. Parmi les remèdes tentés, tels que les inspirations de chloroforme ou l'usage d'une espèce particulière de polygala, dont un missionnaire en Chine, l'abbé Vinzot, dit avoir entendu vanter les vertus, nous n'avons absolument rien trouvé dans les nombreux écrits transmis à l'administration supérieure, qui mérite d'être signalé au comité et qui puisse modifier le pronostic désespéré auquel devra toujours donner lieu l'apparition des effrayants symptômes de la rage confirmée.

Nous avons réservé une place à part, dans ce rapport, à l'enquête spéciale à laquelle se sont livrés avec un zèle au-dessus de tout éloge les médecins sanitaires sur l'existence de la rage en Orient. A la demande du comité, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, avait bien voulu adresser aux savants distingués qui occupent les postes sanitaires du Levant, des instructions qui avaient pour objet de rechercher d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, si la rage existait ou non en Orient.

MM. les docteurs Punel, à Alexandrie, Burguières-Bey, au Caire, Suquet, à Beyrout, Gaillardot et Nicora, à Damas, et Camescasse, à Smyrne, se sont empressés de se conformer aux intentions de M. le ministre et lui ont transmis des documents authentiques et dignes du plus haut intérêt. M. Camescasse surtout a envoyé successivement plusieurs rapports très étendus et très bien faits, auxquels était joint un nombre considérable d'observations qui attestent le soin et le dévouement avec lequel cet honorable médecin a rempli la mission qui lui avait été donnée. Le comité prêtera, nous en sommes convaincu, une attention bienveillante à l'analyse rapide que nous allons faire de ces divers documents.

Il y a plusieurs années déjà, M. Amstein avait signalé l'existence de la rage à Alexandrie. Nos médecins de l'armée en avaient rencontré en Afrique. Mais ces faits restaient exceptionnels, et à Constantinople M. Fauvel constatait l'absence de la maladie. Tel était l'état de la question lorsque fut adressée, au mois d'août 1856, aux médecins sanitaires en Orient, la circulaire ministérielle qui a été le point de départ de l'enquête actuelle. Nous chercherons d'abord dans les réponses transmises par chacun d'eux, si la maladie existe réellement dans le Levant et en Orient, et ensuite si, là où elle existe, elle présente des caractères particuliers, différents de ceux qu'elle affecte parmi nous.

En *Égypte*, M. le docteur Punel, dans un rapport daté d'Alexandrie, le 17 mai 1858, cite quatre faits incontestables de rage observés en 1850, 1855, 1856 et 1857, et n'hésite pas à conclure que cette maladie existe bien en Orient, mais qu'elle y est rare et peu répandue. Telle est aussi la conclusion du rapport du 23 mars 1857, de M. Burguières-Bey, médecin sanitaire au Caire, qui rapporte trois observations, malheureusement dépourvues de détails, de rage communiquée par des chiens amenés de l'étranger et vivant à l'état de domesticité.

En *Syrie*, notre estimable et savant médecin sanitaire, M. Suquet, qui était porté à douter de l'existence de la rage, signale cependant, dans un rapport du 2 mars 1857, trois observations qui lui ont été communiquées par M. le docteur Rerles, médecin de l'office sanitaire de Latakié, qui sont des exemples non douteux de rage communiquée du chien à l'homme. Il reconnaît, en outre, qu'il existe dans le pays des familles qui passent pour posséder des spécifiques secrets contre la rage. M. le docteur Guillar, à Damas, après avoir cité un fait de rage très concluant et très bien observé, termine son rapport du 26 septembre 1856 en disant qu'il est impossible de nier l'existence de la rage en Orient : « Toutes les populations la connaissent et la redoutent, il y a dans diverses localités » des empiriques qui vendent des remèdes préservatifs, car les » Arabes aussi la regardent comme incurable. » C'est un fait que confirme M. le docteur Nicora, chargé de l'intérim du même poste sanitaire de Damas, à la date du 27 mars 1857, en transmettant les observations qu'il doit à M. Lautour, médecin sanitaire du gouvernement ottoman dans cette résidence. Ce médecin, qui habite la Turquie depuis plus de vingt-deux ans, n'a jamais eu connaissance d'un seul cas de rage, soit sur l'espèce humaine, soit sur les animaux. « Cependant, dit-il, cette maladie n'est point étrangère » dans le Levant, notamment en Syrie, puisque certains remèdes » sont connus et prônés comme spécifiques, et demeurent le secret

---

M. Mabru et à tous ceux qui se sont montrés les antagonistes ardents de Mesmer et de Puységur.

C'est dans le même esprit de philosophie critique que M. Figuier étudie successivement le phénomène des *convulsions de saint Médard*, les prodiges de la *baguette divinatoire* et l'histoire des *prophètes protestants*, à la fin du XVIIe et au commencement du XVIIIe siècle.

N'est-ce pas une chose étrange que ce surcroît de prodiges, ce débordement de merveilleux à une époque si glorieuse pour les lettres et la philosophie! Sous Louis XIV, on ajoute encore une foi robuste aux magiciens et aux sorciers : « on croit à la baguette divinatoire; on s'en rapporte aux mouvements d'un bâton fourchu pour rechercher les objets du monde physique et s'éclairer sur les choses du monde moral..... Dans le siècle de Voltaire et de l'Encyclopédie, le merveilleux résiste seul à la chute de tant de croyances jusque-là vénérées. Les miracles religieux foisonnent encore; enfin Mesmer remue toute l'Europe avec ses fantastiques baquets. »

Certes, il était temps, pour l'honneur de la raison humaine, de déchirer le voile de tant de mystères, de démasquer l'artificieuse audace des imposteurs, de dissiper les ténèbres du mysticisme, les préjugés superstitieux de l'ignorance, et de mettre un terme aussi bien aux jongleries bouffonnes de certains thaumaturges qui faisaient des dupes, qu'au zèle fougueux et sanguinaire des fanatiques qui dressaient des bûchers et immolaient des milliers de victimes.

A notre siècle était réservé l'accomplissement de cette œuvre. Sous la double influence de l'émancipation de la raison et des progrès rapides du mouvement scientifique, les arcanes du passé se dévoilent et s'expliquent, et le supernaturalisme perd tous les jours un peu de son terrain. Ce vieux et rusé Protée cherche bien encore de temps en temps à ressaisir son empire sur les esprits faibles, déguisé tantôt en table parlante, tantôt en crayon savant. A la faveur de ces travestissements, il a bien pu tromper les femmes, les enfants et quelques hommes frivoles; mais il a beau faire, les gens sérieux ne s'y laissent plus prendre comme autrefois.

Dans cet éclatant triomphe de la raison sur la superstition, de la

» et la propriété de quelques familles qui se les transmettent par » voie d'hérédité. »

Mais les observations les plus concluantes sont dues, en *Turquie*, à M. le docteur Camescasse qui, dans une série de rapports et grâce à des recherches multipliées dans lesquelles il a été utilement secondé par M. le consul général de France, est parvenu à réunir vingt-cinq cas de rage parfaitement authentiques observés tant à l'hôpital de Smyrne que dans les localités voisines.

On ne peut douter que la rage n'existe en Orient et dans le Levant; mais on doit reconnaître en même temps qu'elle y est infiniment plus rare qu'en Europe et dans la zone tempérée.

Les observations que nous ont communiquées MM. les médecins sanitaires nous montrent la rage transmise par des chiens, des chats et des loups. M. le docteur Michel, de Salie, a fait connaître à M. Camescasse le fait épouvantable d'un loup enragé qui a mordu quarante-sept personnes, dont quarante-cinq moururent de la rage, les deux autres ayant été préservées par une cautérisation immédiate faite avec le beurre d'antimoine. Des chats ont donné la rage en Égypte et en Turquie. Mais si dans ces contrées les chiens sont plus rarement exposés à la rage, tous les médecins qui ont observé en Orient s'accordent à considérer cette immunité comme l'effet de la vie libre que mènent ces animaux, et M. Burguières est porté à penser que les faits de rage observés chez l'homme proviennent le plus souvent de chiens étrangers au pays; observation qui ne saurait être généralisée et que démentent dans ce qu'elle aurait d'absolu la plupart des faits qu'ont rapportés les autres médecins sanitaires.

La maladie, du reste, a présenté dans les lieux divers qui viennent d'être cités, exactement la même marche, la même durée, les mêmes caractères, la même terminaison que dans notre climat. L'incubation que l'on pouvait supposer peut-être modifiée, s'est également renfermée dans les mêmes limites que nous avons constatées en France.

Les Académies et Sociétés savantes ont reçu depuis quelques jours plusieurs communications importantes auxquelles la longueur de l'extrait qu'on vient de lire ne nous permet pas de nous arrêter aujourd'hui; mais nous y reviendrons dans le prochain numéro. A. D.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 20 février 1860, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à trois places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues depuis le samedi 21 janvier jusqu'au samedi 4 février suivant, de une à trois heures de relevée.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DOCUMENTS SUR L'INCISION MÉDIANE DU VOILE DU PALAIS ET SUR LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS, TIRÉS DE LA PRATIQUE DE DIEFFENBACH.

Je n'écris pas cet article pour étaler un vain luxe d'érudition. Je reproduis les observations de Dieffenbach parce qu'il y a toujours intérêt à savoir ce qu'un grand maître a fait et pensé sur un sujet quelconque, et puis en raison de l'actualité, la question étant précisément pendante à la fois à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie.

Cette exhumation bibliographique a, d'ailleurs, une autre raison d'être. L'opération de Manne n'a encore été pratiquée qu'un petit nombre de fois; les observations publiées sont, pour la plupart, extrêmement incomplètes, et M. Fouilloux, dans sa thèse, n'indique qu'une douzaine de cas dont la moitié à peine offre une valeur scientifique réelle.

Dieffenbach a pratiqué souvent l'incision de Manne; il a publié dans ses différents ouvrages huit observations, dont quatre sont assez détaillées. Ce nombre n'est pas insignifiant dans l'état de pénurie où nous nous trouvons, car nous arrivons à un total de vingt observations, nombre qu'on pourrait grossir encore, si les indications qu'on trouve éparses çà et là étaient plus explicites (1).

Voyons d'abord les faits, nous nous permettrons de les commenter chemin faisant.

Obs. I. — La femme Renter, cinquante-quatre ans, éprouvait depuis cinq ans de la gêne dans la déglutition des aliments solides et dans la respiration. Attribuant ces troubles à un refroidissement négligé, elle ne s'inquiéta pas assez de son état pour consulter un médecin; mais dans l'espace d'un an, le mal s'aggrava tellement, qu'elle ne put avaler que des aliments demi-solides, et qu'elle dut respirer la bouche ouverte. Depuis cette époque, la malade accuse au cou et à la nuque des douleurs térébrantes continuelles.

Dans les années suivantes, les souffrances augmentèrent au point de ne pas laisser un moment de repos. A ces symptômes s'ajoutèrent la surdité de l'oreille droite et une tuméfaction légère de la mâchoire supérieure correspondante. Elle ne pouvait s'endormir que couchée sur ce côté, encore était-elle souvent éveillée en sursaut par des bruits semblables au tonnerre.

Cet état avait atteint le plus haut degré, lorsque je vis pour la

(1) On pourrait ajouter un cas de M. Flaubert, un autre d'Adelmann, un troisième de M. Michaux, où la division médiane s'avança assez loin en avant sur la voûte palatine. M. Roux annonce avoir incisé trois fois le voile du palais pour faciliter l'extirpation des polypes de la gorge; mais il ne donne aucun détail sur ces opérations ni sur leur résultat (*Chirurgie réparatrice*, p. 245). MM. Regnoli et Borelli ont fait la même opération, il est probable enfin que les ouvrages étrangers renferment d'autres faits qui ne me sont point encore connus.

---

science sur l'ignorance, de la vérité sur l'erreur, de la civilisation sur la barbarie, j'allais dire de l'homme sur le diable, une part immense, j'estime même la plus belle et la plus glorieuse, revient certainement à la médecine. Tandis que les magistrats, pleins de foi dans la possession, prêtent main forte aux exorcistes et aux inquisiteurs, tandis que Delancre, Jean Bodin et Boguet proclament que les sorciers, devins et magiciens doivent être brûlés vifs, sur les moindres indices et présomptions, les médecins se déclarent les protecteurs et les avocats de ces malheureux énergumènes. Dès le XVIe siècle, François Ponzinibius, détruisant une à une toutes les raisons qui servent de piédestal à la jurisprudence de son époque, ose écrire que la démonolâtrie constitue une maladie, et qu'il est atroce de brûler les visionnaires. André Alciat, Lemnius Livinius et Wier attribuent également les visions fantastiques des lycanthropes et des démonolâtres à une aberration mentale, à une disposition mélancolique, à une véhémente stimulation cérébrale; ils s'élèvent contre l'abus des cachots, des tortures et des bûchers. D'autres médecins, plus hardis encore, ne craignent pas de prendre le diable corps à corps, et de se colleter avec lui : témoin ce Marescot qui, sur le défi du Père Séraphin, exorciste, saisit à la gorge Marthe Brossier, la possédée, et la força à arrêter les gambades qu'elle exécutait pour la plus grande gloire des Capucins; témoin encore le courageux Duncan, qui se posa, dans le couvent des Ursulines de Loudun, en face des suppôts de Satan et de Laubardemont. Est-il nécessaire de rappeler les noms des Baillou, des Plater, des Lepois, des Sylvius, des Sennert, des Willis, des Bonet, des Vieussens, des Forestus, des Sauvages, des Lorry, des Tissot, des Cullen, et de tant d'autres dont les écrits ont contribué tour à tour à répandre la lumière sur les affections nerveuses? Parlerai-je de Pinel réhabilitant les aliénés, faisant tomber les chaînes de leurs mains, les tirant de leurs cachots obscurs, de leurs cellules infectes, pour les rendre à l'air, à la lumière et au mouvement? D'Esquirol, qui a continué et perfectionné l'œuvre de son illustre maître, et élevé un monument immortel à la pathologie mentale? Personne n'ignore les services que ces deux grands médecins ont rendus, et qui leur ont mérité d'être comptés au nombre des bienfaiteurs de l'humanité.

première fois la malade assise sur son séant, dans son lit, aspirant l'air par la bouche et les narines. La conjonctive était injectée, les veines du front et de la tempe dilatées. Pouls petit, faible, rapide, grand amaigrissement; c'est à grand'peine qu'un peu de nourriture fluide était avalée.

L'altération de la parole aurait fait croire qu'un corps étranger volumineux était dans la gorge. L'examen du cou et du visage ne révélait qu'un léger gonflement de la joue droite. Mais, en ouvrant la bouche, on voyait le voile du palais convexe, fortement repoussé en avant, pressant par son bord libre sur la base de la langue sans qu'on pût le refouler en haut.

Le doigt reconnaissait à travers le voile du palais et derrière lui un corps dur, mamelonné, remplissant toute la cavité de la gorge; il semblait s'insérer à la base du crâne et descendre de là, sans adhérence, dans le pharynx.

La nature du mal donnait peu d'espoir de guérison; cependant le péril pressant de la suffocation exigeait une opération prompte, comme s'il s'agissait d'extraire un corps étranger du pharynx. Je me proposais de tenter d'abord la ligature, et, en cas d'insuccès, l'extirpation. Il était déjà nuit quand je me rendis de nouveau auprès de la malade. Je la fis asseoir sur une chaise et cherchai à passer autour de la tumeur une anse de fil d'argent introduite par la narine restée libre; mais l'impossibilité de placer la ligature et un accès de suffocation qui survint forcèrent à retirer le fil au plus vite. Je débarrassai la bouche de mucosités abondantes et fendis le voile du palais en entier, depuis le bord gauche de la luette jusqu'aux os palatins.

Supposant que le voile du palais était paralysé par la distension que la tumeur lui avait fait subir depuis longtemps, je croyais que les lèvres de l'incision s'écarteraient peu. Je fus donc surpris de voir immédiatement et sous le bistouri même les deux moitiés de ce voile s'écarter comme les coulisses d'un théâtre et disparaître sous mes yeux pour me laisser voir la masse stéatomateuse grosse, dure, inégale, fortement colorée, et faisant saillie de la profondeur. A l'instant même la respiration devint plus libre et les accidents menaçants cessèrent. La parole n'était pas devenue plus confuse, car le stéatome avait pris la place du voile du palais.

Je commençai alors l'extirpation de la tumeur à l'aide du bistouri, de pinces et de ciseaux courbes. Plusieurs gros fragments furent retirés, soit par la bouche, soit par le nez, et ce ne fut qu'après un temps assez long que le passage des narines et du pharynx fut complétement libre. L'eau froide et une solution faible d'alun servirent à arrêter l'hémorrhagie, qui était très forte. La malade, épuisée et sans voix, fut placée dans son lit. Gargarismes d'eau froide, eau rougie pour boisson, potion fortifiante.

Il ne restait plus qu'à réunir le voile du palais. Il n'eût pas été rationnel d'y procéder sur-le-champ à cause de l'écoulement sanguin qui continuait, quoique médiocre, et du gonflement des parties vulnérées du pharynx, qu'on avait à craindre. Le lendemain, abstraction faite d'une grande faiblesse, la malade était dans un état supportable. Malgré l'emploi continu de l'eau froide, elle avait perdu beaucoup de sang pendant la nuit. Le bouillon et la limonade vineuse relevèrent les forces. Pouls à 90, parole tout à fait incompréhensible. On apercevait un peu mieux le voile du palais, qui pendait des deux côtés du pharynx, jusque sur la base de la langue. Les bords divisés distillaient une rosée lymphatique; la réaction était insignifiante. Le moment parut favorable. Trois fils de plomb furent placés; on fit prononcer à la malade quelques mots qui furent très compréhensibles. Bouillon, limonade.

Le jour suivant, à peu près même état, voile du palais modérément gonflé, plaie bien réunie. Au troisième jour, un fil fut desserré, puis resserré le quatrième. Au cinquième, ablation de deux fils supérieurs, le dernier fut ôté le soir. Au huitième jour, une toux violente sépara les lèvres réunies jusqu'au niveau du point de suture du milieu, et une fente persista dans la moitié de la hauteur du voile.

Six mois plus tard, l'état de la parole, de la respiration et de la déglutition était supportable; mais les douleurs dans la profondeur du cou et de la tête persistaient, l'amaigrissement et la faiblesse s'accrurent. La mort mit un terme à ces maux.

Autopsie (1). — L'arrière-gorge est partout couverte d'excroissances en partie molles, en partie dures, comme du cartilage; les cornets des fosses nasales et du maxillaire supérieur sont cariés du côté gauche; les parois postérieure et supérieure du pharynx sont dégénérées et perforées, mais les ouvertures sont remplies par la production morbide. La tumeur qui a produit tous ces désordres paraît avoir son origine à la face inférieure du crâne, surtout au côté gauche de l'occipital. Toutes les parties molles enlevées, je constatai une large ouverture à la base du crâne, qui était complétement détruite dans l'espace compris entre le trou jugulaire, l'apophyse mastoïde, le trou grand rond et la ligne demi-circulaire inférieure.

Une saillie inégale de la masse stéatomateuse pénétrait dans le crâne et avait contracté en plusieurs points des adhérences avec la dure-mère épaissie et dégénérée. Sa convexité se logeait dans le lobe inférieur du cervelet, dont elle était toutefois séparée par les membranes cérébrales soudées et dégénérées.

Le cervelet, de ce côté, était dur, sa substance médullaire de couleur jaunâtre; sauf l'état exsangue et une grande mollesse, le reste du cerveau n'offrait rien de remarquable.

Les trois premières vertèbres cervicales avaient subi des altérations analogues à celles du crâne; leurs corps avaient été en grande partie détruits par la carie, et les prolongements du tissu morbide pénétrant jusque dans la cavité du rachis, comprimaient la moelle, qui était soudée avec ses enveloppes. Le reste de l'autopsie ne montra rien autre qu'un amaigrissement extrême, tous les viscères abdominaux et thoraciques étaient pâles, atrophiés et exsangues.

(1) J'ai abrégé les détails relatifs à la staphylorrhaphie; j'en fais autant pour l'examen, *post mortem*, de la plaie du voile du palais.

Mais, entre tous les manigraphes, s'il en est un qui ait puissamment contribué de nos jours à débrouiller le chaos des folies épidémiques du moyen âge et à éclairer du flambeau de l'induction médicale les tragiques et prodigieux événements qui se sont accomplis, au nom des puissances surnaturelles, dans ces temps d'ignorance et de superstition, c'est bien le savant et modeste médecin en chef de Charenton. M. Calmeil, dans un ouvrage dont « le public ignore l'existence ou évite la lecture, » comme le dit M. Figuier, a déroulé les archives de la folie depuis le XV[e] siècle jusqu'à nos jours. Envisageant le délire sous toutes ses formes, il l'étudie au point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire. On trouve dans ce remarquable traité les descriptions des grandes épidémies vésaniques qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères, ainsi que l'exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu. Tous les faits y sont soumis à une discussion sévère et approfondie, puis, après mûr examen, ils sont appréciés et interprétés suivant les plus saines données de la science et de la raison.

M. Figuier tient très justement cet ouvrage en grande estime, et il ne dissimule pas qu'il lui a fait de nombreux emprunts. C'est qu'il est difficile, en effet, de mieux faire, de mieux dire et de mieux juger que M. Calmeil en ces matières. M. Figuier ne pouvait donc pas suivre un meilleur modèle. A l'imitation de M. Calmeil, il cherche l'explication naturelle des prétendus prodiges qu'il raconte dans les lumières fournies par la médecine; il prouve ainsi qu'il n'existe point d'agents surnaturels et que tous ces faits extraordinaires « s'expliquent avec la seule connaissance de notre organisation physiologique. »

Expliquer le merveilleux ou le nier (ce qui est équivalent, car c'est le détruire que de l'expliquer), tel est le but qu'a poursuivi M. Figuier, à l'exemple de Salverte, de Bertrand et de M. Calmeil. Son livre, par la netteté de l'exposition, par la sévérité des preuves et la solidité des arguments, mérite de trouver place à côté des ouvrages de ces auteurs éminents. Il se distingue, en outre, par des qualités de style qui en rendent la lecture facile et infiniment attrayante; on sent que M. Figuier vit dans le commerce des

L'expression de stéatome ne signifiant pas grand' chose en raison des acceptions très diverses qu'on lui a données, on ne peut savoir maintenant à quelle espèce de tumeur Dieffenbach eut affaire dans le cas actuel. La durée de la maladie, l'absence de tumeurs viscérales secondaires, l'insertion à la base du crâne, permettent de supposer qu'il s'agissait d'une production fibreuse, car ce n'est pas la première fois qu'on a noté les désordres énormes causés par ces tumeurs du côté même de la paroi crânienne. L'âge avancé de la malade serait l'objection la plus sérieuse à cette hypothèse, qui, au reste, est d'un intérêt secondaire pour le moment. Ce qu'il importe de savoir, c'est le résultat qu'a produit la division médiane du voile du palais dans l'opération susdite. Or, ce résultat a été bon, puisque après l'extraction de plusieurs fragments de la tumeur le pharynx et les narines postérieures parurent libres. Dieffenbach put croire avoir enlevé tout le mal, sans quoi il n'aurait sans doute pas fait la staphylorraphie le lendemain. Je ne veux pas dire que cette extirpation radicale eût été possible, mais seulement que le chirurgien ne songea pas tout d'abord à la récidive.

Ce premier fait est donc favorable à l'opération de Manne, comme moyen adjuvant de l'extirpation. En revanche, il milite contre la staphylorraphie immédiate.

L'observation suivante, quoique beaucoup moins détaillée, ressemble beaucoup à celle qu'on vient de lire. Il s'agit toujours de stéatome. Le voile du palais fut fendu de même, puis réuni sur-le-champ; même soulagement après l'opération, même insouciance du chirurgien vis-à-vis de la récidive, dont il s'aperçoit cependant au bout d'un an, et qu'il combat cette fois par une opération probablement inefficace, quoique le malade n'ait plus reparu.

Obs. II. — *Division du voile du palais. Extirpation d'un stéatome de l'arrière-gorge. Suture du voile du palais* (p. 231). — Willert, âgé de vingt-quatre ans, souffrait depuis des années de difficultés dans la déglutition, et à la fin s'adressa à moi. L'état était tout à fait analogue à celui du cas précédent, mais moins grave. Le voile était également refoulé en avant, et complétement immobilisé par la tumeur, qui se trouvait derrière lui. Le malade respirait avec peine, et seulement par la bouche largement ouverte. Je fendis également ici le voile tout entier avec un bistouri appliqué au bord inférieur à gauche de la luette, et en remontant jusqu'aux os palatins. La tumeur stéatomateuse cartilaginiforme fut isolée à grand'peine, tantôt avec les ciseaux, tantôt avec le bistouri. Beaucoup de gros fragments furent tordus avec la pince, quelques longs cylindres furent extraits par le nez.

L'hémorrhagie s'arrêta parfaitement, le malade se sentit très soulagé après l'opération, et j'osai tenter ici sur-le-champ la suture du voile. Je plaçai seulement trois sutures qui fermèrent complétement la fente.

Contre toute attente, aucun accident grave ne se montra. Même traitement par le froid. Le voile se cicatrisa dans l'espace de quatre jours, de façon qu'au cinquième j'enlevai les fils; une petite fente de quelques lignes resta au bord inférieur. Avant le quatorzième jour, le malade était complétement rétabli. Cependant, une année plus tard, il vint de nouveau se plaindre à moi. Une tumeur stéatomateuse s'était encore formée derrière le voile du palais, à la paroi postérieure de la gorge.

Je réussis à l'attirer en bas avec un crochet double, et à l'exciser avec des ciseaux courbes, après quoi les accidents cessèrent.

Depuis je n'ai plus entendu parler du malade.

Je trouve encore mentionnée dans la troisième observation la récidive redoutable. Cette fois, elle empêche Dieffenbach de recourir à la staphylorraphie. Il laisse donc persister la fente staphyline; mais ce n'est pas afin de poursuivre et de détruire les portions ménagées du polype, c'est dans le simple but de faciliter la respiration; le voile se réunit tout seul dans sa moitié supérieure. Le mal reparut. On le traita aussi négligemment qu'à l'origine.

Le quatrième fait prouve exactement la même chose. Je le rapporte pour faire nombre, ce qui n'est pas sans importance dans le cas actuel.

Obs. III (p. 245). — Un garçon de quinze ans, petit, mais fort, vint à la Charité avec un stéatome de la gorge qui se prolongeait dans la cavité nasale. Le voile du palais était repoussé en bas et devenu convexe. Derrière lui, on sentait une masse dure, stéatomateuse, qui s'était particulièrement développée fortement en haut.

Les amygdales étaient même très hypertrophiées, le nez gonflé, les lèvres tuméfiées; la scrofule se trahissait partout. La respiration et la déglutition étaient très difficiles, la parole incompréhensible.

La ligature de la masse morbide était inexécutable. Je fendis le voile du palais d'un bout à l'autre, après quoi j'enlevai la masse avec les ciseaux, le couteau et les pinces à polype, non sans peine. Après avoir débarrassé la gorge et les arrière-narines, je pus extraire encore beaucoup de fragments par le nez. Comme je craignais la récidive, qui se montra en effet plus tard, je laissai ouverte la fente du palais, afin que la respiration libre pût se faire par là. L'espace était devenu si étroit par le gonflement scrofuleux de toutes les parties du pharynx, que, malgré l'ablation du stéatome, la réunion du voile du palais aurait eu peu d'utilité.

Plusieurs végétations secondaires furent enlevées avec les ciseaux. Le voile du palais se cicatrisa de haut en bas presque jusqu'à moitié; la fente, qui persista, facilita cependant la respiration. L'enfant resta dans cet état; je ne l'ai pas vu plus tard.

Obs. IV (p. 246). — Un stéatome avait atteint, dans l'intervalle d'une année, un très haut degré de développement chez un homme

---

muses et qu'il trempe sa plume dans la même encre que le gracieux auteur de *Mos de Lavène*.

En publiant les deux volumes que nous signalons aujourd'hui à l'attention du lecteur, M. Figuier n'a rempli que la moitié de sa tâche; il n'a fait que l'histoire du merveilleux du XVIe au XVIIIe siècle. Et quel merveilleux, que celui dont le diable fait presque tous les frais, avec grands renforts d'exorcismes, de cachots, de chevalets et de bûchers! N'est-ce pas là ce qu'on pourrait appeler la tragédie du merveilleux? Heureusement que l'auteur nous promet de nous en donner prochainement la comédie, en trois actes : le *magnétisme animal*, les *tables parlantes* et les *esprits frappeurs*.

Dr A. Linas.

Sur la plainte de la commission de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Melun, le sieur Auroy, cultivateur, a été condamné, pour exercice illégal de la médecine, à 15 fr. d'amende, 25 fr. de dommages-intérêts et aux frais.

— A propos d'un projet de règlement qu'on élabore en ce moment au ministère de la guerre de Turquie, les élèves de l'École impériale de médecine de Constantinople, ayant cru leurs intérêts lésés, se sont livrés à des actes d'insubordination qui ont attiré sur eux des mesures sévères; les élèves n'ont pas, du reste, tardé à reconnaître l'irrégularité de leur conduite, et tout est déjà rentré dans l'ordre. (*Gaz. méd. d'Orient.*)

M. le docteur J. Ehrmann vient d'être chargé, *ad interim*, du cours de clinique interne à l'École de médecine d'Alger, pendant la durée du congé accordé au professeur titulaire, M. Pécholier.

qui m'avait été envoyé de la campagne. Il fut reçu à la Charité, où je l'opérai. Ce stéatome énorme était étendu de la base du crâne jusque dans les arrière-narines, en bas jusqu'à la gorge, et latéralement dans l'antre d'Highmore, il causait au pauvre homme une si grande dyspnée que la fente totale du voile du palais devenait nécessaire. Celui-ci même était converti en une masse lardacée. Grâce à cette fente, la résection, la torsion et le déchirement du stéatome en plusieurs morceaux furent possibles. Je tirai ainsi une si grande quantité de cette production lardacée et cartilagineuse que je fus surpris que la cavité susdite pût contenir une si grande masse. Le malade fut sur le moment même considérablement soulagé, en ce qu'il put manger et respirer. Cependant, content de cette amélioration de son état, il ne souhaita aucune opération ultérieure.

J'ai tiré les faits précédents du recueil d'observations publié par Dieffenbach (1) en 1834. Le célèbre chirurgien de Berlin n'avait pas l'habitude de citer les auteurs dont il imitait la pratique; mais il négligeait tout aussi bien de dater ses observations. On ne peut donc pas savoir à quelle époque il a pratiqué la section du voile du palais. Toujours est-il que, d'après cette première série, il ne fut pas heureux dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Il paraît avoir eu plus de succès dans la suite, si l'on s'en rapporte à un article dogmatique inséré dans son *Traité de chirurgie opératoire* (2). Nous allons extraire quelques passages de cette seconde publication.

En commençant le paragraphe intitulé : *Extirpation des polypes de la gorge, avec fente du voile du palais et staphylorrhaphie*, Dieffenbach s'exprime ainsi :

« Lorsque le polype de la gorge a atteint un volume si considérable qu'il déplace toutes les parties voisines; que le voile du palais, poussé en avant comme une mince membrane, ne peut plus ni s'élever ni s'abaisser; que le parasite a contracté de tous côtés les connexions organiques les plus intimes, et qu'on ne peut enfin introduire aucun instrument entre lui et les parties qui l'entourent, on n'a pas d'espoir de l'extirper, soit par en haut, soit par en bas. Le danger d'une mort par suffocation, toujours menaçante, augmente encore pendant l'opération, et il ne reste pas d'autre issue que de fendre le voile du palais et de faire l'extirpation du polype. Si peu porté qu'on soit à léser un organe si important et dont la restauration constitue une des opérations les plus subtiles de la chirurgie, il n'y a cependant aucun expédient plus simple, car cet acte préliminaire rend seul l'opération possible et prévient le péril de la suffocation pendant qu'on l'exécute. »

Après cette introduction, Dieffenbach décrit la manière de fendre le voile du palais et de faire l'excision du polype. Nous ne trouvons rien de particulier dans ces paragraphes. Il note seulement l'hémorrhagie violente qui accompagne ordinairement ce genre d'opérations, comme nous l'avons déjà dit et comme cela ressort de la lecture des observations détaillées. Plus loin (p. 283), il ajoute une remarque également très juste : c'est que, si l'écoulement sanguin primitif est des plus intenses, en revanche, l'hémorrhagie consécutive ne se montre presque jamais, alors même qu'on a omis la cautérisation. Aussi négligea-t-il presque toujours le tamponnement, évitant ainsi un nouveau danger de suffocation.

Dans certains cas, Dieffenbach jugea utile d'extirper seulement du premier coup quelques fragments du polype pour favoriser la respiration. Le reste, ajoute-t-il, s'enlève plus commodément plus tard. A ce propos, je rappellerai une circonstance remarquable de la première observation, c'est-à-dire la cessation presque subite de la suffocation après qu'on eut seulement divisé verticalement le voile du palais. Ce détail a son importance, car il démontre la possibilité de scinder l'opération en deux temps. Dans le premier, on fendrait le voile du palais pour faciliter la respiration, et le lendemain, je suppose, on procéderait à l'extirpation. Cette pratique aurait des avantages, si, comme dans le cas de M. Foucher, les lèvres de la plaie staphyline saignaient abondamment. C'est probablement ce fait, qui inspira à Dieffenbach l'idée de fendre le voile du palais pour remédier à la suffocation dans un cas d'un autre genre (1).

(1) *Chirurgische Erfahrungen, Dritte und Vierte Abtheilung.* Berlin, 1834, p. 236 et suiv.

(2) *Die Operative Chirurgie*, nouvelle édition, t. I, p. 280. Leipzig, 1856.

Nous trouvons ensuite quatre nouvelles observations bien moins circonstanciées que les premières, et toujours sans date. Le nom même des malades n'est pas indiqué. Nous en ferons toutefois une nouvelle série.

Obs. V. — J'extirpai par cette méthode, et en fendant préalablement le voile du palais dans toute son étendue, un énorme polype de la gorge à un jeune homme de vingt-quatre ans que cette tumeur avait rendu sourd depuis plusieurs années, et qui était même en danger d'une mort prochaine. L'hémorrhagie fut arrêtée par l'eau froide et le fer rouge. Le rétablissement de la respiration fut pour le malade un si grand bienfait qu'il croyait renaître, et que je pus sur-le-champ faire la suture du voile d'après ma méthode, à l'aide de quatre fils de plomb. La réunion se fit parfaitement, et les fils furent enlevés partie le troisième, partie le quatrième jour.

L'inflammation du voile du palais fut très minime, quoique les parties situées derrière lui aient été divisées.

Obs. VI. — Même succès pour l'extirpation d'un gros polype de la gorge chez un jeune homme de vingt-cinq ans. Le voile du palais fut complétement fendu, et réuni après. Une des sutures coupa les lèvres, et laissa à ce point une petite fente, qui fut quatre semaines plus tard ravivée et réunie par un point de suture.

Obs. VII. — Un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'un gros polype fibreux de la gorge, était menacé de mourir de faim ou de suffocation. La tumeur, partout fortement adhérente, n'était abordable d'aucun côté; elle avait la dureté du cartilage, et saignait cependant en abondance. Le voile du palais fut fendu. Le polype, saisi avec des pinces, fut extirpé avec les ciseaux. Le fer rouge fut employé hardiment, en raison de la violence de l'hémorrhagie. Enfin on fit la suture du voile.

Ce cas se termina très heureusement. Non-seulement la plaie du voile du palais guérit par première intention, mais le polype fut si bien détruit que le jeune homme se présenta à moi, plusieurs années après, dans un état florissant et sans trace de récidive.

Obs. VIII. — Dans ce cas, l'issue fut mortelle, l'opéré succomba à des accidents mal déterminés, qui ont été revus depuis en particulier chez un opéré de M. Nélaton. Un homme de cinquante ans était atteint d'un polype fibreux énorme, le plus gros que Dieffenbach ait jamais vu; il avait mis quinze ans à acquérir de telles dimensions; il remplissait le centre de la bouche et toute la partie supérieure du pharynx; il faisait saillie au-dessous du voile du palais, qui reposait sur lui en formant un pli saillant. L'opération fut des plus difficiles, et le malade fut souvent au moment de trépasser; mais il avait si grande envie de guérir qu'il supportait volontiers les incisions, les tractions, la cautérisation, car depuis quelques années il passait souvent les nuits assis sur une chaise devant une fenêtre ouverte.

(1) Je mets cette observation en note pour ne pas rompre la narration; mais je la crois digne d'être textuellement reproduite comme renfermant une indication particulière de l'incision staphyline :

Un jeune homme tenta de se suicider en se tirant dans la bouche un coup de pistolet chargé de petit plomb. Il n'atteignit pas son but, au moins pour le moment. Les parties internes de la bouche furent brûlées; les lèvres, la langue, la partie inférieure du palais furent déchirées, et le gonflement inflammatoire, qui se déclara bientôt, empêcha presque complétement le passage de l'air; le blessé, qui était sans connaissance, se trouvait en danger de suffoquer. En ouvrant la bouche, on reconnaissait facilement la cause de l'obstacle. Dieffenbach fendit complétement le voile du palais sur la ligne médiane, ce qui amena sur-le-champ un grand soulagement. L'écoulement sanguin provenant des bords de l'incision y contribua également beaucoup.

Le malade mourut le lendemain, et l'autopsie montra plusieurs fissures et la base du crâne avec un grand épanchement sanguin dans le même lieu, (*Chirurgische Erfahrungen*, 3e et 4e parties, p. 246.)

Quatorze jours après l'opération, cet homme mourut d'une fièvre nerveuse.

Ce n'est pas, du reste, le seul insuccès que Dieffenbach ait eu à enregistrer ; il s'en explique franchement dans le paragraphe suivant : « Si je rapporte ici, dit-il, seulement quelques cas heureux, je ne dois pas dissimuler qu'après les opérations les plus laborieuses et paraissant couronnées de succès, la récidive a eu lieu *le plus souvent* (öfter) ; que j'ai dû rétablir, à l'aide d'éponge préparée et de grosses sondes élastiques, la communication entre les cavités nasale et pharyngienne, communication interrompue de nouveau par les excroissances secondaires ; et qu'enfin j'ai dû, le plus souvent, répéter l'opération.

» Chez un malade, l'autopsie montra une carie de la base du crâne. Chez un autre, la même lésion siégeait à l'atlas et à l'apophyse odontoïde. »

Cet aveu de Dieffenbach est précieux, et quoiqu'il n'ait pas jugé à propos de nous rapporter avec détails tous les faits de sa pratique, on peut, en s'en rapportant seulement aux observations que nous venons de reproduire, se faire une idée assez nette des résultats qu'il a obtenus. Il faut convenir qu'ils ne sont pas brillants. Dans la première série, sur quatre opérations nous trouvons trois récidives avérées, et une extirpation restée incomplète. Dans la seconde série, nous comptons deux opérés qui sont donnés comme guéris, mais sur le sort desquels nous restons sans renseignements ultérieurs ; un cas de mort, et enfin une cure radicale constatée. Mais il est bon de faire remarquer qu'en raison de l'hémorrhagie primitive violente on cautérisa énergiquement le point opéré avec le fer rouge. Soit dit en passant, cette observation reste intéressante, parce qu'elle prouve que l'opération de Manne, suivie de l'excision, puis de la cautérisation immédiate, peut procurer une guérison radicale. La chose est assez exceptionnelle pour qu'on y insiste.

Dans tous les autres cas, le traitement consécutif était ou nul ou tout à fait insignifiant. Nul quand on faisait la réunion immédiate du voile du palais par la suture, insignifiant quand on différait cette opération complémentaire. « Le traitement local, dit l'auteur, consiste, dans les premiers jours, en injections et en inspirations d'eau froide, d'une solution faible d'alun lorsqu'un léger saignement persiste. L'alimentation se compose de gelées, de gruau ; lorsque la suppuration est établie, on injecte l'infusion de sureau, puis de camomille ; lorsqu'on veut diminuer la sécrétion et favoriser la cautérisation, on emploie l'extrait de saturne, et enfin des attouchements avec une préparation de plomb. »

On conçoit sans peine qu'avec de tels moyens la récidive avait beau jeu. Je ne trouve qu'un petit passage perdu dans un autre chapitre où il soit fait mention de moyens plus sérieux : c'est à propos de la suture du voile du palais en général (1).

Après avoir parlé de la ressource qu'offre la division du voile pour l'extirpation des polypes du pharynx, Dieffenbach ajoute : « Tantôt, quand l'opération a été rapidement terminée, que la voie est libre, et que le malade n'est pas très épuisé, on pourra réunir sur-le-champ le voile du palais ; mais lorsque la voie n'est pas débarrassée, à cause de l'épaississement des tissus et des excroissances qui existent encore, la répétition de l'opération est imminente, et le but principal de l'opération est de rendre la respiration facile. Dans ce cas, on ne doit pas faire la suture, mais on doit attendre la fin de l'extirpation de la tumeur, *parce qu'à la faveur de la fente on peut appliquer commodément les médicaments astringents et destructeurs*. On ne fera la suture que lorsque le malade sera guéri de ses grandes souffrances.

Dieffenbach, comme nous l'avons déjà enseigné dans un précédent article, avait déjà imaginé la boutonnière staphyline pour les cas où le polype était peu volumineux, et dans le but essentiel de rendre la staphylorraphie plus facile et plus assurée.

Nous n'y reviendrons pas. Nous reproduirons seulement un court passage où l'incision complète du voile du palais est indiquée comme opération préliminaire destinée à favoriser la ligature. Voici ce passage : « La division du voile du palais a été aussi pratiquée par Zang et Horetz pour appliquer la ligature. » Dieffenbach n'approuve pas ce procédé ; il pense que si l'on fait tant que de fendre le palais, il vaut mieux faire l'extirpation que la ligature, parce que d'ailleurs, dans ce dernier procédé, le voile resterait non réuni jusqu'à la chute du polype (1). Nous avons d'ailleurs des faits qui nous portent à conclure dans le même sens. Ansiaux lui aussi, après avoir incisé le voile du palais, tenta vainement de passer un fil autour de la tumeur (2). C'est également dans le but de favoriser l'emploi de la ligature que Flaubert père incisa la voûte palatine et le voile du palais chez le malade auquel M. Flaubert fils enleva le maxillaire supérieur pour une troisième récidive (3).

L'extrait détaillé que je viens de donner suffira bien pour donner un aperçu de la pratique de Dieffenbach dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Je m'arrêterai donc ici ; mais je ne puis, après m'être permis toutefois, résister au désir d'ajouter quelques courtes réflexions.

Si l'on veut bien se reporter aux considérants qui décidaient Dieffenbach à conseiller l'incision du voile du palais, on verra que le chirurgien de Berlin n'admettait cette opération préliminaire qu'à titre de ressource tout à fait exceptionnelle, lorsque le volume, les adhérences et les accidents du polype étaient également exceptionnels. Dans les circonstances ordinaires, il recommande encore l'arrachement, la torsion, l'excision simple, la ligature, en un mot toutes les méthodes usuelles et classiques. Il cite un seul cas où il réussit à guérir par l'excision simple un jeune homme de dix-huit ans qu'un volumineux polype fibreux de la gorge tourmentait depuis plusieurs années au point de rendre la mort menaçante (p. 279). Quant à la ligature, il ne la croit possible que lorsque le polype est pédiculé (p. 284), cas qu'il considère comme très rare, comme l'atteste le passage suivant : « Ce qui m'a toujours paru surprenant dans ces polypes de la gorge, c'est l'existence si rare du pédicule, et cependant on croirait, en lisant les mémoires et les traités sur ces polypes et leur traitement, qu'ils sont presque tous pédiculés, et qu'ils ne sont fortement adhérents que par une rare exception, ce que prouve les nombreux procédés de ligature, qui se rapportent tous à des tumeurs pédiculées. »

Ce que je me permettrai de traduire par cette proposition : *la ligature est une excellente méthode quand elle est praticable, ce qui par malheur n'a presque jamais lieu*. Telle est la conclusion à laquelle on arrive tout naturellement sans avoir une perspicacité spéciale, à la seule condition de soumettre à une critique sérieuse ce qui a été publié sur ce sujet.

En effet, si l'on étudie les articles et les traités classiques que nous avons en France, on trouve de nombreuses pages consacrées surtout à la description somnifère de la ligature, avec ses cinquante procédés et ses cinquante instruments, tandis que les opérations préliminaires de Manne, de Flaubert sont ou passées sous silence, ou à peine mentionnées, ou jugées à la légère, ou appréciées sans une connaissance suffisante du sujet. Quiconque veut se mettre au courant doit compulser çà et là des thèses, des mémoires, des articles de journaux, des observations éparses, et chercher laborieusement

(1) Même volume, chap. XXXVII, p. 447, § 3, intitulé : *Spaltung und Wiedervereinigung des Gaumensegels*.

(1) En citant Zang et Horetz, Dieffenbach ne donne pas d'indications bibliographiques ; je n'ai donc pu recourir aux sources originales. Je le regrette d'autant plus que j'aurais pu grossir le nombre des cas où la fente du voile du palais a été pratiquée.

(2) L'observation d'Ansiaux n'est pas assez connue. Elle est importante surtout sous ce rapport que la division du voile du palais ne servit guère à l'extirpation, qui ne put être faite : elle permit seulement d'aborder le polype, qui fut détruit peu à peu et lentement avec le fer rouge. « *Après la vingtième séance* de cautérisation, il ne resta plus rien d'apparent de cette énorme tumeur. » Le malade parait avoir été revu longtemps après : la guérison ne s'était pas démentie (N. Ansiaux fils, *Clinique chirurgicale*, p. 137 et suiv., Liége, 1816). On pourrait rapprocher ce fait de la septième observation de Dieffenbach. On voit que l'idée de détruire la plus grande partie du polype par des opérations consécutives est déjà ancienne et que l'excision extemporanée n'est pas absolument nécessaire. Dans ces cas, l'opération préliminaire est surtout destinée à faciliter la cautérisation. M. Ad. Richard, qui se préoccupe à bon droit de l'hémorrhagie excessive qui accompagne l'excision des polypes naso-pharyngiens, a adopté une pratique analogue à celle d'Ansiaux, c'est-à-dire qu'il fait jouer le rôle principal aux caustiques dans l'ablation de la tumeur. C'est une idée qui n'est point à dédaigner, surtout si l'on opérait sur des malades déjà exsangues ou épuisés par une cause quelconque.

(3) *Archives générales de médecine*, août 1840.

dans ces fragments les éléments de la question. Je n'ai qu'une exception à signaler en faveur du *Compendium de chirurgie*, dont l'article, quoique bon à consulter, est loin d'échapper aux objections précitées (1).

On se tromperait singulièrement si l'on jugeait de l'état actuel de la pratique par cette littérature dogmatique, car on peut dire qu'au jour actuel la chirurgie a non-seulement progressé, mais encore a changé tout à fait de direction. Si ingénieux que soient les procédés de ligature, et si grande que soit la place qu'ils occupent encore dans les livres, on peut considérer la méthode comme à peu près abandonnée et détrônée par l'extirpation. A la vérité, celle-ci n'est plus l'excision ancienne, qui détruisait tant bien que mal les parties accessibles de la tumeur. Elle est devenue à la fois plus facile et plus efficace, grâce aux opérations préliminaires qui conduisent au pédicule et à l'adjonction d'une autre méthode tout à fait insuffisante par elle-même. Je veux parler de la cautérisation.

Cette transformation radicale dans le traitement des polypes de la base du crâne est aussi intéressante qu'évidente. Ce n'est pas sans raison que la ligature, opération non sanglante, est remplacée par l'extirpation, terrible par elle-même, compliquée du sacrifice ou au moins de la mutilation de parties ou de régions importantes, et cela surtout, remarquons-le bien, à une époque où, sur tant d'autres points, la chirurgie sanglante perd chaque jour du terrain.

En fouillant les livres, en lisant avec soin les observations, en un mot en consacrant quelques heures à un pur travail d'érudition, on arrive sans trop de peine à trouver les causes de cette petite révolution. L'article présent n'étant guère destiné qu'à l'histoire rétrospective, je remets à une autre occasion l'examen de l'état actuel de la science sur la question, et la recherche des étapes du progrès dont nous pouvons profiter aujourd'hui.

AR. VERNEUIL.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Il n'a été fait dans cette séance aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 7 janvier courant, qui autorise l'Académie à accepter la donation éventuelle faite par M. le docteur *Moulin* d'une rente annuelle de 1,500 fr., suivant les conditions énoncées dans l'acte de donation.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics envoie un certain nombre de rapports d'épidémies adressés par MM. les docteurs *Yvonneau* (de Blois), *Philbert* (de Baigneville), *Dusouit* (de Melle) et *Bassard* (de Saumur). (*Commission des épidémies.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. *Delfraysse* (de Pradiucs) sur un nouveau procédé pour pratiquer l'*hypnotisme. (Commission de l'hypnotisme.)* — *b.* Un mémoire sur une méthode opératoire propre à amputer l'omoplate en respectant le moignon de l'épaule et conservant les mouvements du bras, par M. *Pétrequin* (de Lyon). (*Comm.:* MM. Jobert, Velpeau et Denonvilliers.) — *c.* Une nouvelle communication de M. *Mathieu*, fabricant d'instruments, sur les *bras artificiels.* (*Comm.:* MM. Jobert, Velpeau, Gavarret, Larrey, Huguier, Bouvier.)

Lectures et rapports.

PHILOSOPHIE MÉDICALE. — M. *Ferrus*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Baillarger* et *Falret*, lit un rapport sur le mémoire de M. *Voisin* ayant pour titre : *Analyse de l'entendement humain.*

« Notre confrère, M. le docteur Voisin, dit M. Ferrus, est venu de nouveau entretenir l'Académie de la manière dont il considère les aptitudes et les facultés de l'homme, et de l'importance qu'il attache à faire prévaloir cette notion si conforme à la pensée religieuse et à la morale, que chacune de ces diverses facultés lui a été donnée en vue d'une bonne fin par le Créateur.

» Il adopte et soutient l'opinion exprimée par de nombreux philosophes, que l'homme doué de l'immense et spécial avantage d'avoir une liberté pour régler ses actes, peut et doit tourner au bien les penchants purement individuels, et par conséquent inférieurs, qu'il partage avec le reste de l'animalité.

» Cette vérité ne saurait être méconnue par l'observateur attentif; mais elle n'est point assez généralement appréciée; elle n'est point encore tombée dans le domaine commun; l'ignorance où l'on se maintient à cet égard enlève de précieuses clartés à la connaissance parfaite de l'humanité, et, en ne tenant point ainsi un compte suffisant du concours d'action que les aptitudes se prêtent réciproquement, elle met obstacle à des pratiques propres à favoriser le développement des hautes facultés, dont, par une exception qui fait sa grandeur, l'homme a reçu le privilége exclusif.

» C'est là une entrave majeure pour l'éducation générale, pour ses conquêtes et ses progrès.

» Appelés de nos jours, par un sentiment mieux compris du véritable horizon de leur science, à s'occuper, au même titre que de tous les autres fonctionnements de l'économie, des facultés intellectuelles et des principes moraux de l'humanité, les physiologistes doivent diriger leurs efforts dans un sens favorable à cette donnée fondamentale. A plus forte raison encore les médecins aliénistes sont-ils intéressés à la reconnaître pour échapper à la triste surprise et aux conséquences amères qu'ils peuvent éprouver en trouvant les malades qu'on leur confie si souvent livrés à des penchants désordonnés et brutaux. Ils sauront alors faire cette distinction importante, que si les hommes à l'état sain manifestent parfois, comme les aliénés, ces incitations basses et vulgaires, ils possèdent en même temps la puissance de les combattre, de les dominer, de leur trouver une destination en soi profitable, de les utiliser enfin au profit de leurs jouissances légitimes, et sans aucun préjudice social.

» Ce même aperçu, qui relève l'homme physiologique à ses propres yeux, relève en même temps l'aliéné de sa déchéance; car il ne montre plus en lui un être naturellement et sciemment pervers, un réprouvé dont la pitié s'écarte, mais un blessé que la société et la science ont mission de secourir et de protéger. »

Après avoir cité de nombreux passages du mémoire de M. Voisin, M. le rapporteur apprécie en ces termes le caractère général de ce travail.

« C'est, on le voit, avec une pénétrante conviction que M. Voisin expose des vues qui ont ce double mérite d'être à la fois scientifiques et ennoblissantes pour l'espèce humaine. Ce thème, qui consiste à voir dans l'ensemble des facultés une résultante nécessairement favorable, si chacune reçoit la direction qu'elle appelle, a exercé les méditations de philosophes illustres. Socrate, Aristote, Kant, Reid ont montré que la nature n'a rien fait d'inutile et de

(1) *Compendium de chirurgie*, t. III, 11e livraison, p. 77, 1852. On y trouve la reproduction de la thèse de M. Gosselin (concours de médecine opératoire, 1850), avec quelques additions dictées par les progrès de la science. Celle-ci depuis a marché encore en avant.

Consultez, pour les classiques : Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, édit. Philippe Boyer, 1846, t. V, p. 86; A. Bérard, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XXI, p. 110, art. NEZ; Vidal, *Traité de pathologie externe*, t. III, p. 455 et 622, édit. 1851; Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édit., t. III, p. 597, 1839. Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, 1847; t. III, 1854, etc. : ne renferme pas un mot des polypes naso-pharyngiens.

Parmi les documents modernes, je citerai, outre le *Compendium de chirurgie* et la thèse de M. Gosselin, Flaubert, *Archives générales de médecine*, 1840; les thèses de MM. Botrel, Ferrier, d'Ornellas, Vauthier, Beuf, élèves de M. Nélaton; l'excellente dissertation historique de M. Fouilloux; le très remarquable mémoire de M. Michaux (de Louvain), *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*. t. XII, n° 5, 1853; — cet auteur renvoie à ses premières publications, qui datent de 1847 et 1848; — enfin les *Bulletins de la Société de chirurgie*, où l'on trouve, outre des faits nombreux, des discussions très intéressantes (voy. t. I, II, IV, V et VIII). C'est là en particulier que sont consignés les faits et les opinions de MM. Robert, Maisonneuve, Huguier, etc.

décousu, n'a rien créé pour le néant; mais si la loi morale est sortie lumineuse de ces beaux travaux et de ces grandes doctrines, elle n'a jamais trouvé de disciple plus fervent ni d'interprète plus convaincu.

» Votre commission vous propose, messieurs :

» 1° D'adresser des remercîments à M. Voisin pour son importante communication, et d'encourager ainsi ses persévérants efforts pour les progrès de la science;

» 2° De lui tenir compte de ce précédent, et de lui réserver votre bienveillance s'il avait jamais à réclamer vos suffrages. » (*Adopté.*)

Vaccine. — M. *Depaul* donne lecture d'un fragment du rapport officiel qu'il a adressé à M. le ministre de l'agriculture au nom de la commission de vaccine.

Dans cette partie de son travail, consacrée à l'origine du virus vaccin, il étudie la question de savoir si le cowpox dérive des eaux aux jambes du cheval, ainsi que le croyait Jenner, ou si ces deux maladies sont indépendantes. Il expose les résultats des expériences auxquelles il s'est livré sur ce sujet avec le concours de MM. Leblanc et Reynal.

Ces résultats ont été constamment négatifs.

« Sans croire, dit M. Depaul, la question définitivement jugée, nous pensons que, jusqu'à nouvel ordre, il est permis de supposer ou bien que quelque erreur s'est glissée dans les faits qui sont contraires aux nôtres, ou bien que ce n'est pas dans la maladie connue sous le nom d'*eaux aux jambes* qu'il faut chercher l'origine du liquide qui engendre le vaccin. »

Présentation.

Chirurgie. — M. *Robert* présente un jeune homme auquel il a enlevé, au mois d'avril 1850, un polype naso-pharyngien, à prolongements multiples, après avoir fait préalablement la résection du maxillaire supérieur. La face du malade n'est point défigurée, et le polype ne s'est pas reproduit.

A l'occasion de ce fait, M. Robert discute la question de savoir si, après l'excision des polypes naso-pharyngiens, il convient d'en détruire les derniers restes à l'aide de cautérisations répétées ou si l'on doit se contenter de la simple ablation. M. Robert cite quatre observations qui lui sont personnelles et dont le résultat constamment favorable semble justifier la seconde manière de faire, tandis que sur plusieurs opérations pratiquées suivant le premier procédé, par M. Nélaton, on compte quelques revers.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 20 JANVIER 1860.

Rapport sur le premier volume des *Œuvres de Sthal*, par M. le docteur de Langenhagen.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques, par M. le docteur Lamare-Picquot, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur.

M. Lamare-Picquot pense que le traitement dit *rationnel* de la congestion apoplectique, appliqué généralement de nos jours, a l'inconvénient d'être dirigé contre les symptômes plutôt que contre la cause de la maladie. Antérieurement à la production des symptômes actifs de la congestion apoplectique, dit-il, il se passe une série de circonstances et de phénomènes qui la préparent et la déterminent. Cette cause première lui a paru se manifester toujours en même temps que l'on s'aperçoit d'un embarras à la tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, etc. Dans ces circonstances, si le mal est assez prononcé pour que l'on ait recours à la saignée; il a observé « que, *chez tous les sujets*, l'élément cruorique du sang (les globules) dépasse de beaucoup celui du sérum. » Il a rencontré quelques sujets ayant des phénomènes de congestion apoplectique très prononcés, chez qui le sang donnait pour résultat 75 parties pour 100 de cruor, et quelquefois plus encore. « Or, ajoute-t-il, toutes les fois que le cruor dépasse 54 pour 100, il se manifeste dans l'organisme quelques signes congestifs vers le cerveau. »

La saignée devient alors un moyen de soulagement momentané; mais elle ne remédie nullement d'une manière durable à la prédominance du cruor sur le sérum. Le médicament par excellence, pour opérer cette modification utile, est la solution d'acide arsénieux. Ce médicament, doué d'une action hyposthénisante remarquable, rétablit en peu de temps l'équilibre entre le cruor et le sérum. Le fait est bien facile à vérifier, si, après trente ou quarante jours de l'emploi de la médication arsenicale, on pratique une saignée exploratrice de 40 grammes.

Lorsque l'économie ne présente que de légers symptômes généraux de congestion cérébrale, l'acide arsénieux, à la dose de quelques milligrammes, pris en solution dans la boisson des repas, suffit pour les arrêter. Toutefois, il faut un certain délai pour que la transformation voulue s'opère dans les éléments du sang. Un mois suffit habituellement pour obtenir quelques résultats; mais pour arriver à l'état normal, il est nécessaire de continuer l'usage du médicament plus longtemps.

Dans les cas plus graves, on peut, sans crainte aucune, augmenter la dose de l'acide arsénieux : « Je l'ai, dit l'auteur, portée sur moi-même jusqu'à 15 milligrammes par jour et pendant plusieurs mois. C'est un fait remarquable, que plus l'excitation cérébrale est manifeste et puissante, mieux l'organisme tolère la médication. »

Depuis quelques années, M. Lamare-Picquot emploie, de préférence à l'acide arsénieux, l'arséniate de soude. Il n'a recours à la saignée que dans les cas très graves. « J'en suis aujourd'hui, dit-il, au vingt-troisième fait de guérison pour des cas primitifs, et si j'y joins les faits de récidive, chez des sujets prédisposés, par état constitutionnel, à ces retours offensifs, je grouperai quarante-trois ou quarante-quatre faits, sans qu'il soit advenu dans ma clientèle un seul cas de mort par apoplexie. »

Il est nécessaire d'ajouter qu'une catégorie importante de faits se trouve exclue de ce relevé : ce sont les congestions apoplectiques des sujets très avancés en âge et très débiles, parce que M. Lamare-Picquot pense que, chez eux, les organes parenchymateux pourraient, sous l'influence des pertes de sang et d'un agent très hyposthénisant, passer à un état d'hyperémie, et que cette nouvelle gêne pourrait terminer la vie par une congestion séreuse. « D'ailleurs, ajoute l'auteur, comme il faut que l'homme sorte de la vie par une porte quelconque, je n'ai jamais essayé de ce moyen chez les vieillards débiles frappés d'apoplexie. « (*Bulletin de thérapeutique*, 30 septembre et 15 octobre 1859.)

Albinisme accidentel et partiel chez des nègres, par MM. Newson et Dowler.

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. L'histoire suivante, racontée très brièvement par le docteur Newson, en est un exemple.

Obs. — Il s'agit d'un nègre âgé de trente-quatre ans, habitant le comté de Franklin, État du Mississipi. A la suite d'une maladie grave qu'il fit il y a trois ans environ, il resta alité pendant quatre mois. *Toute sa peau tomba* (?), ne laissant que les chairs et les os. Peu de temps après, la peau se reproduisit et recouvrit bientôt le corps. Il avait perdu également les cheveux et les ongles. Aujourd'hui, il est en parfaite santé, mais toute la surface du corps est bigarrée de taches blanches et noires de toutes dimensions. Il en est de même de ses cheveux, qui sont blancs dans quelques endroits, noirs dans d'autres.

L'explication de ce fait est d'autant plus embarrassante, que l'on ne sait pas en réalité s'il s'agissait d'une destruction de la peau dans

toute son épaisseur, ou seulement d'une desquamation très étendue et en lambeaux épidermiques considérables. Dans la première hypothèse, qui n'est guère admissible, on comprendrait, à la rigueur, qu'un tissu cicatriciel se soit produit dans certains endroits, et que le *rete mucosum* de Malpighi ne s'étant pas régénéré dans ces points, le pigment, qui occupe les parties profondes de cette couche ait fait défaut. Il est de règle, à la vérité, que les cicatrices cutanées des nègres aient une coloration noire, souvent même plus foncée que celle de la peau normale. Cependant, dans quelques cas, le pigment manque, et J. Hunter, par exemple, rapporte l'histoire d'un nègre qui portait une cicatrice blanche à la jambe, consécutive à un ulcère qui s'y était formé à un âge peu avancé du sujet.

Toutefois, cette explication ne s'appliquerait point à la décoloration des cheveux. Sans avoir la prétention de donner une interprétation physiologique du phénomène, on peut rapprocher de l'observation de M. Newson un certain nombre de faits analogues qui ne manquent pas d'intérêt pour l'histoire générale de l'albinisme. C'est ainsi que M. J.-C. Hutchinson a publié (*American Journal of Medical Science*, janvier 1852) l'histoire d'un esclave nommé Jo, qui était complétement noir jusqu'à l'âge de douze ans ; il commença alors à blanchir çà et là, et ce changement de coloration revint de plus en plus complet, si bien qu'au bout de dix ans sa peau avait absolument l'aspect propre à la race caucasienne. Cet esclave avait perdu en même temps le sens de l'olfaction, mais il n'avait pas fait d'autre maladie qui parût être en rapport avec la décoloration de la peau.

L'*Æsculapian Register* a publié un fait assez semblable à celui qui précède. Le sujet de cette observation est un nommé Tom Clinton, âgé de soixante ans environ, né de parents noirs, originaires d'Afrique. Il avait été noir comme eux jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans. Un tache blanche se montra alors à un doigt, près de l'ongle. Au bout de quinze mois, elle avait envahi toute l'extrémité supérieure correspondante. Actuellement, sur les neuf dixièmes environ de la surface du corps, sa peau est blanche et lisse. Ses cheveux grisonnants sont encore crépus. Il jouit d'une santé excellente, il transpire facilement, mais il n'exhale pas l'odeur rance particulière à sa race. Il a douze enfants robustes, tous noirs comme du jais.

Un changement de coloration du même genre a encore été décrit par M. Brown, dans les *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg;* il s'opéra graduellement et progressivement, et au bout de dix-huit mois les extrémités et la tête avaient la couleur propre aux races blanches ; le thorax, l'abdomen et le dos étaient bigarrés et continuaient à se décolorer.

M. Jefferson, qui a vu en Virginie un certain nombre d'albinos, donne (*Jefferson's Works*, VIII, 318-19) les détails suivants, sur sept cas de ce genre : La coloration de tous ces sujets est d'un blanc mat, cadavérique, uniforme, nullement rosée ; leurs cheveux, crépus comme ceux des nègres, sont blancs, épais et courts. Ils sont tous bien bâtis, forts et bien portants, et tous issus de race éthiopienne pure. Parmi ces sept albinos, il y a trois sœurs appartenant à des parents dont les deux autres filles sont complétement noires. Deux d'entre elles, mariées à des nègres, ont des enfants noirs. Une autre, née de parents nègres qui avaient en outre trois enfants noirs, a épousé un nègre et donné le jour à un enfant albino. Une autre, mariée à un nègre, a un enfant noir. Dans les sept albinos en question, M. Jefferson ne compte qu'un seul homme ; chez tous, les yeux présentent les caractères habituels.

M. Jefferson a connu, en outre, un nègre né de parents de même couleur, chez lequel une tache blanche apparut au menton, dans son enfance, et s'agrandit ensuite progressivement jusqu'à ce qu'il eût atteint l'âge adulte ; elle occupait alors le menton, les lèvres, et, d'un côté seulement, la joue, la mâchoire inférieure et le cou. Elle avait la couleur mate, nullement rosée, des albinos et restait stationnaire depuis plusieurs années, quand M. Jefferson vit le sujet, qui n'avait d'ailleurs jamais présenté aucun symptôme morbide de quelque importance. (*New Orleans Medical and Surgical Journal*, n° 5, 1859.)

Les exemples de nègres *pies* ne sont, comme on sait, pas très rares. Blumenbach déjà en avait fait connaître un. Il semble cependant que, dans la plupart des cas, cet état particulier de la peau était congénital, et les décolorations accidentelles sont de très rares exceptions. Il est d'ailleurs difficile de dire, pour les quatre observation réunies par M. Dowler, comme pour celle de M. Newson, s'il s'agissait d'un véritable albinisme partiel (simple changement de coloration) ou de la formation d'un tissu cicatriciel, comme dans le *vitiligo* des races blanches, qui peuvent au reste être atteintes d'albinisme partiel, aussi bien que la race éthiopienne. (Voir à ce sujet un travail intéressant de M. de Bærensprung : *Ueber Vitiligo und Albinismus partialis* (*Deutsche Klinik*, 1854).

Résumé statistique de 61 ovariotomies entreprises ou exécutées en Allemagne, par M. G. Simon.

Sur 61 femmes chez lesquelles l'opération fut achevée, ou seulement commencée, 44 succombèrent peu de temps après l'opération.

Cinq fois l'opération ne procura pas d'amélioration, ou seulement un mieux passager ; il n'y eut que 12 guérisons.

L'opération ne put être terminée que 44 fois. Sur ce nombre, il y eut 32 morts par l'opération seule ; une malade, à laquelle on avait enlevé un kyste multiloculaire et colloïde, succomba, huit mois plus tard, à des productions cancéreuses dans le pancréas, les ganglions lymphatiques et les poumons ; enfin 11 fois on obtint une guérison radicale.

L'opération resta incomplète dans 15 cas, parce que les tumeurs avaient contracté des adhérences intimes avec les parties voisines ; 11 de ces malades moururent immédiatement ; chez les autres, l'opération resta sans avantage ou ne produisit qu'une amélioration passagère.

Dans 2 cas il y avait eu erreur de diagnostic ; il y eut une mort et une guérison.

Les statistiques publiées antérieurement étaient moins désastreuses. D'après les chiffres de M. Frölich, l'ovariotomie serait plus grave que l'opération césarienne, pour laquelle la mortalité est de 63 pour 100 d'après Kaiser, et de 2 pour 3 suivant d'autres auteurs. (*Scanzoni's Beiträge zur Geburtskunde*, t. III.)

Nous avons publié en 1856 (p. 788) un relevé de M. Fock qui porte sur un nombre d'ovariotomies plus considérable que celui de M. Simon, et qui donne une mortalité de 120 sur 292, plus 52 récidives. Il résulterait en apparence de ce rapprochement que l'ovariotomie a donné ses résultats les plus déplorables en Allemagne ; mais il y a toute raison de penser que cette différence tient à quelque circonstance accidentelle, telle, par exemple, que la publicité donnée indifféremment aux insuccès comme aux réussites. Quoi qu'il en soit, les derniers relevés anglais sont loin d'être aussi effrayants que celui de M. Simon, et M. Barnes même n'a pas craint d'avancer récemment à une des Sociétés médicales de Londres que non-seulement on est autorisé à pratiquer l'ovariotomie, mais encore que c'est un devoir sérieux de recommander une opération capable, selon son expression, de sauver les jours de 200 malades sur 300 atteintes d'hydropisie enkystée de l'ovaire, et que ce serait déserter leur cause que de leur refuser ce bienfait. (*Lancet*, juillet 1858.) Nous ferons remarquer que les relevés de M. Barnes ne portent que sur 103 cas (Statistique de R. Lee, et 21 cas publiés depuis), et auxquels il faudrait précisément ajouter les 61 cas de M. Simon. M. Barnes ne connaissait d'ailleurs pas la statistique de M. Fock, la plus considérable de toutes, et qui reste bien loin de 200 guérisons sur 300.

Emploi médical du saccharate de chaux, par M. le docteur J. Cleland.

L'auteur propose de substituer le saccharate de chaux sesquibasique à l'eau de chaux, qui ne contient en dissolution qu'une proportion minime de chaux, et qu'il faut administrer à des doses énormes, fatigantes pour des estomacs débiles. Le saccharate de chaux est, au contraire, très soluble, et, par suite, d'un emploi plus commode. D'après M. Cleland, il aurait, en outre, des propriétés thérapeutiques très supérieures à celles de la chaux ; en

tant que médicament alcalin, il est aussi énergique que ceux que l'on emploie habituellement, mais il a sur eux l'avantage de ne pas entraver les fonctions digestives. Le saccharate de chaux est, au contraire, un tonique énergique pour les organes digestifs, préférable aux toniques du règne végétal, dans les cas de dyspepsie opiniâtre. Il ne convient pas seulement dans les cas où la sécrétion du suc gastrique est plus abondante qu'à l'état normal, mais aussi dans ceux où cette sécrétion est diminuée. C'est surtout chez des sujets goutteux qu'il paraît agir avantageusement. Loin de produire la constipation, il active les évacuations alvines, et suffit souvent à lui seul pour faire cesser la constipation opiniâtre qui accompagne certaines dyspepsies. Dans un cas seulement M. Cleland l'a vu produire un effet purgatif très intense. Il s'en est servi, par contre, avec un succès complet dans certaines diarrhées liées à des troubles de la digestion.

Le saccharate de chaux ne doit pas être pris le matin à jeun, parce qu'il donne alors facilement lieu à des nausées; il faut l'administrer après les repas. M. Cleland le donne à la dose de 1 à 3 grammes dans un verre d'eau deux à trois fois par jour. (*Edinburgh Medical Journal*, août 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, par W. de Scanzoni, professeur d'accouchement et de gynécologie à l'Université de Würzbourg, traduit de l'allemand et annoté sous les yeux de l'auteur par les docteurs H. Dor et A. Socin; 1 vol. in-8, chez J.-B. Baillière et fils. Paris, 1858.

Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par L.-A. Becquerel, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; 2 vol. in-8, avec atlas de 18 planches, chez Germer Baillière. Paris, 1859.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par Aug. Nonat, médecin de la Charité, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, etc.; 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte, chez Adrien Delahaye. Paris, 1860.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par le docteur A. Gauchet et revues par l'auteur; en cours de publication chez Labé, éditeur.

Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines, par le docteur B. Dunal, broch. in-8 de 176 pages. Paris, Victor Masson.

S'il était encore aujourd'hui nécessaire de montrer l'importance d'une étude approfondie de la pathologie utérine; s'il était besoin de faire ressortir de nouveau aux yeux des médecins l'impérieuse nécessité de connaître à fond, autant du moins que le permet l'état actuel de la science, tout ce qui se rattache à cette branche longtemps négligée de notre art, il nous suffirait sans doute de rappeler qu'un intervalle de moins de deux années a vu successivement paraître en France quatre traités sur la matière sans que l'intérêt qui s'y attache soit épuisé ou même affaibli, à en juger d'après la faveur avec laquelle le public médical a accueilli ces œuvres, toutes utiles et remarquables à des points de vue divers. Et c'est précisément, ce nous semble, en raison de leur originalité et de leurs dissemblances que chacun de ces ouvrages, loin d'être une superfétation, tient honorablement sa place parmi ses aînés. Mais, d'ailleurs, un autre enseignement nous paraît ressortir de ces publications: c'est l'importance légitime que tend à prendre aujourd'hui la monographie, sans laquelle aucune question ne saurait être étudiée complétement, et avec tous les détails qu'elle comporte. Toutefois, nous pensons qu'il faudrait se garder ici de pécher par excès après avoir longtemps péché par défaut; et nous ne pouvons que nous étonner en voyant Scanzoni dans sa préface tendre à établir une confusion dangereuse entre la monographie et la spécialité. Que les progrès de la médecine soient aujourd'hui dans les monographies, cela est vrai, personne ne saurait le contester; mais de là, à se réjouir avec l'auteur du nombre croissant des spécialités; de là, à se féliciter de la division toujours plus grande du travail en médecine, il y a loin. Qu'arriverait-il, en effet, si l'on entrait résolument dans cette voie? C'est qu'au bout de peu d'années il y aurait à souhait des hommes connaissant à fond les maladies de la poitrine, les maladies du cœur, celles de l'utérus, celles des yeux ou de tels autres organes qu'on voudra; mais il n'y aurait plus de véritables médecins, car il n'y aurait plus de malade; nous ne voyons pas, en effet, quelle place lui est réservée dans cette répartition arbitraire. Analysons pour l'étude, soit; mais le malade est un, et nous ne devons pas oublier de recomposer ensuite. C'est là, d'ailleurs, une bien antique vérité : *Consensus unus*, etc.

Placé pendant de longues années à la tête des services de gynécologie des hôpitaux de Prague et de Würgbourg, Scanzoni a pu se livrer à une étude suivie des affections utérines, et c'est le résultat de ses observations qu'il s'est proposé de faire connaître. Certes, nous sommes heureux de voir un auteur composer un ouvrage avec ses propres matériaux, et nous ne pouvons que l'en féliciter hautement, surtout à une époque où nous voyons si souvent mettre en œuvre des procédés inverses; mais cette manière de faire, lorsqu'on veut s'y astreintre rigoureusement, expose à plus d'un danger; comme il n'est pas de pratique, si étendue d'ailleurs qu'elle puisse être, qui permette au médecin d'étudier sous toutes leurs faces, et d'une manière également fructueuse, les différentes questions inhérentes au sujet qui l'occupe, il s'expose, en ne puisant que dans son propre fonds, à de nombreuses lacunes. Nous ne pouvons nous expliquer d'une autre façon celles que nous nous voyons forcé de signaler dans l'ouvrage de Scanzoni. Le lecteur partagera sans doute notre surprise en apprenant que plusieurs des grandes questions qui ont le privilége d'attirer aujourd'hui l'attention sont à peine abordées. C'est ainsi que deux pages suffisent à l'auteur pour décrire, sous le nom de *périmétrite*, l'affection si scrupuleusement étudiée en France sous celui de phlegmon péri-utérin; et sans donner de raison, sans citer de faits à l'appui, sans même supposer qu'il y ait là matière à discussion, il fait de cette phlegmasie une péritonite partielle, fréquente dans l'état puerpéral, et qui, hors le temps des couches, est ordinairement une affection secondaire accompagnant une inflammation aiguë ou chronique de l'utérus ou des ovaires. Le sujet valait cependant la peine d'être un peu plus soigneusement traité; tout au moins fallait-il quelques relations d'autopsies pour justifier une manière de voir aussi exclusive. Il s'agit ici, en effet, d'un point très délicat de diagnostic et d'anatomie pathologique, et il ne saurait venir à l'esprit de personne d'en nier les difficultés, puisque maintenant encore, et malgré les travaux remarquables de MM. Bernutz et Goupil, la question est controversée. L'hématocèle a sa place marquée par une tête de chapitre; mais de description, point. Ailleurs, décrivant le cancer de l'utérus, Scanzoni ne s'occupe même pas de la structure de ce produit morbide; il se borne à noter que la texture du cancer de la matrice ne diffère pas de celle du cancer d'autres organes. Pourquoi ce silence sur un point qui occupe tous les micrographes? Pourquoi ne pas mettre le lecteur au courant des discussions qui s'y rattachent? lacune d'autant plus surprenante que la réaction contre la cellule spécifique nous est venue en partie de l'autre côté du Rhin (Vogel, Virchow, Rokitansky (1). Parmi les corps fibreux qu'il a pu observer, le professeur de Würgbourg n'en a sans doute vu aucun qui soit tombé dans le péritoine; aussi ne parle-t-il pas de ce mode de terminaison et omet-il dans la description d'ailleurs très remarquable qu'il trace de ces produits, un des points les plus curieux de leur histoire. Non moins mal partagé probablement sous le rapport de la névralgie utérine, il fonde sa description sur trois

(1) Nous disons *en partie*, car il serait injuste d'oublier la part qu'ont prise dans cette lutte MM. Gubler, Mandl et Delafond.

cas seulement ; aussi ne devons-nous point nous étonner si elle est incomplète, et notablement différente des tableaux qu'en ont tracés MM. Malgaigne, Ashwell et Mackenzie.

Et ce n'est pas seulement sur les questions de fait que nous avons à regretter de telles lacunes; les questions théoriques, quelle que soit leur importance, sont laissées de côté, et nous croyons cette omission d'autant plus regrettable qu'ici la théorie touche souvent de près à la pratique. L'influence de l'inflammation sur les lésions de l'utérus, la question des écoulements utérins idiopathiques que Tyler Smith (*On Leucorrhœa*) a si bien étudiés, l'enchaînement et la subordination relative des symptômes généraux et des symptômes locaux, l'influence réciproque qu'ils exercent les uns sur les autres, le rôle qui revient, dans l'histoire des affections utérines, à certaines maladies générales telles que l'hystérie et la chlorose, la rareté de l'infection générale dans le cancer de la matrice, les doctrines de l'*hétérotopie plastique* et de l'*inclusion fœtale;* voilà tout autant de points dont la discussion serait certes à sa place dans un traité complet tel que celui que nous analysons. Peut-être l'auteur a-t-il voulu rester entièrement fidèle au titre de son livre, qu'il a appelé *Traité pratique;* peut-être aussi a-t-il cru suppléer à ces omissions par de nombreuses indications bibliographiques ; cela est vraisemblable, mais nous avons cru devoir avertir le lecteur et établir nettement le caractère purement descriptif de l'ouvrage de Scanzoni.

Sous ce rapport, plusieurs chapitres sont d'une haute importance, et renferment tous les détails cliniques désirables. Nous citerons en particulier l'histoire des flexions utérines ; regardant les courbures latérales comme des anomalies la plupart congénitales, dues au développement incomplet de l'un des ligaments ronds, l'auteur ne décrit que l'anté et la rétroflexion ; mais, loin de leur attribuer l'importance exagérée que quelques médecins ont accordée à ces déviations, il rompt résolument avec Kiwisch, Mayer, Simpson, Valleix et autres, et déclare que « les flexions de la matrice n'acquièrent quelque importance, ne sont suivies de dangers sérieux que lorsqu'elles se compliquent d'une autre altération dans la texture de cet organe. » (Telle est aussi, nous pouvons le dire par anticipation, l'opinion de M. le docteur Becquerel sur ce point.) De ces altérations, les plus fréquentes sont une tuméfaction inflammatoire du corps de l'utérus, un relâchement et un ramollissement très prononcé, avec hypersécrétion de la muqueuse, des ulcérations profondes du museau de tanche, et des péritonites partielles réitérées. On sait que Virchow, généralisant un fait déjà signalé par Samuel Lair, regarde cette dernière lésion comme la cause la plus ordinaire des flexions utérines, par suite de l'organisation et du retrait des exsudations plastiques. Or, sur ce point, le professeur de Würzbourg se sépare de celui de Berlin, et pense qu'il a exagéré la fréquence de ce mécanisme. Quoi qu'il en soit, les causes de ces déviations sont étudiées avec un soin digne d'éloges ; celles dont Scanzoni a le plus souvent constaté l'influence sont les grossesses répétées et gémellaires, les avortements, le retard et l'irrégularité du retrait de l'utérus après l'accouchement. Le diagnostic n'est pas moins bien traité ; c'est d'ailleurs à ce point de vue que ce livre nous a surtout paru remarquable ; nous nous permettrons cependant de faire observer que l'auteur eût gagné en précision s'il eût étudié séparément l'antéflexion et la rétroflexion, au lieu d'en faire une étude d'ensemble sous le titre : *Flexions utérines*. Quant au traitement, il se déclare opposé aux moyens mécaniques, et après avoir inutilement essayé les redresseurs de Kiwisch, de Valleix, le pessaire utérin de Simpson, et l'hystérophore de Detschy, il a renoncé à tout instrument de ce genre, et se borne à un traitement médical basé sur les douches froides, les injections vaginales, les lavements de seigle ergoté, les bains de Kissingen, Kreuznach et autres.

Nous devons encore une mention toute spéciale à la description du cancer de l'utérus ; les différences qu'il présente dans sa marche, suivant qu'il se développe avant ou après la ménopause, différences dont l'importance est évidente pour le médecin appelé à formuler un pronostic, sont soigneusement exposées. D'autre part, Scanzoni montre, par un relevé portant sur 108 cas, que le cancer est plus fréquent qu'on ne le croit généralement avant quarante ans ; sur ces 108 malades, en effet, 43 étaient au-dessous de cet âge. On lira aussi avec intérêt le chapitre intitulé : *Anomalies de la menstruation;* là sont successivement étudiées : l'apparition prématurée des règles, leur apparition trop tardive, leur cessation prématurée, leur cessation tardive, l'absence de l'hémorrhagie durant l'âge nubile (dans quelques cas la maturation de l'ovule n'en a pas moins lieu, l'écoulement sanguin seul manque), l'excès de l'écoulement sanguin, dont toutes les causes sont classées sous trois chefs : 1° anomalies du sang ; 2° états morbides de l'organisme ; 3° affections de l'appareil sexuel, la menstruation difficile. Toute cette étude mérite une sérieuse attention.

Il en est de même de la description des tumeurs de l'ovaire : la partie anatomique est riche en détails nouveaux, la classification admise en Allemagne est complétement exposée (kystes simples par dilatation d'une vésicule de de Graaf ; kystes multiples dépendant d'une altération particulière du parenchyme de l'ovaire ; tumeurs colloïdes ; cystosarcomes ou sarcomes accompagnés d'une hydropisie enkystée ; cystocarcinomes ou kystes multiples remplis de cancer médullaire), et quoique Scanzoni n'ait pas daigné tenir compte des travaux de M. le professeur Cruveilhier sur ce sujet, quoiqu'on puisse regretter de voir placer à côté les uns des autres les kystes et les cancers, quoique les kystes fœtaux et pileux n'aient pas été étudiés d'une manière spéciale, toute cette description est pleine d'intérêt ; le diagnostic de ces tumeurs, soit entre elles, soit avec les diverses affections qui peuvent les simuler, est traité de la façon la plus complète et la plus pratique. A peine pourrions-nous y signaler une lacune ; nous voulons parler de ces collections de liquide qui se développent dans la cavité de Douglas, et qui constituent une des variétés de ce que les anciens avaient décrit sous le nom d'*hydropisie enkystée du péritoine*. Comme traitement chirurgical des kystes ovariques, l'auteur allemand donne la préférence à la ponction par le cul-de-sac vaginal, procédé qui lui a paru conduire plus souvent que tout autre à la guérison radicale.

La partie du livre qui comprend les affections du vagin, de la vulve et du sein nous paraît, à tous égards, moins importante, voulant remplir complétement son cadre, et ne pas grossir outre mesure son œuvre, Scanzoni a dû passer très rapidement sur certains points qu'il s'est cru obligé d'aborder, en raison du titre qu'il avait choisi : telles sont les hernies labiales et périnéales, les fistules du vagin, et tout ce qui a trait aux maladies du sein. Quant aux affections de la vulve, nous avons vu avec plaisir qu'il a largement puisé dans les mémoires que M. le docteur Huguier a consacrés à cette étude. La folliculite vulvaire, l'inflammation des glandes de Bertholin, les kystes des grandes lèvres sont décrits d'après les travaux de ce chirurgien distingué, et nous sommes heureux de penser que ce chapitre a répandu sans doute en Allemagne des notions devenues vulgaires ici.

Si nous ne nous sommes point arrêté sur le plan général de l'ouvrage, c'est en raison de sa simplicité même. L'écrivain allemand a divisé tout son sujet en sept parties, dans lesquelles il étudie successivement les maladies de l'utérus, des ligaments de l'utérus, des trompes utérines, des ovaires, du vagin, des organes génitaux externes, du sein. En résumé, cet ouvrage constitue, sous beaucoup de rapports, un excellent traité pratique, et ce n'est qu'en raison même de l'utilité et de l'intérêt qu'il présente dans les questions qui sont complétement traitées que nous regrettons d'y rencontrer certains points étudiés d'une façon moins approfondie.

— L'ouvrage de M. le docteur Becquerel est conçu dans un tout autre esprit. L'auteur se préoccupe avant tout de l'intérêt de ses lecteurs ; aussi, bien que riche en observations et en recherches particulières, il se garde bien de se renfermer dans le cercle toujours restreint de l'individualité, et, s'effaçant avec modestie toutes les fois que le sujet l'exige, il expose avec le plus grand soin les travaux des médecins qui l'ont précédé dans la carrière ; il ne se borne point, d'ailleurs, à une sèche et stérile énumération, tout ce qui se rapporte aux questions de doctrine devient l'objet d'une discussion approfondie, et, en même temps qu'il fait connaître les idées de Bennett, de Virchow et autres, il les soumet au double

contrôle de la critique et de l'observation. Qu'est-il résulté d'un tel procédé? Un livre également complet sur tous les points et aussi utile pour le praticien, qui ne cherche que des renseignements cliniques, que pour le médecin, qui a besoin d'être au courant des divers travaux français et étrangers.

Le traité de M. Becquerel est divisé en trois parties : la première comprend l'historique, l'anatomie et la physiologie normales, les vices de conformation, la pathologie générale;

La deuxième contient cinq chapitres : congestions sanguines, phlegmasies, hémorrhagies, flux et hydropisies, productions organiques;

La troisième partie renferme les maladies qui ne sont pas caractérisées par une lésion primitive du tissu; elle comprend six chapitres : déviations utérines, aménorrhée et dysménorrhée, névralgie utérine, stérilité, influence des états diathésiques, anémie et chlorose.

L'auteur déclarant n'attacher aucune importance à cette classification, nous n'avons pas le droit d'être bien sévère à son égard ; toutefois, nous devons faire remarquer qu'en classant les déviations utérines parmi les maladies sans lésion primitive du tissu, M. Becquerel résout un peu vite une question encore pendante aujourd'hui. Sans remonter, en effet, jusqu'aux luttes orageuses de 1849 et de 1854, et pour nous en tenir au moment actuel, nous rappellerons que si Virchow, par exemple, regarde les lésions organiques du tissu utérin comme consécutives à la déviation, Rokitansky les tient pour primitives (1). D'un autre côté, l'aménorrhée et la dysménorrhée ne sauraient être envisagées comme des maladies; l'anémie et la chlorose ne sont pas des maladies utérines. Mais chacun, nous en sommes certain, oubliera facilement cette légère défectuosité en lisant le chapitre consacré au parallèle de ces deux états morbides : là, en effet, l'auteur proteste à son tour contre la confusion qui tend à s'établir entre eux, et, par des arguments qu'a dictés le meilleur esprit, montre toute la différence qui sépare l'anémie, trouble purement accidentel et qui ne présente d'autre indication que la reconstitution du sang, de la chlorose, véritable maladie dont l'hypoglobulie n'est, en définitive, qu'un élément.

Nous voudrions maintenant pouvoir analyser plusieurs des chapitres de ce traité; mais le défaut d'espace nous l'interdit. Bornons-nous donc à constater qu'aucune difficulté n'a été éludée; plus le sujet est obscur, plus l'auteur fait d'efforts pour y porter la lumière. On sait, par exemple, combien est confuse encore à beaucoup d'égards l'histoire des phlegmasies utérines; M. Becquerel, puisant ici dans son propre fonds et mettant à profit des études qui remontent à l'époque de son séjour à l'hôpital de Lourcine, en trace une description complète. Une grande part est réservée à l'inflammation du col, qui est ainsi divisée : inflammation aiguë du tissu seul du col, inflammation catarrhale aiguë de la membrane muqueuse de la surface et de la cavité du col, inflammation chronique du tissu seul du col, inflammation catarrhale chronique de la membrane muqueuse de la surface et de la cavité du col. Des tableaux synoptiques mettent sous les yeux du lecteur les principaux points qui pourront lui servir de jalons dans un diagnostic très délicat : nous voulons dire l'état squirrheux et l'inflammation chronique avec induration, le cancer ulcéré et l'inflammation chronique avec ramollissement, les ulcérations cancéreuses et les ulcérations simples. Quant à ces dernières, l'auteur, partageant les idées de Bennett, les considère comme un des modes d'expression de l'inflammation du col. Or, ici peut-être a-t-il négligé un peu de produire ses arguments; la pathogénie de cette lésion est encore aujourd'hui matière à discussion, et, pour ne parler que des modernes, Robert Lee nie l'existence de l'ulcération inflammatoire du col de l'utérus; West l'admet, mais en nie l'importance pathologique; Tyler Smith, qui en décrit deux variétés, l'abrasion épithéliale et l'ulcération superficielle, les attribue à la leucorrhée, tandis que Bennett ne voit et dans la leucorrhée et dans l'ulcération que deux produits inflammatoires. Nous croyons qu'il eût été utile de placer sous les yeux du lecteur les pièces du débat.

Les inflammations du corps de l'utérus sont étudiées soigneusement, et à l'état aigu et à l'état chronique. Le praticien trouvera dans cette partie du livre les renseignements les plus complets sur les divers modes de traitement qu'on a opposés à ces affections, notamment sur la cautérisation du col par les crayons de tannin employés pour la première fois par MM. Becquerel et Rodier.

Nous ne pouvons omettre de citer l'étude de l'hématocèle. Se gardant d'un exclusisme que les faits viennent souvent démentir, et prenant d'ailleurs le mot *hématocèle* dans son acception étymologique, l'auteur assigne successivement pour point de départ à l'hémorrhagie les ovaires, les trompes, les ligaments larges, une grossesse extra-utérine, le reflux du sang de l'utérus dans le péritoine, une simple exhalation sanguine. Cette dernière cause est, selon nous, inadmissible; s'il est une vérité démontrée aujourd'hui depuis les travaux de Vogel, de Rokitansky et de M. Lebert, c'est que le sang ne peut sortir de ses vaisseaux par exhalation et que toute hémorrhagie s'accompagne de rupture vasculaire. L'expression est donc impropre ; mais cette remarque n'enlève rien de sa valeur à un chapitre d'une utilité réelle et où l'on trouve l'exposé complet des théories qui ont été émises sur l'origine de ces tumeurs sanguines.

Nous aurions encore à citer avec éloges et l'histoire des corps fibreux, et celle du cancer, et l'étude des causes de la stérilité; mais nous devons nous arrêter. Nous remercions, en terminant, M. Becquerel d'avoir fait connaître les recherches de notre excellent maître, M. Bernutz, sur les affections syphilitiques du col utérin; après une étude attentive de plusieurs années, ce médecin distingué est arrivé à des conclusions dont nous sommes heureux de donner ici le résumé succinct. Les manifestations syphilitiques dont le col utérin peut être le siége sont : les accidents primitifs comprenant les diverses espèces de chancres (chancres huntériens, chancres diphthéritiques, chancres ulcéreux : ces derniers sont les plus rares) et la balanite chancreuse. Ce dernier nom désigne cet état dans lequel un ou plusieurs chancres se trouvent comme noyés et étouffés dans une inflammation d'une nature particulière, qui, bien qu'accessoire, donne à l'ulcération la physionomie qui lui est propre. Tous ces accidents sont inoculables. Les accidents secondaires comprennent les plaques muqueuses, les végétations, les érosions, les diverses espèces de syphilides. Ils ne sont pas inoculables, quoiqu'ils puissent être contagieux. Les accidents tertiaires comprennent les tubercules et les tumeurs gommeuses.

Nous pensons en avoir dit assez pour montrer l'importance du Traité de M. Becquerel, et pour inspirer à chacun le désir de lire un ouvrage écrit sans idée préconçue, avec une parfaite impartialité, et qui peut être regardé comme le résumé fidèle de nos connaissances actuelles.

Dans un prochain article, nous nous occuperons des Traités de MM. Nonat, Aran et Dunal.

S. Jaccoud.

(1) Virchow, *Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin*. Francfort, 1856, et *Clinique européenne*, 1859, n° 21 ; Rokitansky, *Clinique européenne*, 1859, n° 17.

Lehrbuch der Allgemeinen und speciellen Anatomie (Traité d'anatomie générale et spéciale), par le docteur *Dursy*. Premier fascicule. Lahr, Schauenburg et Comp. 4 fr.

Lehrbuch der Geburtshuelfe (Traité des accouchements), par le docteur *O. Spiegelberg*. In-8. Lahr, Schauenburg et Comp. 9 fr.

A Practical Treatise on the Diagnosis, Pathology and Treatment of Diseases of the Heart (Traité pratique sur le diagnostic, la pathologie et le traitement des maladies du cœur), par *Austin Flint*. In-8. Philadelphie. 22 fr.

Consumption (Phthisis); its Nature and Treatment (La phthisie, sa nature et son traitement), par *J. Epps*. Londres, Sanderson. 9 fr. 75

Essays in Medical Science : On the Nature of Inflammation, and on the Encephalic Circulation and its Relation to the Physiology of the Brain (Sur la nature de l'inflammation, sur la circulation encéphalique et ses rapports à la physiologie du cerveau), par *J. Cappie*. In-8. Simpkin. 4 fr. 75

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 27 JANVIER 1860. N° 4.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial, en date du 23 janvier 1860, M. ROBIQUET, docteur ès-sciences physiques, pharmacien de 1re classe, et agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur-adjoint de physique à ladite École.

— Par arrêtés du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 19 janvier 1860, M. le docteur SPIELMANN est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg. Il est attaché, en cette qualité, à la 3e section (médecine proprement dite et médecine légale). Il entrera en activité de service le 1er novembre 1862.

M. CROS, élève du service de santé militaire, est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Münck, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté, en date du 19 janvier 1860, sont maintenus en activité de service jusqu'au 1er novembre 1860, près l'École supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent :

1° Section de physique, de chimie et de toxicologie, M. FIGUIER (chimie organique) ;

2° Section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie, M. LUTZ (pharmacien).

M. SOUBEIRAN (botanique).

M. REVEIL (zoologie et histoire naturelle médicale).

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 26 janvier 1860.

OPÉRATION NOUVELLE POUR L'ABLATION D'UN POLYPE NASO-PHARYNGIEN : M. LANGENBECK. — ACADÉMIE DES SCIENCES : GREFFES OSSEUSES ET PÉRIOSTALES : M. OLLIER. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE : CARACTÈRES DE LA MORVE. — TIRE-BALLE DE M. DIDOT (DE LIÉGE). — REVUE DES THÈSES. M. PETER : DE LA DIPHTHÉRITE. M. BROCARD : DOUCHES ET AFFUSIONS DANS LES AFFECTIONS MENTALES. M. PITTA : CLIMAT DE MADÈRE. M. LERATON : DE LA GOUTTE. — M. GALTIER : DE LA GOUTTE. — M. GUYENOT : INOCULABILITÉ DE LA SYPHILIS SECONDAIRE. — M. DELESTRE : DOUBLE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

Les travaux persévérants de M. Ollier ont créé de nouvelles ressources à la chirurgie conservatrice, en édifiant par l'expérience physiologique les bases de l'*ostéoplastie*. C'est une belle question, qui ne peut manquer de susciter des recherches de la

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — Procès aux quatre points cardinaux. — Le massacre des innocents et un ogre sans le savoir. — Une petite leçon de philologie en échange d'une grande leçon de haute convenance. — Blessures volontaires. — Homicide par imprudence ; exercice illégal de la médecine. — Un médecin qui se croit enragé. — Affaire Vriès. — Pseudo-Vriès à Londres et à Toulouse. — Duel au blanc.

Peu s'en faut que notre *Revue* ne ressemble, cette fois, à un compte rendu de police correctionnelle ou, pour le dire plus galamment, à un petit *courrier du Palais*. De quelque côté que nous tournions les regards, nous n'apercevons que plaintes, chicanes, procès, réquisitoires et conflits judiciaires, aux quatre points cardinaux.

A commencer par votre bien dévoué, vous n'ignorez pas, cher lecteur, qu'il a été réduit dernièrement à se disculper du crime de *lèse-association*, qu'on lui avait imputé fort gratuitement, je vous jure, et avec une vivacité de style peu conforme, peut-être, à l'esprit de tolérance confraternelle. Nous avons comparu par-devant maître *Simplice*, homme de sens et d'esprit (en dépit de son nom), qui a bien voulu goûter nos raisons et nous relever du jugement un peu sévère de son rédacteur en chef.

A peine venions-nous de recevoir l'absolution de ce côté, qu'on chargeait d'autre part notre conscience d'un nouveau méfait. Nous n'étions accusé de rien moins que de chercher à étouffer les enfants au berceau et de vouloir renouveler le massacre des Innocents : et cela, pour avoir signalé « comme éléments d'une *notice nécrologique* pour l'année 1859 : la *Ruche médicale*, le journal l'*Hydrothérapie*, la *Société d'anthropologie*, etc. » Y a-t-il là, je vous prie, quelque chose qui ressemble aux sentiments et au langage d'un ogre ? Eh bien ! on a cru, dit et imprimé que nous annoncions « la mort de ce qui était à peine né. » Nous en demandons bien pardon à dame *Abeille*, mais en interprétant ainsi notre phrase,

part des chirurgiens, et de les engager dans des voies opératoires nouvelles. Nous sommes heureux de voir que l'un des chirurgiens allemands les plus distingués, M. le professeur Langenbek (de Berlin), s'occupe de ce sujet important, sur lequel il a publié dernièrement (*Deutsche Klinik*, n° 48, 1859) quelques observations pleines d'intérêt. Nous avons remarqué particulièrement, dans ce travail, la description d'une nouvelle opération destinée à éviter les mutilations qui étaient souvent, jusque-là, inévitables dans les cas d'ablation de polypes naso-pharyngiens.

Cette opération consiste à réséquer l'os propre du nez et l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur, en ménageant un pont de périoste par lequel ces os restent adhérents aux parties voisines, et qui leur permet de se resouder après qu'on les a remis en place, une fois le polype naso-pharyngien enlevé. M. Langenbeck a exécuté cette opération avec succès au mois de novembre dernier, dans un cas où le polype, qui était double, avait un volume trop considérable pour que l'on pût en pratiquer l'ablation par les procédés où l'on divise plus ou moins complétement la voûte palatine.

Une incision, qui s'étendait depuis le milieu de la racine du nez jusqu'au côté externe de l'aile nasale, permit de disséquer la peau en conservant le périoste. A l'aide d'une tenaille incisive, M. Langenbeck coupa d'abord l'os propre du nez, jusqu'à l'épine nasale du frontal, en longeant la cloison; puis, par une incision transversale, qui pénétrait jusque dans le sinus maxillaire, la base de l'apophyse orbitaire du maxillaire.

Les os furent ensuite luxés en haut à l'aide d'un élévateur introduit dans la fosse nasale, et soulevés au-devant du front. Le polype put alors être extrait sans difficulté. Les os luxés, qui restaient adhérents par un lambeau large d'un pouce, périostique d'une part, muqueux de l'autre, furent ensuite remis en place, et l'incision de la peau réunie par des points de suture.

Les suites de l'opération furent d'une merveilleuse simplicité. La réunion était complète au bout de quinze jours; il ne restait qu'un peu de gonflement au niveau de la section de l'apophyse orbitaire; les os compris dans ce lambeau n'étaient nullement douloureux, et tout indiquait que la cicatrisation des os était achevée ou se compléterait sans accident.

— Nous profiterons de la circonstance pour rappeler que, aux expériences sur la transplantation des os et du périoste déjà connues de nos lecteurs, M. Ollier vient d'en ajouter de nouvelles (voir au *Compte rendu des académies*) qui démontrent plus clairement encore la remarquable aptitude à se greffer que possèdent ces divers tissus. Non-seulement il a transplanté des os entiers immédiatement après leur extraction du milieu des tissus d'un animal vivant; mais il a pu leur faire reprendre vie, bien que l'animal auquel il les empruntait fût mort depuis un certain laps de temps. Ces diverses expériences, en démontrant la grande vitalité de l'os entouré de son périoste, rendront sans doute les chirurgiens plus hardis dans les opérations pratiquées sur les os, et bien qu'on ne doive pas attendre sur l'homme des résultats pareils à ceux qu'on obtient chez les animaux, l'idée de certaines applications chirurgicales se présente naturellement à l'esprit.

Nous savons, du reste, que M. Ollier dirige ses recherches dans ce sens et qu'il songe depuis longtemps à employer pour plusieurs opérations, sinon des transplantations osseuses véritables, du moins des déplacements de certaines portions du squelette. Il a distingué, dès ses premiers travaux sur ce sujet, deux modes principaux d'ostéoplastie : l'ostéoplastie proprement dite, qui se pratique avec des os ou des fragments osseux, et l'ostéoplastie périostique qui s'opère au moyen des lambeaux de périoste quand le tissu osseux lui-même n'a pu être conservé.

Considérant la face comme le champ le plus propre à ces tentatives d'ostéoplastie, M. Ollier pense que plusieurs opérations pratiquées sur cette région pourront être avantageusement modifiées par la mobilisation ou la luxation des parties osseuses qui en forment le squelette. Ces modifications se rapportent à deux cas principaux : aux autoplasties proprement dites, et aux opérations destinées à faciliter l'ablation des tumeurs profondes qu'on ne pourrait pas aborder directement. Dans le premier cas on se servirait, pour rétablir et maintenir la forme des organes, de lambeaux osseux empruntés aux parties voisines, infléchis et fixés dans des situations déterminées pour servir de soutien aux lambeaux cutanés, et empêcher leur rétraction consécutive (1). Dans le second cas, au lieu de sacrifier les os ou les portions d'os qui empêchent la manœuvre, on les écarterait en les laissant adhérer à leur périoste et aux parties molles périphériques, et on les replacerait ensuite pour les faire resouder et éviter par là de cho-

(1) C'est en particulier pour certaines rhinoplasties dans les cas de perte de substance considérable du nez que M. Ollier propose de soutenir ainsi les lambeaux cutanés. On emprunterait le soutien osseux, soit aux parties latérales, soit au pourtour de l'orifice. On en mobiliserait alors le rebord ostéo-cutané, qu'on infléchirait en bas pour servir de charpente aux lambeaux cutanés et assurer définitivement la forme des narines.

---

elle a commis ce qu'on nomme au collége un gros contre-sens. Qu'elle *s'enquière* à son tour, et elle verra que les mots *notice nécrologique* signifient récit succinct des faits et gestes d'une personne défunte. Ici la défunte était l'année 1859; et, en signalant ce qu'elle avait produit comme éléments d'une notice nécrologique, nous rappelions simplement, pour servir à sa louange, tout ce qu'elle avait accompli de beau, de bien et de glorieux. Ce n'était donc pas condamner ses œuvres à mort, pas plus que ce ne serait prononcer une sentence capitale contre le *Cid* et *Cinna*, *Tartufe* et le *Misanthrope*, *Phèdre* et *Andromaque*, que de les signaler comme éléments d'une notice nécrologique sur Corneille, Molière et Racine. La locution si indûment incriminée ne renferme donc ni l'horoscope, ni le vœu d'un prochain trépas. Ah ! qu'il avait cent fois raison ce fameux diplomate qui disait : « Donnez-moi dix lignes de l'écriture d'un homme, et je le ferai pendre ! » Que la sage et laborieuse *Abeille* veuille bien recevoir la petite leçon de philologie que nous venons de débiter à son intention, en retour des préceptes de haute bienséance et de bonne confraternité qu'elle a donnés à notre jeunesse étourdie et inexpérimentée. Et maintenant, si elle doutait encore de l'ardeur de nos sympathies et de la sincérité de nos souhaits pour tous les enfants nouveau-nés de la science et de la presse médicale, nous crierions du fond du cœur : Vive la *Ruche!* vive l'*Hydrothérapie!* vive la *Société d'anthropologie!*... et même, *vive l'Abeille!!*

On n'a pas oublié sans doute le jugement prononcé par le tribunal correctionnel de Lyon, le 8 décembre dernier, contre M. le docteur Gailleton et son interne M. Guyenot, qui avaient inoculé la syphilis à un enfant de dix ans, dans le but de le guérir d'une teigne faveuse invétérée. Le remède ayant réussi à merveille, il semblait qu'il n'y eût plus qu'à décerner une médaille d'encouragement à chacun des deux médecins. Mais l'inflexible Thémis, pour qui la sainteté du but et le succès de l'entreprise ne justifient pas suffisamment les moyens, a poursuivi nos confrères pour délit de *blessures volontaires*, et les a condamnés, l'un à 100 francs, l'autre à 50 francs d'amende. Si nous rappelons ce procès, c'est pour trouver l'occasion de féliciter MM. Desgranges, Rollet, Berne,

quantes difformités. C'est à cette dernière catégorie que se rattachent l'opération de M. Langenbeck et les opérations analogues proposées ou exécutées en France dans ces dernières années par MM. Huguier et Chassaignac. La vascularité des os de la face, leur résistance à la nécrose dans certaines fractures comminutives sont, d'après M. Ollier, des conditions très favorables pour l'ostéoplastie. Cette mobilisation des lambeaux osseux qu'il propose pour les opérations autoplastiques et les résections pratiquées dans cette région nous paraît l'application la plus directe et la plus rationnelle de ses recherches expérimentales sur les greffes osseuses.

— L'Académie de médecine de Belgique a consacré récemment plusieurs séances à une discussion sur le diagnostic de la morve, dans laquelle les membres de la section de médecine vétérinaire ont été à peu près seuls à prendre la parole, mais qui portait sur une question assez importante au point de vue de l'hygiène publique pour qu'il y ait lieu d'en dire quelques mots ici.

Voici dans quelles circonstances cette discussion avait été soulevée. Un cuirassier était mort à Bruges, le 16 août 1818, des suites de la morve, qu'il avait contractée en soignant des chevaux de son régiment. Le vétérinaire prétendait cependant qu'il n'avait à son infirmerie que des chevaux atteints de *rhino-bronchites* et non des chevaux *morveux*. Une enquête fut instituée, et il en résulta qu'en effet il y avait le 1er août à cette infirmerie sept chevaux atteints de rhino-bronchites, mais aussi que le 5 un de ces animaux avait dû être abattu pour cause de morve aiguë.

En dénonçant le fait au ministre de la guerre, M. Vleminckx, inspecteur général, attira en même temps son attention sur cette doctrine des rhino-bronchites, qui fait retenir longtemps en traitement, au grand préjudice de la chose publique, des chevaux qu'en définitive on est obligé de déclarer morveux et de sacrifier. Le ministre, considérant en outre que, d'après les opinions admises, la rhino-bronchite est quelquefois confondue avec la morve à son début (dont les symptômes sont à peu près les mêmes, ce qui expose à abattre des chevaux qui auraient pu être guéris moyennant un traitement convenable), pria MM. Vleminckx et Verheyen, inspecteur vétérinaire, de rédiger une instruction qui indiquât la période de la maladie à laquelle il faudrait faire examiner par une commission les chevaux suspects, et qui serait adressée aux commandants et aux conseils d'administration des régiments de cavalerie et d'artillerie.

Sur la proposition de M. Vleminckx, le ministre consulta l'Académie de médecine. La discussion qui s'ensuivit, d'abord limitée à la question du diagnostic, ne tarda pas à s'étendre à la plupart des points controversés de l'histoire de la morve. Nous ne la suivrons pas dans ces détails, qui n'ont pas un intérêt très direct pour les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. La question soulevée par le ministre pouvait, en somme, être ramenée à savoir s'il existe des symptômes caractéristiques auxquels on puisse reconnaître la morve naissante.

Cette question fut résolue affirmativement par M. Verheyen, qui donna comme caractère différentiel de la morve chronique, dès son début, la présence sous le repli de l'aile du nez, du côté du jetage, de petites granulations blanches ou jaunes, très promptes à s'ulcérer en se taillant à pic, et déjà signalées d'ailleurs depuis longtemps par Dupuy, MM. Rayer, Haubner, Hertwig, etc. M. Verheyen invoque à l'appui de sa manière de voir les faits de sa propre expérience, et l'opinion conforme de M. Bouley (d'Alfort).

La valeur de ce signe fut vivement contestée. MM. Pétry, Dupont, Didot citèrent des faits propres à démontrer que très souvent l'ulcération ou les chancres morveux existent sans granulations; que ces petites élevures nasales se présentent chez des chevaux non morveux, chez des chevaux simplement jeteurs, et même chez des chevaux sains.

Le diagnostic de la morve se trouve ainsi ramené à l'existence des trois symptômes universellement admis comme caractéristiques (*glandage*, *jetage*, *chancrage*), mais insuffisants pour le but que se proposait le ministre. M. Vleminckx demanda alors que la question fût renvoyée à la section, qui serait chargée de rédiger une délibération indiquant le moment précis où la prudence exige que l'on fasse le sacrifice de l'animal. La formule proposée par M. Vleminckx résume parfaitement l'état de la question; notre confrère demande que l'instruction soit conçue à peu près dans ces termes : « Tels et tels phénomènes apparaissant, *sans entendre déclarer qu'ils appartiennent ou non à la morve débutante*, il est de l'intérêt public que l'animal soit abattu. » La proposition de M. Vleminckx a été adoptée, et la question reste par conséquent pendante devant l'Académie. Lorsque la section l'aura résolue, nous y reviendrons probablement. Nous la recommandons en attendant à l'attention de MM. les vétérinaires français, qui sont sans doute en mesure de venir en aide à leurs collègues de Belgique.

— Nous avons, dans l'un de nos derniers numéros (1859,

Bonnaric et Lacour, de l'excellent esprit qui a dicté leur *consultation* médico-légale, et pour adresser nos compliments très sincères à M. Le Royer, pour la manière habile dont il a présenté la défense des prévenus.

Pendant que le tribunal correctionnel de Lyon infligeait deux amendes (douces) à MM. Gailleton et Guyenot, celui de la Seine (6e chambre) condamnait M. Lepilleur, officier de santé à Boulogne-sur-Seine, à un an de prison, à 50 francs d'amende, et à 1,000 francs de dommages-intérêts, sous la double prévention d'homicide par imprudence et d'exercice illégal de la médecine. Suivant le tribunal, M. Lepilleur aurait outrepassé ses droits, en se chargeant d'un accouchement difficile et en opérant la décollation du fœtus; il aurait eu le tort grave de ne pas s'aider du concours d'un docteur dans cette périlleuse circonstance, et le tort plus grave encore de laisser séjourner la tête de l'enfant dans l'utérus assez longtemps pour déterminer chez la mère des accidents promptement mortels. Au point de vue exclusif de l'art, nous croyons savoir que M. Lepilleur s'est trouvé dans un de ces cas urgents où l'on opère sans songer au diplôme, comme on coupe une corde de pendu sans songer au commissaire.

A Tours, c'est le docteur B..., ancien chirurgien-major de la garde impériale, et jadis professeur d'anatomie à l'École de médecine de cette ville, qui intente une action au sieur Soudié, son voisin, pour les dégats et détriments que le chien d'icelui (chien d'assez mauvais caractère, du reste, comme vous allez en juger) a fait subir à sa santé, à son repos, à son pantalon et à son paletot. Le 9 août dernier, le vénérable docteur s'était levé de très bonne heure, dit la chronique, et se disposait à faire une longue promenade sur le coteau de Saint-Cyr, lorsque le chien susdit se rua sur lui et le mordit vigoureusement à la cuisse. Aussitôt notre pauvre confrère de se croire enragé et de s'enfoncer un fer rouge jusqu'à la garde dans la morsure. Ce nonobstant, poursuivi nuit et jour par ses terreurs hydrophobiques, il vient à Paris consulter M. Velpeau, qui le rassure de son mieux.

Néanmoins, le calme ne commença à renaître dans l'esprit de M. B... que le jour où tous les vétérinaires de la contrée attesté-

nº 51, p. 813), emprunté à la DEUTSCHE KLINIK un article contenant un tire-balle conçu par le professeur Langenbeck sur le même principe que la curette articulée de M. Leroy (d'Étiolles). Une lettre de M. le docteur Didot, membre de l'Académie de médecine de Belgique, directeur de l'école de médecine vétérinaire de *Cureghem*, nous rappelle que, dès 1849, ainsi que le constate une communication reçue par l'Académie dans la séance du 23 mars 1850, il avait imaginé et fait exécuter un tire-balle qui répète précisément la curette articulée de M. Leroy, et qui porte de plus un foret analogue à celui que M. Dubowisky (de Saint-Pétersbourg) avait ajouté à la curette, pour briser par éclatement de petits calculs uréthraux. Le tire-balle de M. Didot se trouve donc, par cette combinaison, muni d'un tire-fond. En confirmant l'assertion de notre confrère, nous devons ajouter que le gouvernement russe a mis à profit son invention.

— Parmi les thèses récentes des Facultés de médecine, quelques-unes, soit par leur valeur intrinsèque, soit par le sujet traité, méritent de fixer l'attention.

Nous mentionnerons en premier lieu celle de M. Peter, intitulée : *Quelques recherches sur la diphthérite et sur le croup, faites à l'occasion d'une épidémie observée à l'hôpital des Enfants en* 1858 (29 décembre 1859). En écartant de cette thèse les *propositions* et *conclusions* empruntées au travail que la Faculté de Paris a couronné dans sa dernière séance annuelle, on y trouve encore d'excellents documents sur les points essentiels de l'histoire de la diphthérite.

L'angine diphthéritique est quelquefois précédée, ou accompagnée, ou suivie d'érythème cutané, dont la forme est tantôt franchement scarlatineuse, tantôt indéterminée ou analogue à une éruption rubéolique anomale. Quel rapport existe-t-il entre l'affection de la muqueuse et celle de la peau? Un habile et judicieux médecin de l'hôpital des Enfants, M. G. Sée, a cru pouvoir admettre l'existence d'un *érythème diphthéritique*, c'est-à-dire d'un érythème procédant de la diphthérite, dont elle serait une émanation plus ou moins directe. La petite épidémie observée par M. Peter jette quelque jour sur cette question. La scarlatine y a constamment cotoyé l'angine, comme, du reste, on l'avait déjà vu assez souvent. Or, quand on rapproche les diverses expressions de la lésion cutanée; quand on les voit s'enchaîner, se graduer, s'associer — ici une scarlatine manifeste, avec toutes ses périodes; là une scarlatine évidente encore, mais sans desquamation; ailleurs une simple rougeur érythémateuse, soit uniforme, soit plaquée ou ponctuée, — on est disposé à ne voir, avec M. Peter, dans toutes ces éruptions, qu'une scarlatine modifiée. Notre jeune confrère force peut-être l'interprétation du fait en rapportant la coexistence de l'angine et de la scarlatine au concours de *deux poisons contagieux*. De même que l'angine scarlatineuse ordinaire ne suppose pas l'action d'un poison autre que celui qui engendre la scarlatine elle-même, de même il est vraisemblable que diphthérite et érythème cutané sont un double effet d'un même état morbide général.

M. Peter a consigné dans cette thèse le récit détaillé des expériences d'inoculation qu'il a tentées sur lui-même, et dont nous avons eu déjà l'occasion de parler. On sait que le résultat de ces expériences, qui sont au nombre de trois, a été négatif, soit que de la matière diphthéritique ait été introduite entre les paupières, soit qu'elle ait été portée à l'aide d'un pinceau sur les amygdales, le pharynx et le voile du palais, soit qu'elle ait été inoculée au moyen d'une lancette sur la muqueuse de la lèvre inférieure. Ces expériences, corroborées par celles de M. Trousseau (*Dictionnaire* en 30 volumes, article DIPHTHÉRITE), et celles qui ont été tentées à Alfort sur les gallinacés (*Dictionnaire de médecine de vétérinaire*, par MM. Bouley et Reynal, t. I, p. 605), sont certainement de nature à refroidir les partisans les plus chaleureux de l'inoculabilité de la diphthérite; et pourtant, en tenant compte du peu de fixité, nous dirions volontiers du caprice, auquel sont sujets les divers modes de transmission contagieuse; en examinant de près d'autres expériences, données, pour ainsi dire, par la nature, notamment les cas de diphthérite mammaire consécutive à l'allaitement d'enfants atteints d'angine couenneuse (*Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 709), il est impossible de rompre entièrement, quant à présent, avec la doctrine de l'inoculabilité, et M. Peter lui-même n'ose pas la condamner en termes formels.

Une question importante, et qui est l'objet principal de cette thèse, est celle de la distinction établie, depuis les travaux de M. Bretonneau, entre l'*angine couenneuse commune* (1) et la vraie *diphthérite*. On admet que, caractérisées toutes deux par la production de fausses membranes dans la gorge, elles se différencient en ce que la première est une affection tout à fait locale, non spécifique, non septique, peu dangereuse, n'ayant pas même de tendance à étendre sa

(1) L'auteur dit n'avoir jamais rencontré sur un total de plus de 200 angines pseudo-membraneuses celle que M. Gubler désigne sous le nom d'*herpétique* et qui débuterait par l'apparition de vésicules; mais il présume, d'après les caractères attribués à cette forme nouvelle, qu'elle doit être rapprochée de l'angine couenneuse commune.

---

rent par un certificat, dûment légalisé, que le chien du sieur Soudié pouvait bien être un profond scélérat et un franc vaurien, mais qu'à coup sûr il n'était pas enragé. Délivré de tout souci sur le compte de sa santé, notre docteur se rappelle le sort cruel de ses vêtements, et, pris d'une juste pitié pour ces vieux serviteurs, il réclame en leur faveur des dommages-intérêts, à savoir : 14 francs pour le pantalon et 50 francs pour le paletot, plus 150 francs, probablement pour le caleçon et le gilet de flanelle. Le tribunal, touché de tant d'infortunes, condamne le sieur Soudié à payer à M. B... 500 francs, et met les dépens par moitié. S'il nous était permis de donner un conseil à notre bon confrère de Tours, nous l'engagerions à distraire de cette somme le prix d'une muselière, pour la décerner en étrennes au chien coupable.

Je ne vous parlerai point de l'affaire Vriès; c'est déjà de l'histoire ancienne, et pour peu que vous lisiez n'importe quelle feuille périodique, vous en savez aussi long que moi au sujet de cet audacieux émule d'Arlequin et de Robert-Macaire, qui fut tour à tour acrobate, réformateur, prophète, physicien, géomètre, guérisseur de cancers, et finalement... convaincu d'escroquerie. Mal lui en a pris d'avoir maille à partir avec M. le président Bontin, qui n'a pas la vue basse, et qui n'étant guère disposé à se laisser prendre aux couleurs, a trouvé que ce soi-disant *docteur noir* n'était pas *bon teint*. Ce qui n'a point empêché notre homme de ne pas sortir blanc d'entre les mains de ses juges.

Croiriez-vous qu'il y a, par le monde, des gens sensibles et surtout des dames, à qui cette condamnation fait tomber les bras et les cheveux? Que ces bonnes âmes se consolent! Vriès est mort, vive Vriès! Voilà qu'il en surgit un au septentrion, l'autre au midi. Et comment un si bel exemple n'aurait-il pas trouvé d'imitateurs? Le métier pouvait bien paraître bon, alors que les chroniques parisiennes ne retentissaient que des cures merveilleuses et des magnificences sardanapalesques de l'aventurier Siamois. — On me demandera peut-être de quelle couleur sont les pseudo-Vriès dont je parle. Je l'ignore, mais je présume qu'ils ne sont noirs ni l'un ni l'autre. M. Reed, en sa qualité d'anglais, doit être blond; M. Martinez doit être brun, puisqu'il est espagnol. A la différence

manifestation anatomique, tandis que la seconde, effet d'une intoxication particulière, détermine, avec une plus grande diffusion des produits pseudo-membraneux, une plus profonde atteinte aux forces radicales de l'organisme. L'auteur regarde cette séparation comme arbitraire. En suivant pas à pas la généalogie d'angines successivement déclarées chez les membres d'une même famille ou dans un cercle de personnes en communications réciproques, il montre aisément que les deux formes d'angine s'engendrent mutuellement par voie contagieuse; bien plus, que si l'angine couenneuse commune peut venir de l'angine diphthéritique, ou la diphthéritique de la commune, l'angine simple ou inflammatoire elle-même peut venir des deux premières. Il montre aussi que l'angine couenneuse la plus bénigne en apparence, la plus localisée, peut « faire périr les malades, non point par obstacle à l'hématose, mais par atteinte directe portée à la vitalité. » Sous ce rapport, l'observation de M. Peter est conforme à ce qu'enseigne l'histoire de la plupart des épidémies. La dysentérie simple se rencontrant avec la dysentérie typhique, la cholérine avec le choléra, l'entérite avec la fièvre typhoïde, etc., répondent à l'alliance des angines bénignes et des angines graves; et si l'on veut un pendant à la génération réciproque de ces deux états morbides par voie contagieuse, on le trouvera dans le groupe des ophthalmies, où l'on sait que la forme granuleuse la plus légère peut donner naissance à la forme purulente, celle-ci à celle-là, ou l'une et l'autre à la forme simplement catarrhale. Il est très vrai encore que, dans les affections épidémiques, la bénignité apparente des symptômes ou le peu d'étendue des lésions locales sont loin de mesurer le degré de gravité du mal : exemple, la fièvre puerpérale. Seulement, il nous semblerait peu rigoureux de transporter à l'état sporadique les données de l'état épidémique; et il se peut, comme nous inclinons à le croire, que l'exactitude incontestable des observations faites par M. Péter à l'hôpital des Enfants n'infirme en aucune façon les assertions de M. Bretonneau. Il nous paraît hors de doute, au moins, que la maladie appelée par le médecin de Tours *angine couenneuse commune* ne présente fréquemment une bénignité réelle.

Il est un point de vue sous lequel la question de la gravité relative des diverses angines pourrait être considérée, et dont l'auteur aurait tenu compte, sans doute, s'il eût consacré un chapitre à la description anatomique des angines pseudo-membraneuses. A côté de l'angine couenneuse commune et de l'angine diphthéritique, dans lesquelles des lambeaux de membrane plus ou moins solide s'étendent, en y adhérant, sur les amygdales et le pharynx, il y a une angine qui se distingue des premières par le dépôt d'une matière pulpeuse blanche, caséiforme, que l'on détache aisément par le raclage. Nous ne parlons pas ici du détritus mou qui se forme à une période avancée de la diphthérite réellement couenneuse, mais bien de l'angine pultacée primitive. A nos yeux, cette forme est rarement grave, bien qu'elle puisse, elle aussi, se rencontrer concurremment avec l'angine couenneuse, en temps d'épidémie. Est-ce aussi l'avis de M. Peter?

— Une très bonne thèse, qui date déjà de six mois (8 juillet 1859), est celle de M. Valentin Brocard, sur l'*emploi des douches et des affusions froides dans le traitement de la folie et des névroses hystériques et hypochondriaques.* C'est un plaidoyer très bien raisonné contre l'usage des *bains de surprise* et des *douches froides* à forte percussion, dans le traitement de l'aliénation mentale; moyens barbares, susceptibles d'aggraver l'état mental en jetant de pauvres patients dans une terreur profonde, et de faire subir à l'organisme un ébranlement dangereux en perturbant brusquement la circulation et amenant une sorte d'asphyxie. M. Brocard est, croyons-nous, sur ce point, l'interprète de la plupart des aliénistes. Le principal défenseur des douches froides, M. Rech (de Montpellier), a fait peu de convertis. Tout ce que l'on pourrait, avec quelque fondement, essayer de retenir de cet ancien usage thérapeutique, ce serait son application restreinte et mitigée à certaines formes où prédomine la torpeur intellectuelle et morale. Il est, ce nous semble, des circonstances où une forte secousse, imprimée de temps à autre à la circulation cérébrale, en en surveillant et réglant avec oin les effets directs ou éloignés, pourraient n'être pas sans avantages. Mais nous ne doutons pas plus que l'auteur de la supériorité des bains prolongés et des affusions fraîches *dans le traitement de la manie aiguë, du délire aigu simple, du délire des ivrognes, de la manie puerpérale et des monomanies tristes avec symptômes aigus.* Il résulte de ses observations que, des différentes formes mentales qui viennent d'être citées, celle qui a paru la moins docile à ce moyen de traitement, est la folie alcoolique dépendant de prédispositions héréditaires. Sous ce rapport, un autre jeune docteur, M. Auguste Motet, dont la dissertation inaugurale est consacrée à l'*alcoolisme* (9 décembre 1859), paraît avoir été plus heureux : « Pour nous, dit-il, qui l'avons tant de fois utilement employée (la méthode des bains prolongés avec affusions froides), nous avons dans ce moyen une grande confiance. »

---

près des procédés thérapeutiques, ce bon M. Martinez était un Vriès au petit pied : même ignorance, même outrecuidance, même rapacité, même méthode pour soutirer l'argent des bourgeois trop crédules. Comprend-t-on cet effronté castillan, qui, prenant au pied de la lettre les paroles de Louis XIV, s'est figuré qu'il n'y avait plus de Pyrénées, et a trouvé convenable de s'installer à Toulouse, avec le même sans-façon qu'il l'eût fait à Séville ou à Salamanque! Les successeurs de Cujas, voulant sans doute que Martinez n'eût rien à envier à son modèle, l'ont condamné à cinq ans de prison et 1000 francs d'amende. Certes, voilà une belle prime d'encouragement pour les guérisseurs de cancer !

Est-ce assez de tribunaux comme cela? Encore une petite anecdote judiciaire, si vous le voulez bien; d'autant que vous pourrez, au besoin, en faire votre profit, surtout si vous avez, parmi vos clientes, des dames et des demoiselles vouées au blanc..... de Vénus. On l'appelle encore blanc de lys, blanc de perle, blanc de Rachel. Eh bien! tous ces blancs-là viennent de s'asseoir récemment sur les bancs de la police correctionnelle. Le blanc au sous-nitrate de bismuth accusait le blanc à la céruse d'être un empoisonneur; entre autres méfaits, il lui reprochait amèrement les ravages exercés sur la peau, voire sur la cervelle, de maints et maintes artistes dramatiques, il y a quelques mois à peine. Dame céruse est montée sur ses grands chevaux, et elle a intenté à son tour une action en diffamation contre le sieur nitrate de bismuth. Par l'organe de Me Massu, elle a fait un pompeux étalage de sa généalogie, de ses quartiers de noblesse et de ses états de services. Elle a invoqué le témoignage d'Ovide et de Martial pour prouver que son blason était aussi vieux que l'Olympe, qu'elle le tenait de Jupin lui-même, et qu'elle était fournisseuse brevetée de Junon, de Vénus, de Cérès et d'autres princesses des temps héroïques; elle a démontré qu'elle jouissait d'une estime et d'une confiance sans pareilles parmi les dames d'Athènes et les matrones de Rome, et que c'est à elle seule que toutes les Jésabel, les Aspasie et les Ninon des siècles passés ont dû

...cet éclat emprunté
Qui réparait des ans l'irréparable outrage.

Ce n'est pas seulement contre l'aliénation mentale confirmée que M. Brocard vante les effets des bains, douches faibles et affusions. Il en a également tiré un excellent parti contre l'affection désignée dans ces derniers temps sous les noms d'*état nerveux, névropathie protéiforme et névrosisme*. Ce résultat n'a rien assurément de bien nouveau; mais il n'est pas inutile de le rappeler aux médecins qui, dans la pratique civile, mettent rarement assez de suite et de vigueur dans l'emploi de ces moyens, notamment des bains (qui doivent être de quatre, cinq, dix, vingt heures et plus), pour pouvoir en apprécier sainement l'efficacité.

— Nous avons déjà signalé à nos lecteurs l'excellence de Madère comme station d'hiver pour les phthisiques (1858, p. 877 et 892). Nous n'y reviendrons pas. Mais nous voulons au moins signaler la volumineuse thèse présentée sur ce sujet à la Faculté de médecine de Montpellier, par M. Mourao Pitta (de Lisbonne), médecin de l'hôpital des phthisiques à Madère. Ce travail, de 250 pages in-4°, pensé avec sagesse, dégagé d'enthousiasme et de parti pris, contenant les documents les plus précis sur les caractères climatologiques de l'île, et de nombreuses statistiques médicales, nous a rappelé, par sa forte contexture, le beau mémoire de M. Rochard sur l'*Influence de la navigation et du séjour dans les pays chauds*. Quand M. Pitta conclut que des apparences de phthisie commençante chez des sujets héréditairement prédisposés disparaissent « assez habituellement » à Madère; que les tubercules au premier degré s'arrêtent d'ordinaire dans leur développement, et que, « chez plusieurs, » si l'on consent à se rendre trois ou quatre années de suite dans l'île, la guérison se confirme; que « *on a vu* la maladie à la seconde période se suspendre, rétrograder et les sujets reprendre des forces; que des phthisiques au troisième degré ont pu jouir longtemps d'une « existence supportable; » quand on entend, disons-nous, le langage modeste de la part d'un praticien du lieu, nous estimons qu'on peut le croire sur parole. Pourquoi Madère est-il si éloigné? Mais aussi pourquoi la phthisie pulmonaire est-elle une si redoutable maladie?

— Une dissertation de M. Leraton sur la goutte (4 novembre 1859) nous fournit l'occasion de dire un mot sur deux moyens topiques peu usités aujourd'hui. Le premier est le fameux *cataplasme de Pradier*. Il est fait avec la farine de lin ordinaire et arrosé avec un mélange d'alcool, de baume de la Mecque et des teintures de quinquina rouge, de safran, de salsepareille et de sauge. Hallé, qui a fait un rapport sur ce remède à l'Académie de médecine, lui attribuait la propriété d'accélérer la marche des accès de goutte, de calmer quelquefois très promptement les douleurs, et de faire naître à la surface de la peau une diaphorèse abondante. Plus tard, ce moyen ayant déterminé quelques accidents, Hallé, sans revenir sur le jugement assez favorable qu'il en avait porté, recommanda de l'employer avec ménagement. M. Gendrin, qui l'a expérimenté, ne lui attribue, au dire de M. Leraton, d'autre efficacité que celle du cataplasme simple. Il est évident, en effet, qu'on pourrait modifier de bien des manières la composition de la liqueur; et, pour notre part, nous avons employé fréquemment un mélange des teintures de myrrhe, d'opium et de quinquina. Mais c'est trop dire que de mettre le topique au niveau de la simple bouillie de farine de lin. Dans la goutte atonique, même très douloureuse, mais avec pâleur des tissus, le mélange indiqué tout à l'heure nous a paru de quelque efficacité.

L'autre moyen que nous voulions rappeler est celui des compresses mouillées et des affusions froides. Malgré l'exemple d'Harvey, qui les employait sur lui-même, beaucoup de médecins n'osent y recourir dans la crainte des répercussions. Nous avons connu une dame, morte à environ quatre-vingts ans, qui, pendant plus de vingt années n'a fait autre chose contre ses accès de goutte, qui étaient très violents, que de mettre ses pieds sous le robinet de sa fontaine et de les exposer, jusqu'à cessation des douleurs, à un filet d'eau. C'est une question sur laquelle nous hésiterions à nous prononcer formellement, que celle de savoir si l'on ne s'expose pas plus à une goutte viscérale en laissant se développer un accès, qu'en le réprimant aussitôt par des applications, nous ne dirons pas glacées, mais fraîches, — moyennant toutefois certaines précautions dont nous dirons un mot plus loin. Ce qu'il y a d'avéré, c'est que le rhumatisme frappe l'endocarde au moment où il est en pleine activité dans les articulations.

— Cette thèse de M. Leraton nous amène à parler ici d'un travail récemment publié par M. Galtier Boissière, et qui a également la goutte pour sujet. M. Galtier est goutteux, et c'est parce qu'il n'ignore pas le mal qu'il a voulu apprendre à secourir les malheureux. Son mémoire n'est pas un exposé de recherches nouvelles sur la goutte et son traitement; c'est une monographie, mais assurément la plus complète, peut-être la plus instructive qu'on puisse lire, et éclairée en plusieurs points essentiels par ces notions positives, certaines, pour ainsi dire intimes, que fournit l'observation médicale de soi-

---

Enfin, elle a présenté son adversaire comme un jeune intrigant, un vil jaloux, un pâle concurrent, dont la blancheur éphémère ternissait bien vite au moindre souffle d'hydrogène sulfuré, et qui cherchait à renverser à son profit une réputation séculaire par de calomnieuses imputations. Me Massu a si bien fait, qu'il a obtenu pour sa cliente le renvoi des fins de la prévention de tromperie et d'empoisonnement. Est-il parvenu à la faire absoudre de toutes les charges portées contre elle, et à réparer entièrement l'échec que paraît avoir subi son innocence? Nous ne le croyons pas, et en dépit de tous ses titres à la faveur de la plus belle moitié du genre humain, croyez-moi, cher lecteur, engagez vos clientes à se passer le plus possible des bons offices de la dame blanc de lys, née céruse.

Nous avions encore bien d'autres historiettes à vous conter, mais vous voyez où nous a conduit cette excursion à travers les chambres du tribunal correctionnel. Le feuilleton, aussi bien que votre bienveillance, a ses limites, que nous ne saurions franchir sans mal faire.

Donc, à un prochain numéro la fin de nos radoteries, si vous le voulez bien.

Dr A. LINAS.

La Société impériale de médecine de Constantinople ayant remarqué que la GAZETTE D'ORIENT de novembre, dans quelques-unes de ses parties, ne correspondait pas à ses vues, en a décidé la suppression, et c'est en conséquence de cette décision que les numéros 8 et 9 viennent d'être fondus en un seul, celui de décembre.

A cette occasion, le comité de publication de la GAZETTE a donné sa démission, et il a été remplacé par un nouveau comité, composé de MM. Bartoletti, Davout, G. Della Sudda, Hubsch, Léon, Mühlig, Sarell, Servicen, I. Spadaro et Vuccino, qui sont entrés immédiatement en fonctions.

même. Le premier sentiment qu'on éprouve en la lisant (outre le plaisir attaché à la lecture d'un *avant-propos* plein d'érudition), c'est la conviction rassurante, qu'il est utile de ranimer même chez bon nombre de confrères, que la prophylaxie et le traitement de la goutte sont beaucoup moins obscurs et moins efficaces qu'on ne se plaît à le dire. Le chapitre intitulé *Pathogénie* donne la clef de presque tout le reste. En termes brefs, ce chapitre expose avec une clarté et une précision remarquables la théorie de la production de la goutte par excès d'acide urique. Des principes immédiats qui forment la base des aliments, les uns dits plastiques, protéiques, quaternaires, azotés, albuminoïdes (albumine, fibrine, caséine), contiennent de l'oxygène, de l'hydrogène, du carbone et de l'azote; les autres, appelés respiratoires, hydrocarbonés, ternaires (graisse, beurre, huile, amidon, sucre, etc.), renferment aussi de l'hydrogène, de l'oxygène, du carbone, mais point d'azote. L'oxydation de ces divers matériaux est l'acte fondamental de la vie, et cette oxydation est opérée par l'oxygène atmosphérique incessamment absorbé. Les principes qui ont le moins d'affinité pour l'oxygène sont les principes azotés. Si la combustion qu'ils subissent est suffisante, ils se transforment en urée, dont la formule chimique est $H^4C^2Az^2O^2$, et qui, étant très soluble, est facilement éliminée par les urines. Si cette combustion est insuffisante, ils restent, dans une certaine proportion, à l'état d'acide urique, représenté par la formule $C^{10}H^8Az^8O^6$, moins oxygéné conséquemmnnt que l'urée, et moins soluble. Or, toutes les causes productrices de la goutte (vie sédentaire, alimentation trop azotée, exposition au froid et à l'humidité, etc.), sont précisément celles qui peuvent rendre imparfaite l'oxydation des matériaux nutritifs ou empêcher l'élimination de leurs résidus; et en même temps, l'excès d'acide urique contenu dans le sang des goutteux, les dépôts d'urate qu'on rencontre dans leurs tissus, la gravelle urique à laquelle ils sont sujets, répondent parfaitement à la théorie que nous venons de rappeler.

En présence de cet état de choses, les indications du traitement à la fois prophylactique et curatif de la goutte ne présentent aucune obscurité. Activer la combustion des matériaux nutritifs par l'exercice musculaire, dont l'effet sur l'homme comme sur les animaux (Lehmann, Gavarret), est de diminuer la quantité d'acide urique contenu dans le sang, en augmentant celle de l'urée; user de boissons abondantes, comme l'a déjà conseillé M. Bouchardat, pour faciliter la dissolution de l'acide urique; ne prendre de café, de liqueur, de thé, qu'autant que cela facilite la digestion; suivre un régime alimentaire mixte, c'est-à-dire en partie animal et en partie végétal; néanmoins y faire entrer en proportion prédominante les aliments non azotés et les végétaux qui, bien que contenant les mêmes principes alimentaires que les animaux, ont l'avantage de fournir des sels (malates, citrates, etc.) et des acides qui se convertissent dans l'économie en carbonates alcalins et diminuent par là l'acidité du sang et de l'urine; augmenter la sécrétion urinaire et diminuer la douleur par l'emploi du sulfate de quinine, qui produit simultanément ces deux effets, ou par l'administration du colchique, qui agit peut-être aussi sur le symptôme douleur, mais plus particulièrement sur le système urinaire et sur le tube digestif; enfin, rendre le sang moins acide par l'usage des alcalins en boissons et en bains; alcaliniser les parties malades par des frictions avec des liqueurs appropriées; tels sont les éléments d'un traitement rationnel de la goutte.

Nous parlons ici de la maladie en elle-même et non des accès. Ceux-ci doivent-ils être respectés, comme le conseillent d'excellents auteurs, notamment M. Pidoux? Oui, si tout se borne à une répression passagère; non, à notre sens, si cette répression est soutenue par l'emploi énergique des moyens généraux rappelés tout à l'heure, surtout de ceux qui ont pour effet d'activer la combustion des principes nutritifs et de faciliter l'élimination des produits. C'est l'avis de M. Galtier, et notre expérience propre nous y rattache.

A lire ce trop rapide résumé, il semblera peut-être que le travail de notre confrère ne consiste qu'en un habile arrangement de matériaux empruntés. Ce serait assurément notre faute. Sur chacun des points que nous n'avons pu que toucher, le mémoire abonde en aperçus judicieux, en faits pratiques, en conseils utiles. On consultera surtout avec fruit les détails relatifs à l'administration interne des alcalins et de la teinture de colchique. L'expérience a prouvé à M. Galtier que les préparations de potasse étaient infiniment plus efficaces que celles de soude. Il emploie de préférence le bitartrate potassique, à la dose de 1 à 2 grammes par jour dans un litre de liquide. Quant à la teinture de colchique, il ne l'administre que de deux jours l'un (en la faisant alterner avec le sulfate de quinine) et commence par la faible dose de 32 gouttes par jour, qu'il augmente d'un quart tant que la diurèse et la diaphorèse ne s'établissent pas, mais sans que jamais la dose quotidienne dépasse 6 grammes. Avec grande raison selon nous, il rejette ces doses de 15 grammes et plus que recommandent plusieurs médecins, que nous avons essayées nous-même assez souvent, mais que, pour cette raison même, nous sommes autorisé à déclarer inutiles, quand elles ne sont pas périlleuses. Que si enfin on élève des doutes sur l'efficacité de tout cet appareil de prophylaxie et de thérapeutique, nous répondrons avec M. Galtier, avec Réveillé-Parise et d'autres, que peu de personnes, malades ou médecins, sont en droit de se prononcer sur cette question, parce qu'il en est très peu qui aient proportionné le moyen à la fin, c'est-à-dire attaqué la goutte avec la vigueur, la persévérance, et toutes les armes que nécessite un état diathésique aussi caractérisé, qui a presque toujours eu le temps de s'installer solidement avant qu'on ait pensé seulement à s'en débarrasser. « Une suite de quatre générations, au moins, dit l'auteur, m'a transmis la prédisposition à cette maladie. Mes jeunes ans ont été attristés par le spectacle des tortures dont elle a longuement martyrisé mon père, et deux fois déjà, à une année environ d'intervalle, j'en avais subi des attaques caractérisées, quand, par un traitement qui n'a rien de bien nouveau...., je m'en suis, depuis plus de treize ans, presque entièrement préservé. »

— Nous rencontrons enfin parmi les thèses de Paris, celle de M. Guyenot, qui, par une expérience décisive et qui a fait du bruit (*Gazette hebdomadaire*, 1859, page 234), a donné une preuve si convaincante de l'inoculabilité de la syphilis secondaire. M. Guyenot, dans un exposé aussi bien ordonné que bien raisonné et bien écrit, a rappelé tous les faits, antérieurs ou postérieurs au sien, qui conduisent manifestement à la même conclusion. Mais, comme il le dit, « il est temps de clore une discussion stérile. » Aussi passerons-nous sur le sujet propre de sa dissertation pour ne nous attacher qu'à l'*Appendice*. Cette partie additionnelle est consacrée à l'exposé de deux observations de syphilis constitutionnelle, *transmise par le vaccin*. Ces observations, dues à M. Lecoq, chirurgien-major d'infanterie de marine, avaient été déjà adressées par lui à l'Académie de médecine (*Gaz. hebdomadaire*, 1859, page 491); mais, n'ayant pu alors nous en procurer

qu'un extrait en quelques lignes, nous croyons devoir les reproduire plus longuement d'après le texte communiqué à M. Guyenot par M. Depaul, à qui M. Lecoq les avait transmises.

Obs. I. — Le 4 mai 1858, le nommé P....., âgé de vingt-cinq ans, du 1[er] régiment d'infanterie de marine, fut soumis aux revaccinations prescrites par le règlement; trois piqûres furent faites à chaque bras. Le virus vaccinal avait été fourni par de bonnes pustules prises au bras d'un autre militaire ayant eu, trois mois auparavant, un chancre induré à la verge, fait qui ne fut connu que par les renseignements ultérieurs. Examiné huit jours après, on trouve les pustules avortées; l'une d'elles s'enflamme un peu plus tard et devient le siége d'une ulcération qui, peu à peu, revêt tous les caractères d'un chancre induré; sa base est dure au toucher, une adénopathie multiple se fait sentir dans l'aisselle, du même côté. Plus tard encore, troubles généraux, syphilides, qui ne permettent pas le moindre doute.

Obs. II. — Le nommé P..... (Désiré), âgé de vingt-cinq ans, est également revacciné, le 4 mai, avec du vaccin pris à la même source. On voit des phénomènes en tout semblables à ceux que nous venons de décrire se produire chez ce sujet : avortement des piqûres, ulcération à la place de l'une d'elles, s'étendant peu à peu, se creusant, s'indurant et s'accompagnant d'engorgement multiple des ganglions axillaires; puis, plus tard, symptômes généraux, syphilides, en un mot, vérole confirmée.

— Dans le service même de M. Ricord, à l'hôpital du Midi (*intérim* de M. Bauchet), vient de se présenter un cas tout à fait authentique de *double vérole constitutionnelle*. Authentique, disons-nous; personne n'en doutera, après la lecture de cette phrase, empruntée à la note où M. Delestre, interne de service, raconte le fait dans le Moniteur des sciences (numéro du 14 janvier) : « M. Bauchet a laissé MM. Ricord, Cullerier et Puche examiner et interroger le malade, et ce n'est qu'après leur examen, fait avec soin, *et la confirmation* de son diagnostic, que M. Bauchet m'a autorisé à publier cette observation importante. »

Il s'agit d'un brossier âgé de quarante-cinq ans, qui, en 1838, entra à l'hôpital du Midi avec un chancre cicatrisé, mais dont l'induration subsistait encore; des taches rouges sur la partie interne des bras, du ventre et de la poitrine; des plaques muqueuses sur la cicatrice et sur les bourses. Le diagnostic porté par M. Ricord, et dont la mention a été retrouvée sur le livre de l'hôpital, était ainsi formulé : *chancre; syphilis*. Les accidents cédèrent à l'emploi du proto-iodure de mercure.

Au mois de juin 1859, rapport suspect; trois semaines après, apparition d'un chancre sur le fourreau de la verge; puis, deux ou trois jours après, de deux autres chancres, l'un encore sur le fourreau, l'autre sur l'ancienne cicatrice (dans le sillon blanc-préputial). Le premier n'a pas été vu par l'auteur du récit; mais les deux autres offraient des *types de chancres indurés*. Adénite bi-inguinale multiple indolente; adénite cervicale postérieure; on ne prescrit pas de traitement local, et l'on recommande au sujet de venir tous les huit jours à la consultation. Deux mois après l'apparition des chancres, quelques taches rosées papuleuses se montrent sur le ventre. Huit jours plus tard, les bras, la poitrine, le ventre se couvrent de syphilides papulo-lenticulaires. Croûtes dans les cheveux; plaques muqueuses sur la luette. On administre le proto-iodure mercure, qui fait disparaître à peu près tous les accidents en trois semaines.

Ainsi, à vingt ans d'intervalle, chancres indurés, suivis chaque fois d'accidents secondaires; quelle démonstration plus péremptoire de l'existence d'une double vérole constitutionnelle?

M. Ricord, nous nous plaisons à le reconnaître avec l'auteur de l'article, n'avait pas rejeté la possibilité d'exceptions à sa loi de l'unicité; mais jusqu'ici il avait, à l'aide d'interprétations diverses, écarté tous les faits où les observateurs mêmes de ces faits avaient cru reconnaître l'exception bien et dûment réalisée. C'est un hasard heureux que les deux scènes se soient passées sous les yeux mêmes de M. Ricord. Les interprétations et explications ont parfois leur mérite; mais il n'est que de voir les choses pour s'en faire une juste idée, et de les écrire pour se les rappeler.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des polypes veineux, ou de la coagulation du sang dans les veines, et des oblitérations spontanées de ces vaisseaux, par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite. —Voir les numéros 51 et 52, tome VI, et numéro 2, tome VII.)

État des parois veineuses. — Quand l'oblitération n'est pas ancienne, le vaisseau est dur et distendu comme par la matière d'une injection. Il peut être dilaté, doublé, triplé de volume dans une étendue plus ou moins considérable, offrir des renflements cupuliformes latéraux, un état variqueux, des ulcérations, des perforations avec pénétration, dans son conduit, de la matière cancéreuse qui l'enveloppe. D'autres fois les points obstrués sont affaissés et moins résistants à la pression; les divisions secondaires, consécutivement obstruées par des caillots plus ou moins récents, sont plus ou moins tendues, mais conservent leur souplesse.

Dans un ou plusieurs points d'une obstruction, et ceux-ci séparés par des portions de vaisseaux obstrués ou non, mais dont les parois sont saines, la veine, dans une étendue qui peut varier de quelques centimètres à toute l'étendue d'un tronc principal, et même à ses divisions, offre presque toujours des traces extérieures de phlegmasie.

Elle est enveloppée d'un tissu cellulaire rouge et friable dans l'épaisseur d'un à quelques millimètres ou plus, et, dans ce cas, l'altération envahit le tissu qui enveloppe la veine, l'artère et le nerf collatéraux.

Cette rougeur, très vive, et même ecchymotique dans certains cas, se modifie avec le temps, et prend une teinte noirâtre, ardoisée, briquetée, jaunâtre, café au lait.

Après un temps ordinairement assez court, ce tissu se condense par l'organisation de la matière plastique versée dans ses mailles, et, par suite, réunit entre eux, dans une sorte d'enveloppe fibreuse d'une dissection assez difficile, la veine, l'artère et le nerf. La paroi de la veine ainsi épaissie et indurée, plus résistante, est, comme on le dit, *artérialisée*.

A l'intérieur de la veine le caillot est libre ou adhérent. Dans le premier cas, sa tunique interne paraît saine ou bien offre une rougeur plus ou moins vive, sorte de teinture que l'on peut attribuer à l'imbibition.

Dans le second, l'adhérence n'est qu'une simple agglutination établie par l'intermédiaire du fluide normalement exhalé par cette membrane et un peu condensé. En y faisant attention, pendant le décollement toujours facile du caillot, on voit légèrement filer ce fluide adhésif au point de séparation. Le caillot enlevé, la membrane reste lisse, polie et sans altération appréciable. Il peut en être ainsi sur tout le trajet d'une obstruction; mais le plus souvent il existe dans le voisinage des traces non douteuses de phlegmasie.

Dans ces points, la membrane est terne, dépolie, d'aspect muqueux, inégale et chagrinée, soit par des produits d'exsudation, soit

par des débris granuleux du caillot restés à sa surface. Même disposition s'observe sur la partie correspondante du caillot séparé; elle est d'un rouge plus ou moins foncé, vif ou terne, uniforme ou ponctué et tacheté, et dont les dégradations ultérieures donnent des teintes ardoisées, brunes, jaunâtres, etc., qui peuvent s'étendre aux parties ambiantes en traversant les parois du vaisseau.

Assez souvent cette membrane est ramollie et friable, altération partagée quelquefois par toute l'épaisseur de la veine. De même elle se détache avec facilité de la tunique moyenne, comme la tunique artérielle interne dans les mêmes circonstances, comme aussi le péritoine enflammé se sépare de la tunique musculaire de l'intestin par suite de la friabilité du tissu cellulaire sous-séreux. Cette altération doit singulièrement favoriser la dilatation et les renflements partiels dont il a été précédemment question; elle est aussi le point de départ de quelques ulcérations ou perforations, qui peuvent également succéder à de véritables abcès formés dans la continuité du canal veineux.

Les altérations qui viennent d'être exposées, et que l'on rencontre dans la très grande majorité des cas, la présence fréquente de pus au milieu des caillots, les fausses membranes qui s'y trouvent mélangées ou qui les enveloppent, doivent nécessairement donner à la phlébite une place importante dans l'étiologie des obstructions veineuses.

Si l'on prétendait que la phlébite est un effet et non une cause, je répondrais que cette phlegmasie est toujours limitée, et que si elle était l'effet de l'irritation causée par le caillot elle devrait se retrouver dans toutes les obstructions, sur toute la continuité des vaisseaux obturés.

Lésions consécutives. — Des infiltrations séreuses, des hémorrhagies interstitielles, des abcès, des suppurations articulaires sont les effets plus ou moins nécessaires ou fréquents des altérations que nous venons de passer en revue.

L'infiltration séreuse des parties desservies par une veine obstruée est presque toujours l'effet immédiat de cette altération; les hémorrhagies, beaucoup plus rares, peuvent être diffuses ou en foyers. Je possède une observation d'un foyer de ce genre dans l'épaisseur du grand pectoral, à la suite d'une obstruction du tronc brachio-céphalique. Dans le cerveau, où les vaisseaux privés de tunique celluleuse résistent moins que dans les autres parties, les hémorrhagies sont plus fréquentes, comme nous le verrons à propos des obstructions des sinus de la dure-mère. Ces lésions anatomiques sont les seules que l'on observe, en général, à la suite des oblitérations *spontanées*, qui n'ont pas pour cause manifeste une *phlébite aiguë*. Dans ce cas, on trouve toutes les altérations locales ou éloignées qui appartiennent à cette phlegmasie.

Comme faits concomitants on trouve, soit des lésions intestinales typhoïdes, soit des états tuberculeux ou cancéreux de différents organes, soit des lésions traumatiques, suites de couches, ou d'opérations, ou de blessures accidentelles, soit plus rarement des états inflammatoires, et plus rarement encore, mais non moins sûrement, aucune affection primitive dont on puisse faire dépendre l'obstruction de la veine. Ce sont des faits étiologiques dont j'apprécierai la valeur.

Symptômes de l'oblitération des veines des membres et de la région cervicale. — Ces symptômes sont : une douleur *locale* sur le trajet d'une veine principale, une douleur *diffuse* répandue dans toute l'étendue du membre, un affaiblissement musculaire, une coloration cyanique de la peau, un développement anormal des vaisseaux capillaires de cette membrane, la dilatation des veines superficielles, l'infiltration séreuse, des hémorrhagies, on prétend aussi la gangrène.

Sur le trajet des veines, l'existence d'une corde dure, comme si la veine malade était remplie par la matière solide d'une injection artificielle, des phénomènes généraux superficiels.

Apprécions chacun de ces phénomènes en particulier.

La douleur *localisée* n'est pas constante, aiguë, légère, obtuse; elle se confond parfois avec la douleur diffuse, et ne se révèle que sous l'influence de la pression. Elle existe sur le trajet d'un tronc veineux, s'accompagne parfois de tuméfaction fusiforme plus ou moins étendue, avec induration, rougeur érythémateuse, etc., symptômes locaux d'une phlébite, étendue aux tissus qui l'entourent.

La *douleur diffuse* se répand dans toute la continuité du membre, mais plus spécialement dans les masses musculaires ou sur le trajet des os, déchirante, aiguë, lancinante; elle simule une violente névralgie, et arrache des cris au malade, qu'elle livre en proie à de cruelles insomnies, augmentant par la pression, les mouvements, la position déclive, la chaleur ou le froid; avec des rémissions et des exacerbations irrégulières, et dont la cause n'est pas toujours appréciable.

C'est dans les parties profondes qu'elle se fait sentir, et non à la peau, qui conserve sa sensibilité tactile, ou s'anesthésie plus ou moins profondément, et même complétement dans des cas toutefois exceptionnels.

La douleur diffuse n'a pas toujours le même degré d'acuité. Elle a parfois des rémissions plus ou moins prolongées, et les malades ne s'en plaignent que durant les exacerbations. Elle peut même être remplacée par un sentiment d'engourdissement, de froid et de pesanteur, avec constriction, transformation d'une douleur initiale plus tranchée.

Quelle est la cause de ce phénomène?

Quand une phlébite aiguë enveloppe dans son atmosphère les vaisseaux et les nerfs collatéraux, on conçoit les irradiations de la douleur jusqu'aux radicules nerveuses; mais ce ne peut être là la cause principale, car, dans cette supposition, la peau devrait en être le siége, comme les parties profondes, ce qui n'est pas. D'un autre côté, la douleur n'est pas moins vive quand la phlegmasie ne s'est point étendue au dehors de la veine, ou même quand il n'y a pas de phlébite manifeste.

Dans l'oblitération des veines comme dans celle des artères, la douleur est sous la dépendance de l'arrêt de la circulation. Mais, tandis que dans un cas elle est syncopale, elle est asphyxique dans l'autre, et dépend de l'accumulation du sang veineux dans les vaisseaux situés au-dessous du point obstrué.

Un degré plus élevé d'asphyxie produirait l'anesthésie, les sensations de pesanteur, d'engourdissement, de froid.

La *paralysie*, à différents degrés, depuis un léger affaiblissement jusqu'à la défaillance complète, se montre avec la douleur. L'action musculaire manque tout à coup, et le membre s'affaisse plus ou moins complétement. Si c'est un membre inférieur, il arrive souvent que le malade fléchit et tombe.

Ici, la paralysie est asphyxique, elle est syncopale dans les oblitérations d'artères.

Tant que les voies collatérales ne se prêtent pas à une circulation supplémentaire suffisante, la paralysie se maintient à différents degrés. Les mouvements, si faibles qu'ils soient, se trouvent encore bridés par la douleur, qui s'avive à la moindre contraction musculaire.

Il se passe ici, comme dans les oblitérations artérielles, un phénomène assez remarquable, c'est la *rétraction* et la *demi-flexion* du membre, soit que l'action des fléchisseurs l'emporte sur celle des extenseurs, soit que par un sentiment instinctif le malade prenne cette position comme étant la moins pénible.

Coloration de la peau. Le sang veineux accumulé dans les capillaires donne à cette membrane une teinte ardoisée, lie-de-vin, bleuâtre, violacée, d'un rouge livide plus ou moins foncé. Toujours plus foncée à l'extrémité des membres, elle pâlit en remontant, et souvent se limite irrégulièrement par des lignes obliques.

Au milieu de ces teintes, on voit parfois des bandes, des zones, des plaques de capillaires injectés et offrant des dispositions sur lesquelles je reviendrai plus loin, des taches ecchymotiques plus ou moins larges, en plaques ou lenticulaires, en bandes irrégulières, en zigzags, circonscrivant un large cercle de vaisseaux supplémentaires.

Les teintes asphyxiques sont parfois à peine indiquées, et ne sont bien appréciées qu'en comparant la couleur de la peau du membre affecté avec celle du membre sain.

D'autres fois, enfin, la peau présenta dès le début une *blancheur mate*, devenue caractéristique d'une maladie des femmes en couches, que l'on a désignée sous le nom de *phlegmatia alba*, déno-

mination que l'on a, depuis, étendue aux oblitérations *spontanées* en général.

Bien que je n'aie cessé, au lit du malade ou dans mes cours, de faire ressortir les analogies qui rapprochent ces affections, il m'a toujours paru qu'elles avaient dans leur origine, leurs symptômes et leur marche, des dissemblances qui ne permettaient pas de les réunir sous une même dénomination. La question me semble assez importante pour mériter une courte digression.

La *phlegmatia* des femmes en couches est une affection complexe. La phlébite en est peut-être l'élément principal; mais à côté d'elle il y a souvent de la lymphite, un élément arthritique, une diathèse inflammatoire.

Or, l'oblitération spontanée est isolée primitivement, et elle se montre surtout dans les états cachectiques.

L'une s'établit progressivement, suit une marche centrifuge; aussi voit-on l'œdème marcher du tronc vers l'extrémité.

Tandis que, dans l'oblitération spontanée, l'œdème ainsi que les symptômes asphyxiques procèdent en sens inverse, de l'extrémité vers le tronc.

La *phlegmatia puerpérale* a une invasion graduelle; l'oblitération spontanée est presque toujours instantanée.

L'une a une durée souvent fort longue : un à plusieurs mois. Les symptômes de l'autre se modèrent généralement dans l'espace de deux à trois septénaires.

Enfin, dans celle-ci, la peau se fait remarquer par ses teintes asphyxiques, l'injection de ses capillaires; dans l'autre, par sa *blancheur anémique*.

Cette *blancheur* n'est cependant pas exclusive à cette dernière, car je l'ai rencontrée, exceptionnellement, sur deux femmes phthisiques, profondément anémiées, et chez qui l'œdème avait acquis rapidement un développement considérable. En pareil cas, la peau soulevée, amincie, distendue, abreuvée elle-même de sérosité, ne se prête plus à l'accumulation, à la stase du sang veineux. De là sa décoloration.

Dans la *phlegmatia puerpérale*, il faut tenir compte de l'état anémique, de la prédominance des fluides séreux, de la marche *progressive* de la phlébite. L'œdème qui marche de haut en bas est subordonné à l'inflammation, et résulte de l'accumulation de la sérosité dans le tissu cellulaire qui enveloppe les parties enflammées. Il a soulevé, distendu la peau avant que l'obstacle au retour du sang veineux ne soit assez marqué pour dilater les veines superficielles au bénéfice des veines profondes graduellement obstruées. Il faut tenir compte aussi des ganglites inguinales qui mettent obstacle au retour de la lymphe.

Dans les oblitérations spontanées, et surtout cachectiques, à moins qu'elles ne soient précédées par l'œdème dépendant d'autres causes, le trouble de la circulation veineuse est immédiat et profond, la dilatation des veines superficielles est immédiate, la peau revêt les teintes asphyxiques, en même temps que l'œdème se développe, procédant de l'extrémité vers le tronc, précisément en sens inverse de sa progression dans la *phlegmatie puerpérale*.

Les différences qui viennent d'être signalées suffisent, ce me semble, pour établir une distinction nosologique entre cette dernière affection et les oblitérations spontanées, malgré leurs affinités anatomiques.

L'*hydropisie* est un effet constant de l'obstruction d'une veine principale. Cette hydropisie est *limitée* à la partie desservie par ce vaisseau. C'est le phénomène le plus constant; son siége et sa délimitation indiquent avec assez de précision le siége et l'étendue de l'obstruction; elle subit des modifications qui seront indiquées à propos de la marche des accidents.

Hémorrhagies. — Il semble que les hémorrhagies capillaires devraient se produire, comme l'infiltration séreuse, quand le sang est arrêté dans un gros tronc veineux. Il n'en est rien cependant, autant du moins qu'il n'y a pas de solution de continuité; mais, dans ce cas, il se manifeste des hémorrhagies graves qui peuvent être incoercibles et menacer l'existence des malades. C'est le cas d'une hémorrhagie alvéolaire dont a parlé M. Bouillaud. De ce fait suit la conséquence qu'il faut respecter et conserver intacte la continuité des parties situées au-dessous d'une obstruction veineuse.

Quant aux hémorrhagies interstitielles consécutives à l'oblitération, elles sont fort rares, et appartiennent plus à l'anatomie morbide qu'à la symptomatologie. Je n'y insisterai donc pas.

Faisons néanmoins exception pour les ecchymoses cutanées dont il a été parlé plus haut, et qui pourraient bien se répéter plus profondément.

Développement de veines collatérales. — Dans la *phlegmatia puerpérale*, il n'y a pas de développement vasculaire appréciable à la vue; mais quand la maladie est terminée, quand l'œdème a disparu, des veines cutanées ou sous-cutanées, anormalement accrues, des varices, annoncent le trouble de la circulation profonde.

Dans les oblitérations spontanées, ce trouble se révèle presque toujours instantanément par les colorations asphyxiques et par une prompte dilatation des veines cutanées et sous-cutanées. Souvent des veines innominées ou d'une ténuité qui les rend invisibles dans l'état de santé acquièrent le volume des troncs principaux.

Le niveau des articulations, les parois abdominales, antérieures et latérales, sont les points où se dessinent des arcades, des réseaux de communication entre les veines des membres supérieurs et inférieurs.

Aux genoux on voit paraître des cercles veineux périrotuliens, des arcades transversales; à la cuisse, des réseaux plus ou moins irrégulièrement disposés, les veines cutanées, honteuses externes, une foule de rameaux innominés, sillonnent la région inguinale et se rendent transversalement, en dessus et en dessous du pubis, aux veines du côté opposé dilatées également, ou se portent en dehors vers les veines lombaires. Les plus considérables remontent vers l'aisselle, les régions épigastrique et mammaire, pour s'aboucher avec les veines dilatées qui descendent au-devant de la poitrine, ou vont se perdre dans le creux épigastrique.

Aux membres supérieurs, les voies supplémentaires se dessinent autour de l'épaule et dans l'espace sous-claviculaire.

A côté de ces développements de veines sous-cutanées, il faut placer celui des capillaires cutanés eux-mêmes, dont les dispositions par bandes ou zones se succédant de bas en haut, donnent une admirable idée de la vascularité de cette membrane.

La pression de bas en haut sur le trajet de ces vaisseaux les vide facilement; mais ils se remplissent aussitôt, à moins qu'il n'y ait une oblitération simultanée de l'artère; auquel cas la réplétion s'opère plus lentement. Sous l'influence de la pression les veines cutanées s'effacent également, mais pour reparaître aussitôt. Les teintes asphyxiques persistent.

Ce développement de veines collatérales indique assez bien le siége et l'étendue de l'oblitération; il fournit avec l'œdème le signe diagnostic le plus précieux.

Le membre affecté est parfois le siége d'une élévation de température. C'est ce que l'on voit dans la phlegmatie puerpérale et dans les phlébites aiguës. Cependant l'augmentation de chaleur peut être limitée au voisinage du siége de l'inflammation.

Ordinairement il n'y a dès le principe aucune modification de la chaleur, appréciable du moins au toucher. Mais quand l'œdème est considérable, il y a abaissement de température; par suite de l'asphyxie locale et du ralentissement qu'elle apporte dans les actes nutritifs, par suite aussi de la dépense de calorique exigée par la masse de liquide infiltré; jamais toutefois il n'y a une réfrigération comparable à celle qui accompagne les oblitérations artérielles, et qui a atteint son plus haut degré quand l'asphyxie vient se joindre à la syncope locale par suite d'une double oblitération.

La *gangrène* peut-elle succéder à l'asphyxie locale? *A priori* la réponse doit être affirmative. Il n'en est plus de même quand on appelle de ce jugement inductionnel à l'expérience. Comme la question en vaut la peine, il me paraît utile de la discuter.

Quesnay (*Traité de la gangrène*) regarde comme *cause de la gangrène les infiltrations causées par le retardement du cours du sang dans les capillaires veineux*. Il explique avec une lucidité parfaite les effets de la ligature d'un tronc veineux, à laquelle succède

l'œdème, mais n'apporte aucune preuve en faveur de la première assertion.

Nous ne pouvons considérer comme plus probants les cas de gangrène par suite de jarretières trop serrées ou de compression de la veine iliaque par l'intestin distendu par des gaz, dont parle Van Swieten (*Comment. in apt.*, 422), ni celui qui est rapporté par M. François, de Mons (*Traité des gangrènes spontanées*), d'après Baffos, et dans lequel il n'est nullement question de l'état des artères. La même lacune existe dans une observation de Dalmas (Thèse, Paris 1826, nº 121).

Un cas de gangrène limitée au dos du pied, publié par M. Godin (*Arch. gén. de méd.*, 1836), n'est pas plus concluant, car à côté de l'oblitération des veines il y avait des ossifications, un ratatinement, une rétraction des artères, voire même un caillot arrêté dans l'artère poplitée sur une ossification, qui ont dû avoir leur part dans la production de cette gangrène, d'ailleurs fort limitée. M. Godin, qui semble ne tenir aucun compte de ces lésions, place cependant à côté de ce fait un autre cas de gangrène des pieds, qu'il attribue à une atrophie générale des artères.

Dans une observation consignée par M. Debrou dans sa thèse inaugurale (Paris, 31 août 1841), on trouve également une lacune qui rend au moins problématique l'influence de l'oblitération des veines sur la production du sphacèle.

Le même reproche peut être adressé à d'autres faits invoqués à l'appui de cette terminaison des obstructions veineuses. Presque tous, en effet, sont complexes ou insuffisamment explicites pour qu'il ne se produise aucun doute entre l'effet et sa cause présumée.

Dans une de mes observations, je vois un point gangréneux à la base du gros orteil, avec oblitération des veines iliaque et crurale, sans oblitérations des artères, qui cependant sont d'un très petit calibre. L'eschare avait précédé l'œdème et avait succédé à une écorchure produite par le frottement des pieds l'un sur l'autre. Il existait, en outre, une hémiplégie du même côté qui avait pour cause un ramollissement du cerveau, et la malade avait soixante-dix-neuf ans.

En résumé, s'il n'est point impossible que des gangrènes partielles suivent l'oblitération des veines, on peut affirmer que les cas en sont très rares, que la cause de cette gangrène est presque toujours complexe, et que jamais l'*asphyxie localisée* ne donne lieu aux sphacèles étendus que produit la *syncope* par défaut de sang artériel.

Aux phénomènes qui viennent d'être passés en revue, nous devons ajouter la sensation d'une corde dure que l'on perçoit en explorant le trajet des troncs veineux. Quelquefois même le vaisseau distendu par le caillot obturateur fait une saillie notable sous la peau; c'est ce que nous avons vu pour la jugulaire externe dans une oblitération du tronc brachio-céphalique et pour la saphène interne; mais, le plus souvent, la veine est trop profondément située, ou bien est couverte par une couche épaisse de tissus infiltrés, et ne peut être atteinte. Cependant aux membres, en déprimant graduellement les tissus infiltrés, quand la douleur ne s'y oppose pas, on parvient quelquefois à reconnaître le vaisseau distendu et induré comme s'il avait été injecté. Les veines splanchniques échappent évidemment à ce moyen d'investigation; inutile, au reste, dans la majorité des cas, les autres phénomènes suffisent au diagnostic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

MÉDECINE. — *Étude sur l'action dissolvante des eaux minérales sur les calculs vésicaux, et de celles de Baréges en particulier*, par M. *Ad. Aulagnier*. — « Dans ce travail, dit l'auteur, j'ai passé en revue les diverses opinions et expérimentations qui ont été faites pour arriver à constater quelles peuvent être les eaux minérales qui auraient des propriétés dissolvantes des calculs vésicaux. J'y ai ajouté le résultat de mes propres recherches et de mon expérience pratique sur les vertus que peuvent avoir ou non celles de Baréges sur la dissolution de ces calculs. »

CHIRURGIE. — *Mémoire sur un procédé opératoire propre à amputer l'omoplate en conservant le bras*, par M. *J.-E. Pétrequin*. — Dans ce mémoire, l'auteur s'attache à prouver que « dans certains cas de tumeur ou de dégénérescence du corps de l'omoplate, il est possible, et même indiqué, d'amputer cet os, à l'aide d'une résection méthodique au niveau de son col, de manière à respecter le moignon de l'épaule et à conserver les mouvements du bras. » (*Comm.:* MM. Velpeau et Rayer.)

— M. *Mathieu* adresse une note en réponse aux réclamations de priorité, soulevées à l'occasion de la communication du 19 décembre dernier, sur un mécanisme destiné à imprimer le mouvement à un bras artificiel. Comme pièce à l'appui, M. Mathieu joint à sa note un exemplaire d'une lettre lithographiée de M. Roger, pour qui ce bras avait été construit. (*Comm.:* MM. Rayer, Velpeau, Combes et Jobert, de Lamballe.)

M. *le Secrétaire perpétuel* présente à l'Académie, au nom de M. *Virchow*, correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, un travail intitulé : *Syphilis constitutionnelle.* L'auteur y a étudié les différentes lésions qui se produisent dans les viscères à la suite de l'infection syphilitique; il décrit les dégénérescences lardacées et amyloïdes dans le rein, la rate, le foie. Il consacre un chapitre intéressant à l'étude de l'évolution et de la structure des tumeurs gommeuses dans le foie, la rate, le rein, le cerveau, le cœur, etc. Ces recherches anatomo-pathologiques, appuyées sur des faits bien observés, jettent un jour nouveau sur des lésions peu connues jusqu'à présent.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la réalité des régénérations osseuses après les résections sous-périostées*, par M. *Ollier*. — Ce travail, qui est une réfutation de la note lue par M. Sédillot dans la séance du 19 décembre dernier, a été publié *in extenso* dans notre numéro du 30 décembre, p. 819.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur des transplantations d'os pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps*, par M. Ollier. — Des lambeaux de périoste et des os entiers pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps peuvent être greffés avec succès sur un animal de même espèce. La vitalité de ces tissus ne s'éteint pas avec la circulation et la respiration : transplantés dans un milieu analogue à celui qu'ils occupaient préalablement, ils continuent de vivre et de s'accroître jusqu'à une certaine mesure d'après les lois de leur développement normal. Séparés d'un animal vivant et exposés à l'air, ils peuvent également conserver leur aptitude à la greffe pendant un certain laps de temps, pourvu qu'ils soient maintenus dans un milieu suffisamment humide. Cette persistance de la vitalité dans des lambeaux entièrement séparés du corps, bien que n'ayant pas encore été constatée pour d'autres tissus profonds dans un but analogue, n'est pas cependant particulière au périoste et aux os. Des portions de nez ou de doigt ont pu être recollées avec succès sur l'homme, bien que la réapplication n'ait eu lieu que quelques minutes et, dans certains cas, plusieurs heures après l'accident. Malgré la réserve que commandent de pareils faits, la science en a enregistré un certain nombre qu'on ne peut plus nier.

Des lambeaux de périoste pris sur des lapins morts par hémorrhagie ou par section du bulbe ont pu se greffer et donner lieu à des productions osseuses dix, trente, soixante et quatre vingt-dix minutes après la cessation des battements du cœur. Des os entiers (humérus, tibia, radius, etc.), transplantés dix, trente et soixante minutes après la mort, se sont parfaitement greffés. Dans ces diverses expériences, la greffe a été bien réelle, puisque les os transplantés présentaient, au bout de cinq mois, les caractères suivants : Ils étaient parfaitement adhérents aux tissus au milieu desquels ils

avaient été placés. Ils s'étaient recouverts d'une couche osseuse sous-périostale de nouvelle formation. Ils étaient perméables aux injections poussées par les artères. Un humérus de jeune lapin, mort depuis une heure, fut transplanté sous la peau de l'aine d'un autre lapin et laissé cinq mois dans cette situation. Nous sacrifiâmes alors l'animal, et une injection au vermillon poussée par l'artère iliaque pénétra dans l'os transplanté. Un trait de scie parallèle à l'os divisa trois capillaires qui avaient pénétré dans le canal médullaire. Autour de cet os on voyait très distinctement, surtout en certains points, la couche sous-périostale de nouvelle formation. Les trois caractères que nous venons d'énumérer ne permettent pas de douter de la vitalité de ces os. Non-seulement ils ont résisté à l'absorption, mais ils se sont accrus. L'accroissement s'est fait surtout en épaisseur par l'intermédiaire du périoste, comme pour l'os normal, ainsi que M. Flourens l'a démontré dans ses belles expériences sur le développement des os.

L'accroissement en longueur des os que nous avons transplantés dans les conditions énumérées plus haut nous a paru généralement nul ou peu sensible.

Quand la greffe ne réussit pas, l'os devient le centre d'un foyer purulent et est éliminé tôt ou tard. Dans d'autres circonstances, il s'enkyste ou bien commence immédiatement à être résorbé.

Dans le cas où un abcès se forme, la greffe peut encore réussir partiellement. Le tissu osseux se nécrose et perd toute participation à la vie, mais le périoste adhère en quelques points aux parties environnantes, se sépare de l'os comme il se sépare du séquestre dans les cas de nécrose qu'on observe sur l'homme, et devient ensuite le point de départ de quelques productions osseuses nouvelles autour de l'os ancien, qui sera éliminé au bout d'un certain temps. Les os, dépouillés de leur périoste, ne nous ont pas paru susceptibles d'une greffe véritable. Ils jouent le rôle de corps étrangers et occasionnent de la suppuration ou bien sont graduellement résorbés.

Toxicologie. — *Influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénique*, par M. Blondlot. — Le fait remarquable sur lequel je désire appeler l'attention des toxicologistes est la propriété que possèdent les corps gras de mettre obstacle à la solubilité de l'acide arsénieux, soit dans l'eau simple, soit dans ce liquide rendu légèrement acide, ou, au contraire, légèrement alcalin. Un grand nombre d'expériences m'ont, en effet, démontré qu'il suffit que l'acide arsénieux à l'état concret ait eu le moindre contact avec un corps gras pour que sa solubilité dans ces différents menstrues soit réduite à un quinzième ou à un vingtième de ce qu'elle serait, toutes choses égales d'ailleurs, sans l'intervention du principe adipeux : ce dont il est facile de s'assurer, en dosant la proportion d'arsenic dissoute, à l'aide de l'empois et de la teinture d'iode. Comme il suffit d'une trace de graisse quelconque pour produire cet effet, et que les acides, pas plus que les bases énergiques, n'y mettent point obstacle, il est évident qu'il n'y a dans ce cas aucune combinaison chimique entre l'acide arsénieux et le corps gras, et que dès lors celui-ci ne saurait intervenir que mécaniquement, en imbibant l'acide arsénieux de manière à le soustraire à l'action du liquide aqueux qui devait le dissoudre.

Ce fait, si simple en lui-même, est susceptible de nombreuses applications à la toxicologie. Il explique d'abord comment il s'est fait que, dans les expertises chimico-légales, on a quelquefois cherché vainement l'arsenic dans la portion liquide d'aliments qui en renfermaient, quand ceux-ci étaient plus ou moins graisseux, tels que le bouillon, le lait, etc. Il donne aussi la raison pour laquelle de l'acide arsénieux ingéré en poudre, s'il vient à rencontrer dans l'estomac des corps gras qui retardent sa dissolution, a pu rester fort longtemps avant de produire des accidents toxiques; ce qui pourrait, dans certains cas, égarer les investigations de la justice. C'est même de cette façon qu'on peut se rendre compte d'un fait très significatif rapporté par Morgagni : c'est que, de son temps, il n'était pas rare de voir des bateleurs avaler impunément des pincées d'acide arsénieux; parce que, dit-il, ils avaient eu la précaution d'ingérer auparavant du lait et des corps gras, qu'ils rendaient ensuite par le vomissement, quand le public s'était retiré.

Enfin, ces expériences démontrent le parti que l'on peut tirer, dans ce genre d'empoisonnement, de l'administration des corps gras, notamment du lait, qui n'ont pas seulement l'avantage d'agir comme émollients, ainsi qu'on le croit généralement, mais qui sont de véritables antidotes capables de retarder considérablement la dissolution, et, par suite, l'absorption de l'acide arsénieux qui, ainsi que cela arrive souvent, pourrait encore rester à l'état concret.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département du Rhône. — *b.* Divers rapports d'épidémies pour l'année 1859, adressés par MM. les docteurs *Fauchet, Croissant, Barrèra* et *Guillot*. (*Commission des épidémies*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une observation relative *à un cas de grossesse double, dont un faux germe et un fœtus viable*, par M le docteur *Besnier* (de Lamballe). (*Comm.:* M. Cazeaux.) — *b.* Une note sur un nouveau réactif de la cellulose et de ses dérivés, découvert par M. *Baska* (de Prague). (*Comm.:* M. Poggiale.)

M. le Secrétaire perpétuel, en l'absence de l'auteur, *M. Civiale*, offre en hommage à l'Académie, le troisième volume du *Traité des maladies du corps de la vessie*.

M. Ferrus, au nom de l'auteur, M. le docteur *Desmaisons*, dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Des asiles d'aliénés en Espagne. Recherches historiques et médicales*.

« L'auteur, dit M. Ferrus, a été l'élève et l'ami d'Esquirol. Il a surtout signalé, avec un excellent esprit et dans un langage empreint tout à la fois de modération et de fermeté, quelques-uns des obstacles qui s'opposent à la parfaite administration des asiles d'aliénés au delà des Pyrénées. Le premier de ces obstacles vient du personnel administratif lui-même, toujours disposé à empiéter sur les attributions des médecins ; — le second vient des médecins de l'âme, qui, là comme ailleurs, se croient aussi les médecins du corps, et dont l'intervention pour guérir les aliénés a souvent produit les plus méchants effets. »

A trois heures et demie l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de la section de physique et de chimie médicale sur les candidatures pour la place vacante dans la même section.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par Aug. Nonat, médecin de la Charité, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, etc.; 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte, chez Adrien Delahaye. Paris, 1860.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par le docteur A. Gauchet et revues par l'auteur ; en cours de publication chez Labé, éditeur.

Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines, par le docteur B. Dunal, broch. in-8 de 176 pages. Paris, Victor Masson.

Livré depuis longtemps déjà à l'étude des affections utérines, M. le docteur Nonat était, plus que personne, en état de publier un traité sur ce sujet. Après avoir tenté par des recherches con-

sciencieuses et soutenues d'élucider plusieurs points encore obscurs de cette branche de la pathologie, après avoir fait connaître partiellement, par des publications périodiques et par les thèses de plusieurs de ses élèves, le résultat de ses investigations, le savant médecin de la Charité, réunissant pour ainsi dire tous ces matériaux encore épars, complète aujourd'hui son œuvre, et nous donne le résumé de son enseignement et de sa pratique. C'est assez dire que l'ouvrage de M. Nonat, entièrement fondé sur l'observation et conçu en dehors de toute préoccupation théorique, s'adresse principalement au clinicien, qui y trouvera en abondance des documents très importants, sous le double point de vue du diagnostic et du traitement.

Après avoir consacré quelques pages à l'anatomie de l'utérus et aux méthodes générales d'exploration, l'auteur, sans s'astreindre à aucune classification, décrit successivement les différentes affections utérines, en insistant d'une façon toute spéciale sur celles qui ont été l'objet de ses études particulières.

Nous ne saurions mieux faire, ce nous semble, pour rester fidèle au but d'une analyse, que de faire porter la nôtre précisément sur ces points, qui pourront, mieux que tous les autres, faire connaître et le caractère et la portée du livre qui nous occupe.

M. Nonat donne le nom de *métrite chronique interne* à l'inflammation chronique de la membrane muqueuse qui revêt les cavités du corps et du col de l'utérus; chacune d'elles peut d'ailleurs être affectée isolément. Il attache une grande importance à cette affection, et lui attribue une influence capitale sur l'ensemble de la pathologie utérine; aussi s'est-il efforcé d'en tracer une description complète, et d'en préciser nettement les caractères diagnostiques. Il divise les symptômes de cette phlegmasie en deux classes, suivant qu'ils sont locaux ou généraux; parmi les premiers, il range les troubles de la sensibilité, les modifications survenues dans la menstruation, dans la circulation utérine, dans la nutrition, dans la sécrétion, dans les influences des rapports sexuels, dans la fécondation, dans la grossesse, dans la connexion et la direction de la matrice; mais il ne se borne pas à les énumérer et à les décrire; il cherche, avant tout, à en déterminer la valeur séméiologique, et à montrer comment la constatation d'un ou de plusieurs de ces phénomènes permet de remonter à la connaissance de sa cause.

Nous signalerons surtout ici les détails pleins d'intérêt que l'auteur a consacrés à la douleur abdominale. Souvent médiane, elle n'occupe d'autres fois qu'un côté du ventre, et répond alors à l'ovaire, principalement à celui du côté gauche. Cette douleur est tantôt continue, tantôt rémittente; mais un de ses caractères les plus remarquables consiste en crises survenant tantôt brusquement, tantôt progressivement, et qui, fréquentes à l'époque des règles, peuvent néanmoins éclater en dehors de la période cataméniale, soit spontanément, soit sous l'influence de quelque cause matérielle ou morale. On trouve en outre, dans le caractère de la douleur, un élément différentiel entre la métrite du col et celle du corps. Ainsi, les douleurs dites expulsives appartiennent exclusivement à cette dernière. M. Nonat aurait dû ajouter que cette conclusion n'est permise que si une exploration attentive a démontré l'absence de tout produit morbide dans la cavité ou dans les parois de la matrice.

Quant aux symptômes généraux et sympathiques, la phlegmasie chronique de l'utérus peut les produire de trois manières : 1° par le fait même du voisinage, l'inflammation pouvant se propager aux organes ou aux tissus environnants; 2° par les sympathies qui unissent l'utérus à ces mêmes organes; 3° par la gêne mécanique que la matrice, quelquefois hypertrophiée, déviée ou déplacée, apporte aux fonctions des organes pelviens. Toute cette étude, nous ne saurions trop le dire, est faite avec le plus grand soin; nous craignons toutefois que M. Nonat n'ait un peu exagéré la fréquence de cette affection. Il déclare en effet que si le spéculum fait reconnaître un écoulement provenant de la cavité utérine, et si la matière sécrétée est analogue à du blanc d'œuf, on doit conclure qu'il existe une métrite interne. C'est aller peut-être un peu vite. La transparence et la viscosité sont les caractères normaux du mucus utérin. Dans le cas actuel, le liquide, augmenté dans sa quantité, a conservé ses qualités physiologiques, et nous ne pouvons croire que l'hypersécrétion d'un liquide, normal d'ailleurs, soit suffisante pour caractériser une inflammation chronique.

A la description de la métrite interne succède l'étude des granulations ou fongosités utérines. Loin de partager à leur égard l'incrédulité qui règne encore dans quelques esprits, le médecin de la Charité, rappelant les résultats de plusieurs autopsies, faites en 1849 par MM. Richet, Robert et Nélaton, en regarde l'existence comme incontestable, et voit dans ces produits pathologiques des produits inflammatoires, des exubérances, des hypertrophies partielles de la muqueuse, qui se développent sous l'influence de la phlegmasie chronique interne, de la même manière que les granulations se montrent sur le museau de tanche dans la métrite externe chronique. Il regarde la cautérisation intra-utérine comme insuffisante à produire la guérison définitive des fongosités de la matrice, et professe que ces végétations ne peuvent être sûrement enlevées qu'à l'aide de la curette.

Comme on pouvait s'y attendre, M. Nonat a traité avec les plus grands détails, l'histoire du phlegmon péri-utérin, dont il a fait depuis longtemps une étude spéciale; mais, avant d'en aborder la description, il a cru devoir, en raison de quelques travaux récents, en établir tout d'abord la possibilité anatomique, c'est-à-dire démontrer la présence d'une atmosphère celluleuse autour de l'utérus. Or, nous l'avouons avec regret, les arguments sur lesquels il s'appuie ne nous semblent pas de nature à porter la conviction dans les esprits. C'est qu'ici, en effet, il faudrait avant tout s'entendre sur la valeur des termes, et ne pas s'écarter d'une rigoureuse précision de langage; autrement, la confusion devient complète. Or, que M. Nonat cherche à établir qu'il existe du tissu cellulaire dans les ligaments larges (jusqu'aux bords latéraux de la matrice), qu'il y en a également en quantité notable dans la cloison recto-vaginale, que l'on en trouve aussi au-dessous du cul-de-sac utéro-vésical, dans tous les points où la face antérieure de l'utérus dépourvue de péritoine est en rapport direct avec la région postérieure de la vessie, rien de mieux; nous pourrions même dire qu'il prend une peine inutile: c'est là un fait anatomique qui ne saurait être l'objet d'une contestation. Mais ce qui n'est pas démontré, ce qui ne saurait l'être, selon nous, c'est la présence d'une couche de tissu cellulaire entre le péritoine et le tissu propre de l'utérus, en avant, en arrière et en haut. Cependant, pour M. Nonat, ce tissu existe, un peu plus dense, il est vrai. Et, bien plus, l'auteur ajoute que c'est un fait admis aujourd'hui par tous les anatomistes. S'il en était ainsi, nous n'aurions qu'à nous incliner et à penser que nous avons mal vu, quoique nous ayons examiné, sous ce rapport, un grand nombre d'utérus, principalement chez des femmes mortes en couches, parce que tous les éléments histologiques sont alors plus développés; mais nous ne voyons pas un accord aussi unanime des anatomistes sur ce point. Loin de là, nous les voyons s'entendre assez bien sur l'opinion inverse. En veut-on la preuve? Hyrtl (de Vienne) ne mentionne pas ce tissu cellulaire; Huschke ne signale aucune couche interposée entre la séreuse et la musculeuse; même silence chez Kolliker, qui pourtant n'est pas avare de tissu conjonctif. MM. Malgaigne, Jarjavay et Richet, qui consacrent tous les trois un article très étendu à l'anatomie de l'utérus, qui s'appliquent à faire ressortir toutes les déductions pathologiques que l'on peut tirer de connaissances anatomiques exactes, n'en parlent pas davantage. Nous n'avons pas consulté la dernière édition de l'ouvrage de M. le professeur Cruveilhier, mais dans les éditions antérieures, cette couche celluleuse n'est pas signalée. Voilà plus d'autorités qu'il n'en faut pour être admis à nier l'existence de ce tissu sous-péritonéal. Est-ce à dire que nous voulons nier les phlegmons péri-utérins? Loin de là; nous voulons seulement établir que la terminologie n'est point d'accord avec les faits, en ce qui concerne les *phlegmons* dits *rétro-utérins*. Qu'on ne l'oublie point : le péritoine tapisse non-seulement la face postérieure de la matrice, mais aussi le quart supérieur du vagin. C'est dans cette dernière portion seulement que le scalpel découvre un peu de tissu cellulaire, qui va s'accroissant à mesure qu'on descend dans la cloison recto-vaginale. Il peut donc se développer là des phlegmons rétro-vaginaux ou pré-rectaux, comme l'on voudra; mais des

phlegmons rétro-utérins, non. Et en fait, dans aucune autopsie à nous connue, il n'est fait mention d'abcès ou de phlegmon primitivement développé entre la paroi utérine et le feuillet séreux. M. Nonat nous apporte lui-même des preuves à l'appui de cette assertion. Il relate cinq observations de phlegmons suppurés, suivis d'autopsies. Dans la première, l'ovaire gauche est entièrement détruit, l'ovaire droit l'est en partie, et il existe dans la paroi *recto-utérine* un foyer purulent qui a 8 centimètres de circonférence. Pourquoi ce manque de précision? La paroi recto-utérine, c'est pour tout le monde le cul-de-sac péritonéal de ce nom. Or, si le foyer était dans ce repli, c'est une péritonite partielle; s'il était au-dessous, c'est un phlegmon rétro-vaginal; en tout cas, la lésion avait débuté par les ligaments larges. — Dans le second cas, il existait dans la cavité pelvienne, entre l'utérus et le rectum, une vaste collection purulente qui s'étendait de l'une à l'autre des parois du bassin, descendait jusque dans la cloison recto-vaginale, et qui, après avoir refoulé le cul-de-sac péritonéal recto-utérin, remontait un peu au-dessus de l'articulation sacro-vertébrale. Ici, il n'est pas besoin de commentaires. — Le troisième fait est un exemple de phlegmon des ligaments larges. — Dans le quatrième, il existait en arrière de l'utérus et du vagin (on regrette encore ici une indication plus exacte du siége), une tumeur volumineuse, qui s'étend jusque dans le ligament large gauche et refoule en haut et à droite l'extrémité du gros intestin. Il est dit, dans le cours de cette relation, qu'en incisant l'utérus, on pénétra dans un foyer purulent, ayant à peu près le volume d'un œuf de poule, et en rapport immédiat avec la paroi postérieure de la matrice. Pourquoi les rapports du péritoine ne sont-ils pas décrits? D'ailleurs, la partie inférieure de ce foyer plongeait dans la paroi recto-vaginale. Ce fait ne démontre donc pas encore l'existence d'un foyer sous-péritonéal primitif. Mais, en fût-il autrement, nous admettrions plus volontiers, en raison des données de l'anatomie normale, un abcès développé dans le tissu utérin, qu'une phlegmasie du tissu cellulaire, là où ce tissu manque complétement. — Quant à la cinquième autopsie, elle a été pratiquée par M. Bernutz, et lui a servi, pour sa part, à faire l'histoire des péritonites partielles. En résumé, des connaissances anatomiques exactes et des faits cliniques nombreux permettent d'admettre l'existence de phlegmons des ligaments larges, de phlegmons latéraux de l'utérus, de phlegmons anté-utérins (ils sont très rares), mais c'est là tout. Ce n'est, à notre avis, que par une vicieuse acception des mots, et en les détournant de leur véritable sens, qu'on peut qualifier de *phlegmons rétro-utérins* les tumeurs qui se développent *au-dessous du péritoine, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.*

D'un autre côté, M. le docteur Nonat nous semble tenir trop peu compte des recherches de MM. Bernutz et Goupil; et cependant elles présentent des éléments de certitude qu'on ne rencontre pas souvent dans les travaux de ce genre; elles sont fondées, en effet, sur six autopsies, dont les détails ne sauraient laisser de doute dans l'esprit; sur quoi M. Nonat déclare que « dans ces observations il y avait eu, à une époque plus ou moins éloignée, concurremment inflammation de la séreuse et du tissu cellulaire péri-utérin. La phlegmasie du tissu cellulaire s'était terminée par une résolution complète; mais restaient les traces indélébiles de l'inflammation péritonéale. » Où sont les preuves d'une telle assertion? Et, d'ailleurs, M. Bernutz n'a pas généralisé ses conclusions; il a soin de prévenir (communication insérée dans le traité de M. Becquerel) qu'il ne nie point l'existence des phlegmons des ligaments larges, ni des péri-rectites, et que le doute qu'il émet sur l'existence des phlegmons péri-utérins s'applique seulement à ceux qui mériteraient légitimement cette dénomination. C'est précisément ce que nous avons cherché à démontrer de notre côté en nous fondant sur des considérations purement anatomiques.

Au reste, toute cette discussion, nous devons le dire, ne saurait rien enlever de son mérite à l'histoire clinique que M. Nonat a tracée des phlegmons pelviens. Le lecteur trouvera dans toute cette étude des renseignements de la plus grande utilité sur les différentes formes que présentent ces tumeurs, sur leur marche variable, suivant qu'elles affectent l'état aigu, subaigu ou chronique, suivant qu'elles se terminent par induration ou par suppuration. Il pourra reconnaître à chaque page l'habileté du clinicien unie à la science du maître. Le diagnostic des tumeurs phlegmoneuses chroniques est tracé de la façon la plus complète; M. Nonat montre comment on pourra les distinguer et des tumeurs *utérines* proprement dites (engorgements chroniques de l'utérus, déviations, tumeurs fibreuses, grossesse) et des tumeurs *extra-utérines* (tumeurs stercorales, sanguines, grossesse extra-utérine, kystes). Il fait connaître ensuite trois complications fréquentes de ces phlegmasies : l'entérite glaireuse, l'hystérie symptomatique et les paralysies. On sait que la première et la dernière de ces complications étaient complétement inconnues avant les travaux du médecin distingué dont nous analysons l'ouvrage.

L'hématocèle tient également ici une place importante; l'anatomie pathologique, les symptômes sont décrits avec soin, et, après avoir discuté les différentes théories auxquelles a donné lieu cette hémorrhagie, M. Nonat s'arrêta aux conclusions suivantes : L'hématocèle reconnaît le plus souvent pour causes prochaines une apoplexie ou la rupture d'un foyer apoplectique de l'ovaire, — ailleurs la déchirure d'une veine variqueuse du plexus utéro-ovarien; — enfin la rupture d'un kyste résultant d'une grossesse extra-utérine.

Bien d'autres chapitres mériteraient encore d'être signalés; mais un livre rempli de faits et de déductions pratiques ne saurait s'analyser, et nous nous bornons à y renvoyer avec confiance le lecteur désireux d'acquérir des connaissances solides sur les points les plus délicats de la pathologie utérine. Qu'il nous soit permis de regretter en terminant que l'auteur n'ait pas consacré un article spécial à l'allongement hypertrophique du col utérin; il en parle incidemment à propos du prolapsus et reproche à M. Huguier de rejeter cette dernière affection au profit de la première. Telle n'a jamais été la pensée de notre ancien maître; il nous suffira, pour le prouver, de rappeler avec quel soin il a établi le diagnostic différentiel de ces deux états morbides (voy. le mémoire lu par M. Huguier à l'Académie de médecine; J.-B. Baillière, Paris, 1860). Quant à l'amputation du col utérin, que le chirurgien de Beaujon a proposée pour remédier à l'allongement hypertrophique, nous aurions aimé à en trouver ici la description. Cette opération, en effet, compte aujourd'hui en France un bon nombre de succès; elle a été adoptée sans contestation en Allemagne, et deux résections nouvelles du col ont été pratiquées cette année même à l'hôpital Beaujon, avec le même bonheur, l'une par M. Huguier, l'autre par M. le professeur Gosselin.

— Voici maintenant un livre qui, sous le titre modeste et la forme plus familière de *Leçons cliniques*, unit aux descriptions pratiques les plus circonstanciées des notions de nosologie et de philosophie médicale du plus haut intérêt; la lecture des deux premières parties de cet ouvrage ne nous a laissé qu'un regret, c'est que M. le docteur Aran n'ait pas encore achevé son œuvre. Ici, en effet, l'auteur sort enfin de la voie tant de fois battue par ses devanciers; il ne pense pas que l'étude des affections utérines doive se borner à une description pure et simple des phénomènes qui les révèlent, ou à l'exposition plus ou moins complète des doctrines qui se sont succédé dans la science sur tel ou tel point controversé; il ne pense pas que, pour consacrer à la pathologie générale de l'utérus un chapitre vraiment utile, il lui suffise d'énumérer avec plus ou moins d'art une série de symptômes dont rien ne vient indiquer l'enchaînement et la relation; non, il prend les choses de plus haut; et, abordant sans crainte les questions générales (chose bien rare par le temps qui court), il fait de louables efforts pour rattacher aux lois ordinaires de la nosologie toute cette classe de maladies qui en ont été si longtemps distraites par suite d'une localisation exagérée et d'une multiplicité tout artificielle. Aussi, le lecteur ne devra-t-il point s'étonner si M. Aran se pose avant tout cette question : « Que faut-il entendre par une maladie de l'utérus? En d'autres termes, toute altération matérielle, tout phénomène anormal observé vers le système utérin peut-il constituer une affection, une maladie (1)? » La réponse, comme on le suppose, est négative.

(1) Il y aurait bien à dire sur la confusion que l'auteur semble établir ici entre l'*affection* et la *maladie*; mais cette confusion n'est sans doute que dans les termes, et d'ailleurs une telle discussion ne nous appartient pas.

L'auteur, cherchant alors à appliquer à la pathologie du système utérin les règles qui ont présidé à la création de la nosologie pour les autres systèmes, mais reconnaissant d'un autre côté que cette étude n'est pas assez avancée pour qu'on puisse toujours prendre pour point de départ, non pas le phénomène anormal, non pas l'altération matérielle, mais le travail morbide intérieur qui les prépare et en amène l'explosion, l'auteur, disons-nous, conclut en ces termes : « Je regarde par conséquent comme affection ou maladie du système utérin toute altération matérielle ou tout phénomène anormal ayant son siége dans ce système, qui apporte un trouble dans les fonctions des organes qui le constituent, des organes voisins ou d'organes plus ou moins éloignés, à la condition, toutefois, que ce trouble fonctionnel ne puisse être rattaché, comme phase ou comme degré, à un trouble général de l'économie ou à une lésion d'un organe important. » Or, quel que soit notre éloignement personnel pour une telle définition, ou plutôt pour les termes dont elle se compose, nous remercions sincèrement M. Aran d'avoir du moins posé la question ; et, bien que nous ne puissions donner le nom de maladie à une altération matérielle ou à un phénomène anormal, nous le félicitons d'avoir pensé qu'il n'était pas superflu de discuter un tel sujet. Peut-être eût-il marché plus sûrement dans cette route, difficile parce qu'elle est négligée, s'il eût moins perdu de vue l'essentialité et l'immutabilité des maladies, deux caractères qui doivent toujours servir de guides lorsqu'il s'agit d'établir ou de classer des espèces morbides.

Indépendamment des discussions de doctrine, toutes les questions qui se rattachent à la pathologie et à l'étiologie générales des affections utérines sont étudiées d'une façon vraiment remarquable. On ne retrouve plus ici cette énumération devenue vulgaire, des causes banales qui s'adaptent indifféremment à tous les sujets ; toutes sont soumises à un contrôle sévère, et l'auteur n'accepte comme valables que celles qui ont été sanctionnées par l'observation clinique. L'influence des états diathésiques est signalée avec soin. Peu disposé à admettre que la diathèse herpétique puisse amener le développement d'emblée d'une affection utérine de la même manière qu'elle pourrait amener l'explosion d'une affection cutanée, M. Aran accorde, au contraire, une grande part d'action à la diathèse tuberculeuse, non pas, comme il le dit fort bien, que celle-ci amène dans l'utérus des dépôts de nature tuberculeuse, mais parce qu'elle crée un affaiblissement de la constitution favorable au développement d'une affection utérine.

La description générale des symptômes par lesquels se manifestent les affections de l'utérus sera consultée avec le plus grand fruit ; ici encore nous devons remercier M. Aran de ne s'être point borné à une sèche énumération, mais d'avoir successivement discuté l'importance, le mode de production et l'ordre d'apparition de chacun de ces phénomènes, en même temps qu'il appelle de nouveau l'attention sur certains troubles peu connus en France, à savoir les troubles de la sécrétion biliaire et de la sécrétion urinaire.

Si de ces généralités nous descendons aux descriptions spéciales, nous sommes heureux de n'avoir encore que des éloges à donner ; les chapitres consacrés à la congestion utérine et à la métrite parenchymateuse chronique méritent d'être lus avec la plus grande attention ; dans le premier, l'auteur décrit un état morbide dont l'individualité a disparu dans la théorie générale de l'inflammation telle qu'elle a été formulée par Bennett, et qui lui paraît jouer un grand rôle dans la pathologie utérine ; dans le second il étudie avec les plus minutieux détails les lésions anatomiques de la métrite chronique ; discute avec soin l'origine inflammatoire des ulcérations, montre combien l'importance pathologique en a été exagérée, et, arrivant à la question si souvent débattue des engorgements, il conclut à l'existence d'*engorgements inflammatoires*. Mais, loin de voir dans cet état anatomique particulier une affection spéciale, il ne le regarde, de même que l'ulcération inflammatoire, que comme une phase, une période d'un ensemble pathologique, auquel il donne le nom de *métrite chronique*. C'est dans le même esprit et avec le même soin que M. Aran a tracé l'histoire des inflammations obscures encore de l'ovaire et de la trompe.

Et qu'on ne croie pas que dans cette œuvre les questions générales absorbent les questions de détails ; il n'en est rien. A côté de descriptions symptomatologiques précises et complètes, à côté de diagnostics exposés d'une façon vraiment utile, nous devons signaler aux praticiens une étude approfondie de la thérapeutique. Ici le professeur redevient chef de service, non-seulement pour indiquer à ses élèves les différentes méthodes de traitement, mais encore pour entrer avec eux dans les détails les plus minutieux de leur application.

Nous ne faisons donc qu'un vœu, c'est que M. Aran termine au plus tôt l'œuvre utile qu'il a si dignement commencée.

— Après les luttes célèbres auxquelles ont donné lieu les déviations utérines, après les travaux importants et nombreux qu'elles ont inspirés, on aurait pu croire que tout était dit à ce sujet et qu'on ne pourrait, sous peine de faire une œuvre inutile et fastidieuse, revenir encore sur cette question. Il n'en est pourtant pas ainsi. Il restait à coordonner tant d'éléments épars, à apprécier dans une œuvre d'ensemble les opinions si opposées qui ont été émises, à comparer entre elles, pour en tirer des conclusions pratiques, les diverses méthodes de traitement qui ont été proposées, à exposer en un mot l'état actuel de la science. C'est ce travail qu'a entrepris M. le docteur Dunal dans un mémoire récemment couronné par l'Académie des sciences et lettres de Montpellier. Par ses indications bibliographiques multipliées, par l'érudition de bon aloi qu'on y rencontre, par le soin avec lequel ont été étudiés tous les points litigieux de la question, ce mémoire constitue une excellente monographie qui épargnera de longues et difficiles recherches à ceux qui voudront posséder une connaissance complète de la matière.

Nous ne pouvons, d'ailleurs, qu'applaudir à la sagesse des conclusions formulées par l'auteur. Il définit la déviation de l'utérus tout changement survenu dans la direction de la totalité ou d'une partie de son axe ; les changements de direction de la totalité constituant les versions, les changements de direction d'une partie, les flexions. Rappelant ensuite que l'existence des engorgements chroniques a été démontrée par MM. Moreau, Roux et Huguier, et abordant cette question si souvent débattue : la déviation est-elle primitive ou consécutive ? il montre qu'il faut de toute nécessité adopter une opinion mixte, et que l'engorgement est tantôt cause, tantôt effet de la lésion mécanique. Aussi décrit-il des versions simples et compliquées, des flexions simples et compliquées. Les déviations du premier ordre peuvent exister pendant de longues années sans troubler en rien la santé de la femme ; mais dans d'autres cas, sans que la lésion perde son caractère de simplicité, elle donne lieu à des phénomènes assez graves pour engager la malade à demander les secours de l'art : les causes de ces différences doivent être cherchées dans les variations si grandes que présente la sensibilité chez la femme, et dans l'influence qu'exercent sur elle certains états généraux auxquels elle peut être soumise. Ce sont ces déviations simples que l'on guérit par l'emploi des procédés mécaniques les plus simples, quelquefois même par le repos seul, qui vient mettre obstacle au ballottement utérin sur lequel M. Chassaignac a surtout appelé l'attention. La déviation est-elle compliquée, elle devient un élément secondaire, et c'est la complication qui veut être traitée avant tout. Des conclusions analogues ont déjà été exposées dans ce journal à l'époque des discussions académiques dont nous parlions plus haut.

La seconde partie du mémoire de M. Dunal, consacrée à l'étude des déviations utérines pendant la grossesse, n'est pas moins bien traitée, et nous sommes certain que tout lecteur attentif partagera notre conviction quant à l'importance et à l'utilité de cette œuvre.

S. Jaccoud.

V

VARIÉTÉS.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 29 janvier, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

— La Société médicale du 3ᵉ arrondissement a procédé à la nomination des membres de son bureau. Ont été élus : Président, M. le docteur Duparcque; — Vice-président, M. le docteur Gaide ; — Secrétaire général, M. le docteur Géry fils; — Secrétaire adjoint, M. le docteur Remoneau; — Trésorier, M. Bouley; — Membres du conseil de famille, MM. Fleury, Gaide, Géry père, Patissier.

— Un nouveau journal de médecine, LA CONCORDIA, vient d'être fondé à Madrid. Il paraîtra trois fois par mois, dans le format in-4. Nous avons reçu le premier numéro.

— La mortalité des célibataires au-dessous de 20 ans est plus grande chez les femmes que chez les hommes. Au-dessus de cet âge, c'est l'inverse, différence qui tient probablement au service militaire. La différence de mortalité entre les célibataires et les mariés, hommes ou femmes, est en faveur des premiers au-dessous de 20 ans et de 20 à 25 ans. Mais, au-dessus de cet âge, elle devient de plus en plus favorable à la classe mariée. En 1851, la population de la France dépassait 36 millions, sur lesquels 13,935,046 individus étaient mariés, 8,564,046 célibataires (dont 4,014,105 hommes et 4,549,944 femmes), 2,524,092 en état de veuvage (836,509 hommes et 1,687,583 femmes).

— Un médecin, le docteur Renwick (d'Alloa), vient de succomber à l'action du chloroforme, qu'il paraît avoir inhalé en très grande quantité, voulant se faire opérer d'un ongle incarné (*The Lancet*). Le NORTH BRITISH MAIL raconte aussi qu'un individu est mort à Girvan sous l'influence du chloroforme administré pour la même opération.

— Un concours est ouvert pour 9 places d'internes et pour un emploi de sage-femme professeur à l'hôpital civil d'Alger. Les épreuves ont dû commencer le 25 janvier.

— Les soussignés, délégués par la presse scientifique, proposent au corps médical et au monde scientifique d'offrir un banquet au docteur Lescarbault.

Ce banquet aura lieu à l'hôtel du Louvre le 18 février prochain.

Les souscription, dont le prix est de 10 francs, sont reçues, des aujourd'hui, aux bureaux de l'UNION MÉDICALE. — *Signé:* F. ROUBAUD, président; — LEGRAND (du Saulle); — CAFFE.

— Par arrêté du 6 janvier 1860, M. Vannebroucq a été nommé professeur adjoint de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine de Lille.

— Un nouvel hôpital vient d'être fondé à Londres sous le nom de *National Hospital for the Paralysed and the Epileptic*, par M. Wire, qui occupait l'année dernière les fonctions de lord-maire.

M. Brown-Séquard, dont les belles recherches sur le système nerveux sont connues du monde entier, va être mis à la tête de ce nouvel hôpital; mais il n'en continuera pas moins la publication de son journal de physiologie.

— Un décret de l'Empereur, en date du 14 janvier, destiné à élargir les avantages déjà procurés aux médecins vétérinaires de l'armée par le décret du 28 juillet 1852, dispose que :

« La hiérarchie des vétérinaires se décomposera désormais en cinq grades, dont voici l'effectif et les émoluments : 5 vétérinaires principaux à 4,000 fr., 122 vétérinaires en premier à 2,400 fr., 132 vétérinaires en second à 2,000 fr., 91 aides vétérinaires à 1,800 fr., 20 aides vétérinaires stagiaires à 1,200 fr.

» Les aides-vétérinaires stagiaires seront choisis parmi les vétérinaires diplômés des Écoles vétérinaires, âgés de moins de trente ans, et qui auront satisfait à un examen spécial. Ils sont nommés par le ministre.

» Les emplois d'aides-vétérinaires seront dévolus aux aides-vétérinaires stagiaires après examen subi à la fin de leur stage.

» Les vétérinaires en second sont pris moitié à l'ancienneté, moitié au choix, parmi les aides-vétérinaires ayant deux ans au moins d'ancienneté dans leur emploi.

» Les vétérinaires en premier sont pris au choix parmi les vétérinaires en second ayant trois ans d'ancienneté; les vétérinaires en premier ayant quatre ans d'ancienneté. Les fontionnaires de ces quatre catégories sont nommés par l'Empereur.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 30 janvier. Elle fera, dans cette séance, la distribution de ses prix : M. Flourens y lira l'éloge historique du célèbre chimiste Thénard.

Pour toutes les variétés ; A. DECHAMBRE.

VI

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

Les huit ouvrages suivants se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière :

CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par *M.-A. Robert*, chirurgien dudit hôpital, membre de l'Académie de médecine, recueillies et publiées sous sa direction par M. le docteur *Doumic*. In-8, avec figures. 7 fr.

DES PARALYSIES DYNAMIQUES OU NERVEUSES, par le docteur *Macario*, directeur de l'Institut hydrothérapique de Serin, à Lyon. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences et lettres de Montpellier. In-8 de 145 pages. 2 fr. 50

ENQUÊTE SUR LE SERPENT DE LA MARTINIQUE (vipère fer-de-lance, Bothrops lancéolé, etc.), par le docteur *E. Rufz*. Deuxième édition. In-8 de 420 pages, avec 6 figures. 5 fr.

MANUEL DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE CHIRURGICALES, par le docteur *A. Jamain*, chirurgien des hôpitaux de Paris. 2 vol. grand in-18 de 1310 pages. 14 fr.

MANUEL DE PETITE CHIRURGIE, contenant les pansements, les médicaments topiques, les bandages, les appareils de fractures et des affections articulaires, l'application des bandages herniaires et des pessaires, les pansements des plaies, des hémorrhagies, de la gangrène, des brûlures, des ulcères, de la rubéfaction, la vésication, la cautérisation, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc., par le docteur *A. Jamain*, chirurgien des hôpitaux de Paris. *Troisième édition entièrement refondue*. Grand in-18 de 716 pages, avec 307 figures. 7 fr.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE LA SCIENCE DE L'HOMME, par *P.-J. Barthez*, médecin de S. M. Napoléon Iᵉʳ. Troisième édition, augmentée du *Discours sur le génie d'Hippocrate*, de mémoires sur les fluxions et les coliques iliaques, sur la thérapeutique des maladies, sur l'évanouissement, l'extispice, la fascination, le faune, la femme, la force des animaux; collationnée et revue par *M.-E. Barthez*, médecin de S. A. le Prince impérial et de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. 2 vol. in-8 de 1010 pages. 12 fr.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, par le docteur *L.-A. Becquerel*, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 2 vol. in-8 de 1064 pages, avec un atlas de 18 planches, dont 5 coloriées, représentant 44 figures. 20 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES NERVEUSES. Deuxième édition, corrigée et considérablement augmentée, par *C.-M.-S. Sandras*, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., et par le docteur *Bourguignon*, lauréat de l'Institut, etc. Tome I. In-8 de 656 pages. Le tome II et dernier sera publié en 1860. Prix de l'ouvrage complet. 12 fr.

BEITRÆGE ZUR GEBURTSKUNDE UND GYNÆKOLOGIE (Contributions à l'obstétrique et à la gynécologie), par *F.-W. de Scanzoni*. Tome IV. Wurzbourg, Stahel. 7 fr. 25

COMPENDIUM DER PHYSIOLOGIE DES MENSCHEN MIT EINSCHLUSS DER ENTWICKELUNGSGESCHICHTE (Compendium de physiologie de l'homme, comprenant l'histoire du développement), par *A. Fick*. In-8. Vienne, Braumüller. 13 fr. 50

DER KEHLKOPFSSPIEGEL UND SEINE VERWERTHUNG FUER PHYSIOLOGIE UND MEDIZIN (Le spéculum laryngéen et sa valeur pour la physiologie et la médecine), par *J.-N. Czermak*. Grand in-8. Leipzig, Engelmann. 4 fr.

DIE ZURECHNUNG FUER AERZTE UND JURISTEN ERLÆUTERT, par *J.-J.-H. Ebers*. Grand in-8. Glogau, Flemming. 6 fr.

ELEMENTE DER PSYCHOPHYSIK (Éléments de psycho-physique), par *G.-Th. Fechner*. Première partie. In-8. Leipzig, Breitkopf et Hærtel. 7 fr. 25

HANDBUCH DER LEHRE VON DEN KNOCHENBRUECHEN (Traité des fractures), par *E. Gurlt*. 1ᵉʳ volume, 1ʳᵉ livraison. Francfort, Meidinger. 8 fr.

PALERMO UND SEINE BEDEUTUNG ALS CLIMATISCHEN CURORT MIT BESONDERER BERUECKSICHTIGUNG DER ALLGEMEINEN CLIMATISCHEN VERHÆLTNISSE VON DEUTSCHLAND, ITALIEN, SICILIEN, etc. (Palerme et son importance comme climat thérapeutique, et la climatologie générale d'Allemagne, d'Italie, de Sicile, etc.), par *R. de Vivenot*. Erlangue, Enke. 5 fr. 50

LECTURES ON THE DEVELOPMENT OF THE GRAVID UTERUS (Leçons sur le développement de l'utérus dans la grossesse), par *W.-O. Priestley*. In-8. Londres, Churchill. 7 fr. 50

ON EXCISION OF THE KNEE JOINT (Sur l'excision du genou), par *Oliver Pemberton*. Brochure in-18 de 32 pages. Londres, T. Richards, 37 Great Queen Street.

ON THE INJURIOUS EFFECTS OF MERCURY IN THE TREATMENT OF DISEASE (Sur les effets dangereux du mercure dans le traitement des maladies), par *S.-O. Habershon*. In-8. Londres, Churchill. 4 fr. 75

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr.— 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 3 FÉVRIER 1860. N° 5.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 2 février 1860.

ACADÉMIE DES SCIENCES : ÉLOGE DE THENARD. PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉLECTION DE M. BRIQUET. — UN MOT RELATIF A L'INFLUENCE DE LA LUMIÈRE SUR LA NUTRITION. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX : DIABÈTE NON SUCRÉ, SUITE D'UN COUP SUR LA TÊTE. — M. ESPAGNE (DE MONTPELLIER) : THÈSE DE CONCOURS *sur la diphthérite.* — GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES : SUR L'HYPNOTISME. — *Catarrhe d'été*, OU *fièvre de foin :* CINQ OBSERVATIONS NOUVELLES. — THE LANCET : TUMEUR DES SINUS FRONTAUX, OSTÉOPLASTIE.

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance annuelle ; elle a entendu l'éloge de Thenard par M. Flourens. C'est un morceau intéressant où les accidents extérieurs de la vie, du caractère et des habitudes de l'illustre chimiste sont reproduits avec fidélité et un certain piquant ; mais, à nos yeux, le sujet prêtait à des vues scientifiques plus élevées, comme à une analyse plus profonde et plus intime de l'homme. Admis au foyer de Thenard pendant un grand nombre d'années, nous nous y sommes fait de sa personnalité intellectuelle et morale une idée que nous avons cherché à rendre dans un feuilleton de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1857, p. 475, au *Feuilleton*), et que la notice de M. Flourens ne nous a rappelée qu'imparfaitement.

Nous nous permettrons une remarque au sujet du prix de *physiologie* expérimentale décerné dans la même séance. Ce prix a été accordé à M. Pasteur pour ses recherches sur la fermentation. Assurément personne ne prise plus haut que nous l'esprit original et sagace de M. Pasteur ; seul peut-être dans toute la presse médicale nous avons fait ressortir combien ses études pouvaient servir la physiologie, en rattachant le fait de la fermentation, non plus à l'action obscure d'une substance hypothétique appelée *ferment*, mais à une action vitale des produits mycodermiques de la levûre (*Gaz. hebd.*, 1858, p. 75). Mais n'est-ce pas méconnaître le but de la fondation que de récompenser, au nom de la physiologie, des travaux qui n'ont avec cette science qu'un rapport éloigné, de préférence à ceux qui la touchent directement et qui la dotent d'un progrès immédiat et applicable ? Ainsi l'avaient compris au sein de la commission les membres les plus autorisés en cette matière, qui voulaient couronner, comme l'avait déjà fait l'Académie de médecine, les belles recherches de notre collaborateur, M. Ollier, sur la régénération et la transplantation des os.

— A l'Académie de médecine, MM. Regnauld et Briquet ont lutté corps à corps pour la conquête de la place vacante dans la section de physique. Le premier tour de scrutin a donné 38 voix à chacun d'eux. Au second tour, M. Briquet l'a emporté par 41 voix contre 39 données à M. Regnauld.

La nomination de M. *Briquet* proclamée, M. le président s'est hâté d'ouvrir la discussion sur les *allumettes* chimiques. L'Académie s'est montrée digne de ce trait d'esprit en y répondant par un rire universel ; nous attendions que quelqu'un ajoutât que M. Briquet avait sans doute fait feu des quatre pieds : mais personne n'a songé à ce bon mot.

— En rendant compte précisément d'une lecture du candidat ajourné, nous faisions remarquer que la connaissance des actions chimiques de la lumière pouvait donner la clef de certains phénomènes de nutrition dans les plantes et chez les animaux (*Gazette hebd.*, 1860, n° 2, p. 17). Cet ordre de faits nous paraît si important, que nous croyons devoir réparer un oubli dont nous nous sommes alors rendu coupable, et rappeler à l'attention du lecteur un travail communiqué l'année dernière à l'Académie des sciences par MM. Corvisart et Niepce, longuement analysé dans ce journal (1859, p. 587), et où le sujet est étudié sous le rapport spécial que nous signalons, c'est-à-dire au point de vue de l'influence de la lumière solaire sur certaines substances amyloïdes et quelques-uns de leurs dérivés, qui se rencontrent dans les organismes végétaux et animaux.

— Dans le travail qu'a inséré l'an dernier la Gazette hebdomadaire (p. 264, 294, 344 et 374), et qui avait pour titre : *Du diabète dans ses rapports avec les maladies cérébrales*, M. Fritz a cité deux observations tendant à établir, conformément, du reste, aux opinions de M. Cl. Bernard, que des lésions du cerveau peuvent produire, non-seulement le diabète sucré, mais la simple polyurie, ou les deux formes de diabète successivement chez le même sujet (voy. particulièrement p. 375 et 376). Notre observation est ramenée sur ce sujet si intéressant par un fait communiqué récemment à la *Société médicale des hôpitaux* par M. Moutard-Martin, et relative à un individu qui, à la suite d'une chute sur la tête (assez violente pour avoir amené un affaiblissement des facultés intellectuelles, une débilité générale, une légère hémiplégie et un mouvement de recul précédant la marche), présenta une augmentation considérable de la sécrétion urinaire, avec soif intense et continue. La chute avait eu lieu le 5 août 1859, et, dès le 11, le malade rendait environ huit litres d'urine par jour. On administra l'extrait de valériane à la dose de 2 grammes d'abord, puis de 4 grammes. L'état restant le même, on eut recours, à partir du 21 août, à l'extrait de racine de gentiane (2 grammes par jour); un séton fut appliqué à la nuque. Le 7 septembre, l'abondance de l'urine commença à diminuer. Le 17, la quantité rendue dans les vingt-quatre heures était de trois litres et demi, quantité normale pour le malade, à son propre dire. Plus de soif. Le 15 octobre, la guérison persistait. Dans le cours du traitement, on s'est assuré, à l'aide de la potasse seule, de la liqueur de Bareswill, de la potasse et du sous-nitrate de bismuth, que l'urine ne contenait pas de sucre.

M. Moutard-Martin a fait, dit-il, des recherches vaines pour trouver dans les annales de la science un cas de polydipsie traumatique. Il nous permettra de le renvoyer d'abord à l'article de M. Fritz, puis de lui fournir quelques autres indications. Neuffer, dans une dissertation soutenue sous la présidence de Griesinger, a rassemblé un certain nombre de cas de ce genre (*Ueber Diabetes insipidus*. Tübingue, 1856, page 29). Un autre cas, survenu à la suite d'une chute sur la région sacrée, a été rapporté par Golding Bird (*Lancet*, 1839-1840, volume I, page 843). M. Piorry (*Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 243) a publié l'observation d'un homme qui, à la suite d'un cou de timon reçu sur la région du foie, fut atteint de polyurie non sucrée. Il existe dans la science des faits, il est vrai en petit nombre, où le diabète insipide s'est montré comme conséquence d'affections cérébrales chroniques (Jaksch in Weber (*Diss. über Diabetes mellitus*. Würzb., 1854. — Extrait de Griesinger, *Studien über Diabetes*, *in Wunderlich Archiv.*, 1859, I. Heft.). Enfin, étant interne de M. Honoré, à l'Hôtel-Dieu, M. Vigla a vu un homme qui reçut une violente contusion sur la région des reins en tombant sur un échalas; il y eut d'abord du sang dans l'urine; puis, au bout de quelques jours, il survint une polydipsie simple sans glycosurie. (*Société des hôpit. de Paris*, séance du 22 novembre 1854; in *Union médicale*, p. 75, 13 février 1855.)

Ce n'est pas tout. Nous sommes en mesure d'apporter une nouvelle observation de polyurie consécutive à un coup sur la tête. Cette observation nous a été remise par notre collaborateur, M. Charcot, il y a plus de six mois, à l'occasion précisément du mémoire de M. Fritz. Nous la publions ci-après.

Obs. — Un garçon âgé de dix-huit ans, exerçant la profession de sellier, entra à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 4, en janvier 1855. Il était atteint d'une varioloïde légère, dont la guérison spontanée s'opéra très rapidement. A peine eut-elle cessé d'exister que le malade, au grand étonnement de ses voisins et des employés de la salle, donna les signes d'une soif excessive. Il ingérait, disait-on, de huit à dix pots de tisane par jour, et, pendant la nuit, il se réveillait, en outre, plusieurs fois pour boire encore. Il mangeait aussi avec voracité. Instruit de ce qui se passait, nous examinâmes ce garçon de plus près; voici d'abord ce qu'il nous apprit : il y a six ans de cela, il reçut sur le front un coup de pied de cheval. La connaissance fut perdue, à ce qu'il paraît, pendant quelques minutes seulement; cependant le choc avait dû être assez violent, car une vaste plaie, dont la cicatrice, aujourd'hui encore, est des plus évidentes, divisait la peau du front. Cette plaie ne fut guérie, d'ailleurs, qu'au bout d'un mois. C'est, au dire du malade, le jour même de l'accident que se déclara la soif exagérée qui, depuis cette époque, n'a jamais cessé de le tourmenter jour et nuit. Le besoin d'uriner, depuis la même époque, se fait sentir très fréquemment, soit pendant le jour, soit pendant la nuit, et les urines rendues sont très abondantes. Cet état constitue, depuis six ans, une sorte d'infirmité d'ailleurs assez supportable et qui ne paraît intéresser en rien la santé générale du sujet. Il est, en effet, d'une bonne constitution, vigoureux, et jouit même d'un certain embonpoint. Il porte sur le front une longue cicatrice linéaire, formant un arc à convexité dirigée en haut et à droite, qui, partant de la partie moyenne du sourcil droit qu'elle divise, se dirige de bas en haut et de droite à gauche vers l'angle gauche du front. Elle est rétractée, assez profonde, et d'une étendue de 3 pouces 1/2 environ. Pendant plusieurs jours, nous avons fait recueillir avec soin les urines et doser les boissons. Le malade boit en moyenne de 6 à 7 litres de liquide par jour et de 2 à 3 litres pendant la nuit. La quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures égale, à peu de chose près, celle des boissons ingérées. Ces urines sont limpides, transparentes, incolores, tout à fait sans odeur, et semblables, en un mot, à de l'eau pure. Nous nous sommes assuré, à plusieurs reprises, qu'elle ne contenaient ni sucre ni albumine. La polydypsie et la polyurie ont complétement cessé tant qu'a duré l'affection aiguë qui avait nécessité l'admission du malade à l'hôpital.

Il est possible que ce malade ait été, à une certaine époque, diabétique, et que, par la suite, il soit devenu seulement polyurique. Voici ce qui nous suggère cette remarque : M. Claude Bernard (*loc. cit.*, p. 346) cite le cas d'un individu qui avait reçu un coup de pied de cheval dans l'hypochondre droit, et qui, à la suite de cette blessure, avait présenté du sucre dans ses urines. Mais ce symptôme disparut au bout de quelque temps, seulement la *polyurie* persista. M. Charcot a vu le sujet dont il s'agit à l'hôpital de la Charité, où il l'a suivi pendant plus d'un mois; ce malade était polyurique. L'urine ne contenait pas trace de sucre. Cependant il est certain qu'elle en avait contenu une certaine quantité pendant les quinze jours qui suivirent l'accident. Il ne saurait y avoir de doute à cet égard; car c'est M. Bouchardat qui s'est chargé de l'analyser, et qui y a constaté la présence du sucre (le malade était alors à l'Hôtel-Dieu).

Dans ce dernier cas, il n'est pas question d'un coup sur la tête; mais tout porte à croire que le diabète sucré traumatique (par coup sur la tête) pourra se transformer aussi, à la longue, en polyurie non sucrée. L'expérience seule pourra décider s'il en est réellement ainsi.

— Nous avons eu souvent occasion de nous occuper de la diphthérite; c'est un motif pour que nous ne nous y arrêtions pas de nouveau. Mais nous nous faisons un devoir, autant qu'un plaisir, d'annoncer que le concours pour l'agrégation

actuellement ouvert à la Faculté de médecine de Montpellier a produit sur la même affection, par la plume de M. Ad. Espagne, une monographie qui se recommande autant par l'exactitude du tableau et par la justesse des opinions que par l'esprit scientifique dont elle est animée. On y remarquera principalement la manière large avec laquelle l'auteur a su embrasser l'histoire de la diphthérite générale pour y relier ensuite la description des diverses localisations diphthéritiques. Une précieuse introduction découvre les progrès successifs qu'a faits l'étude de cette question depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. C'est là une œuvre qui a dû peser sérieusement dans la balance du concours. M. Espagne a été nommé.

— La GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES avait dit récemment, au sujet de l'hypnotisme (1859, n° 1) : « L'application du nouveau moyen anesthésique à la chirurgie opératoire est possible et probablement supérieur, pour ses résultats et son innocuité, à la pratique jusque-là adoptée au moyen de l'éther, du chloroforme, de l'amylène, de l'acide carbonique et de la réfrigération. » Dans son numéro du 2 janvier, elle se félicite de voir *son pronostic couronné d'un plein succès*. Notre méridional collègue nous paraît un peu tendre à l'enthousiasme. Nous doutons toujours de l'avenir chirurgical de l'hypnotisme. Mais à quand le rapport de la commission instituée par la Société de chirurgie?

— Nous avons, il y a quelques mois (*Gaz. hebdom.*, 1859, p. 688), publié une note de M. le docteur Phœbus (de Giessen), destinée à appeler l'attention des médecins français sur une affection connue en Angleterre sous le nom de *catarrhe d'été, asthme d'été, asthme de foin, fièvre de foin (hay-fever)*, et qui existe également en Allemagne. Depuis cette époque, trois observations de ce genre ont été insérées dans la presse de Paris, savoir, deux dans l'UNION MÉDICALE du 17 décembre 1859, et une dans l'ABEILLE MÉDICALE du 30 janvier 1860. Nous en apportons aujourd'hui deux autres.

— Les faits consignés dans la première de ces feuilles ont été recueillis par M. le docteur Laforgue (de Toulouse). En voici le résumé :

OBS. I. — Mademoiselle X..., âgée de vingt-huit ans, douée d'un tempérament nerveux, ayant éprouvé des revers de fortune, est sujette *tous les étés*, depuis plusieurs années (l'époque du début n'est pas précisée), à des rhumes intenses, dans lesquels le coryza et la bronchite s'accompagnent bientôt de dyspnée et de tous les symptômes de l'asthme sec et spasmodique.

Pendant l'hiver, sa santé est bonne, régulière; elle ne tousse pas dans cette saison, s'enrhume très rarement, et, sauf quelques coryzas légers, elle n'éprouve aucune gêne dans la respiration. Dès que la chaleur arrive, la scène change complétement. Mademoiselle X..., qui pendant l'hiver avait pris de l'embonpoint et de la fraîcheur, ressent de la fatigue et de l'oppression; l'affection catarrhale se développe et suit son cours avec plus ou moins d'intensité. Sous l'influence de ces rhumes successifs, la respiration devient gênée et haletante, et, jusqu'au retour du froid, mademoiselle X... éprouve un malaise général qui épuise ses forces et s'accompagne d'une perturbation momentanée de toutes les fonctions. Quand les premiers symptômes se déclarent, la malade dit elle-même : *C'est mon rhume d'été qui commence et qui va me rendre asthmatique jusqu'à la fin des chaleurs*. Malgré tous les moyens mis en usage, soit pour prévenir la crise, soit pour la modérer, celle-ci reparaissait tous les étés avec plus ou moins de fréquence et d'intervalle. Le séjour aux Pyrénées et la médication thermale sulfureuse n'avaient pas détruit cette prédisposition organique. Il en avait été de même des préparations ferrugineuses et iodo-ferrées, indiquées par un dérangement menstruel coïncidant avec l'apparition des chaleurs et de l'affection catarrhale. Les antispasmodiques et les calmants produisaient une amélioration passagère; mais aucun de ces médicaments, joints aux plus grandes précautions hygiéniques, n'empêchait le retour de la maladie.

Les grandes chaleurs de l'été dernier ont fortement indisposé mademoiselle X.... Les rhumes, débutant par le coryza, sont devenus des bronchites spasmodiques tellement intenses, que la dyspnée a pris à plusieurs reprises des proportions inquiétantes. La respiration était sifflante; on entendait à distance les râles sibilants et les ronchus qui se produisaient dans les deux poumons. Les révulsifs et les calmants (belladone, opium), les préparations antimoniales furent employés avec énergie pendant la crise du mois de juillet, qui céda, après plus de quinze jours de durée, sous l'influence d'un changement dans la température tropicale et sèche de cette époque de l'année.

OBS. II. — M. Laforgue avait extirpé, pendant l'hiver, en deux séances, et à trois mois de distance, deux loupes à une dame de tempérament nerveux. Chaque fois la malade fut prise d'un coryza spasmodique. Plusieurs années après, pendant les grandes chaleurs, il fit à la même personne l'extirpation d'un lipôme situé au niveau des fausses-côtes. Les suites de cette extirpation étaient très favorables, lorsque se déclara un coryza qui fut suivi d'un catarrhe pulmonaire intense. Pendant plusieurs jours cette malade fut tourmentée par des crises de dyspnée et par une toux spasmodique des plus pénibles. J'appris alors que, sujette à des coryzas nerveux, elle était prise tous les étés d'un rhume très violent, qui se renouvelait à plusieurs reprises sous l'influence des fortes chaleurs. La réaction fébrile qui fut la conséquence de cette affection intercurrente détermina une inflammation de la plaie, qui se termina par un abcès phlegmoneux, dont la guérison suivit de près l'ouverture.

OBS. III. — L'observation envoyée à l'ABEILLE par un pharmacien anonyme, est celle d'un homme âgé de cinquante-quatre ans, qui, vers l'âge de huit ans, ayant été coiffé d'un bonnet de police qui appartenait à un enfant atteint d'une éruption à la tête, contracta la même affection. Un traitement fut suivi, qui amena la disparition du mal; mais avant toute médication, et en même temps que le cuir chevelu devenait malade (c'était pendant l'hiver, à une date qui n'a pas été précisée), il était survenu un coryza violent, qui ne disparut qu'à la fin de l'été.

Depuis cette époque, tous les ans, les mêmes accidents se sont répétés régulièrement « vers la lune de mai. » Voici en quels termes ils sont décrits par l'auteur :

« Une insupportable titillation se faisait sentir dans toutes les muqueuses supérieures, suivie d'une éruption quasi-urticée. Puis cela arrivait à une démangeaison extrême dans la gorge, l'arrière-bouche, à la voûte du palais. Mon cerveau fondait, et il me semblait sentir *dans la tête* l'impression qu'on éprouve lorsqu'on a dans le dos une chemise *imprégnée de transpiration*. Perte de l'odorat, du goût; yeux larmoyants et affaiblis, mémoire émoussée, impossibilité de travail suivi. Au commencement, trois à quatre jours de fièvre, perte de sommeil. A cet état, il faut ajouter l'exténuation physique et morale, résultant des sécrétions muqueuses par le nez et par la bouche; les oreilles me tintaient; tout le système nerveux agacé, irrité. Bien que ces divers symptômes soient aujourd'hui atténués (bien peu !... et j'ai cinquante-quatre ans!), je ne vois jamais arriver sans terreur le mois de mai.

» Jusqu'à l'âge de dix-huit à vingt ans, l'état que je viens de décrire était accompagné de saignements de nez. Ils ont cessé. Ce que j'ai essayé pour m'en débarrasser est indicible. Tisanes diverses, saignées, sangsues, bains ordinaires et de vapeur, quatre vésicatoires appliqués successivement sur les bras, le dos et la poitrine, etc. Deux ans d'homœopathie!... Rien n'y a fait. La seule chose à laquelle je doive un peu de soulagement consiste en bains de face fréquents et peu prolongés dans l'eau froide. Cela suffit pour conjurer un peu l'irritation. Gare la réaction... Mais c'est toujours un peu de repos.

» Il y a de ceci une vingtaine d'années. Je contais mes misères à un Anglais, qui, quoiqu'il ne fût pas médecin, m'écouta. — Vous

avez là, me dit-il, une maladie bien connue et qui n'est pas rare en Angleterre. Notre roi Georges IV l'avait. C'est le *hay-fever*, la fièvre de foin.

» A dater de cette époque, j'observai davantage et dans un ordre d'idées différent; et je constatai de la manière la plus évidente la cruelle action du foin sur mon pauvre cerveau. Je suis convaincu maintenant que le foin m'est antipathique d'une façon dont mes amis plaisantent, tout en me plaignant.

» Bien que ces crises muqueuses me poursuivent le jour, la nuit, pendant le temps de la *maturation des foins et de leur rentrée*, j'en suis moins gêné quand je ne sors pas. A Granville, je l'ai essayé à plusieurs reprises, et le résultat a toujours été le même. Sur le bord de la mer, rien. Dès que j'allais dans la campagne, que je respirais la moindre senteur de foin coupé, j'étais pris. Retiré ou revenu sur le bord de la mer, les accidents cessent. Un matin je m'embarque, le cerveau sec; je traverse la baie. Débarqué à Cancale, je reviens par terre à Avranches, en traversant les prairies de Pontorson, et j'arrive dans un état à faire demander pourquoi je ne suis pas resté dans la maison d'aliénés. J'ai fait une foule d'observations de ce genre, ensuite desquelles il ne m'est plus permis de douter de l'action immédiate du foin sur mon cerveau. Par exemple, je quitte Paris pour me rendre au Mans. Jusqu'à l'entrée de la vallée de L'Huine, rien. Mais de Bretoncelles à la Ferté-Bernard, où on fait les foins, je fais pitié aux voyageurs; le soir, l'accès était passé.

» Le mal étant certain, le moyen curatif nul, reste à chercher s'il a une cause, et quelle elle peut être. »

Si l'on consulte, dans la Revue britannique (1855), un extrait de la *Chimie de la vie commune*, du docteur Johnston, où sont décrits les symptômes du catarrhe d'été, et si l'on rapproche cette description des indications fournies par M. Phœbus dans la note qu'il a bien voulu nous adresser, on s'assure aisément que le caractère spécial de cette affection ressort principalement de deux circonstances, à savoir des conditions au milieu desquelles elle prend naissance, et de l'élément spasmodique qui vient s'y joindre à l'élément catarrhal. Et il faut ajouter que la spécialité morbide est attachée plutôt au concours de ces deux circonstances, qu'à l'existence de chacune d'elles en particulier; car, d'un côté, très certainement la forme symptomatologique propre au catarrhe dit d'été peut se rencontrer en d'autres saisons, et, d'un autre côté, le catarrhe simple de la saison chaude est bien connu sous le nom de *rhume de chaleur*.

La caractéristique du mal étant ainsi définie, nous n'hésitons pas à dire que tous les pays d'Europe pourront fournir un contingent aux documents sollicités par notre savant confrère de Giessen, et que, en France notamment, bon nombre de médecins n'auront qu'à faire un retour sur leur propre pratique. Nous-même avons donné des soins depuis plusieurs années à deux personnes qui offrent de véritables types du catarrhe d'été. Ni dans l'un, ni dans l'autre cas, les accidents ne vont jusqu'à la forme asthmatique; mais, n'étant pas tout à fait semblables chez les deux sujets, ils peuvent être considérés comme répondant à deux degrés, ou, si l'on veut, à deux variétés de la maladie.

Obs. IV. — M. le vicomte ***, âgé de quarante-cinq ans environ, d'une constitution très nerveuse, un peu lymphatique, jouissant d'une bonne santé habituelle, ayant les fonctions respiratoires ordinairement en très bon état, ne s'enrhume presque jamais l'hiver. Mais, depuis dix ans au moins, il a été pris chaque année, aux premières chaleurs, tantôt en avril, tantôt en mai, d'un coryza intense, accompagné de larmoiement, de photophobie, de pesanteur frontale, d'éternuments interminables et parfois de mal de gorge. Ce qu'il y avait de particulier dans ce catarrhe nasal, qui se prolongeait rarement dans les bronches, c'est qu'il suivait avec une régularité extraordinaire toutes les oscillations de température particulières à la saison, cessant ou diminuant quand le froid s'établissait, revenant ou s'exaspérant quand le temps devenait chaud. Une seule sortie par un jour tiède de printemps suffisait quelquefois à amener une crise, surtout si le temps était découvert et que la tête fût exposée au soleil. La crise allait se répétant ainsi pendant une grande partie de la saison chaude, et ne disparaissait guère qu'aux premières fraîcheurs.

J'avais employé contre cet état les moyens les plus variés, fumigations émollientes, narcotiques, balsamiques, purgatifs, injections d'une solution de nitrate d'argent dans les fosses nasales, bains russes, lotions fraîches sur le front et le nez; ce dernier moyen seul produisait quelque bien, mais un bien peu durable. Les crises ne revenaient pas moins fréquemment ni avec moins de violence, et l'odorat était très émoussé. Je vis le malade avec M. Trousseau, qui conseilla l'usage alternatif de la poudre de quinquina et de la belladone, employés de la manière suivante, sauf quelque différence insignifiante : tous les cinq ou six jours 8 grammes de poudre de quinquina calisaya pris le matin à jeun dans une tasse de café noir; tous les jours, excepté ceux réservés à l'administration du quinquina, faire usage de pilules contenant chacune 1 centigramme de poudre de racine de belladone et 1 centigramme d'extrait; commencer par une pilule, augmenter d'une tous les deux jours, jusqu'à ce que la dose quotidienne ait été portée à 4 ou 5; maintenir cette dose pendant une dizaine de jours, puis la diminuer graduellement dans la proportion inverse de l'augmentation. On comprend, du reste, que les doses, leur progression, la durée de la médication, peuvent et doivent varier avec les individus et les effets obtenus. Cette médication, qui dure environ un mois, et dans laquelle on consomme une soixantaine de pilules belladonées et 48 grammes de poudre de quinquina, peut être répétée par intervalles s'il est nécessaire. Nous devons dire que notre malade a éprouvé une amélioration considérable. Dès le premier printemps (1858), les crises ont été en grande partie conjurées, et tout l'été s'est passé d'une manière très supportable, moyennant un retour aux moyens indiqués dès la première menace de coryza. L'année suivante, l'effet du remède ayant paru moins prompt et moins décisif, la belladone a été remplacée par l'atropine, qui a eu un succès complet. Il reste à savoir si le printemps prochain se passera sans encombre.

Obs. V. — Un peintre de paysage, de constitution lymphatique, assez sujet à s'enrhumer, présente chaque année, depuis plus de quinze ans, aux premières chaleurs, des symptômes analogues à ceux que nous venons de décrire, avec ces deux différences, que dès le début du coryza, les conjonctives rougissent, et que le catarrhe descend d'ordinaire jusque dans les bronches, en s'accompagnant d'étouffement et de malaise général. Les premiers accidents se montrent alors même que le sujet ne quitte pas Paris et ne change rien à ses habitudes; mais s'ils se font attendre, il est sûr de les produire en allant faire des études de paysage à la campagne. L'action du soleil les développe avec une rapidité particulière. Comme chez le sujet précédent, le catarrhe procède souvent par crises en rapport avec les variations thermométriques de l'atmosphère; mais les crises sont moins distinctes les unes des autres; c'est-à-dire que le coryza et la conjonctivite sont presque continus. Seulement, les accidents ne se prolongent pas le plus souvent au delà de deux ou trois mois.

Fumigations, injections caustiques dans le nez, aspiration de poudres médicamenteuses, tout a été inutile. Les circonstances ne m'ont pas permis jusqu'ici de recourir au traitement indiqué dans l'observation précédente.

Voilà donc cinq faits qui, si nous ne nous trompons, apporteront au travail de M. Phœbus des éléments de quelque valeur. Nous ne savons jusqu'à quel point cette espèce de catarrhe peut motiver sa dénomination de *fièvre* ou d'*asthme de foin*. Il paraît d'abord évident qu'elle n'est toujours ni

fébrile, ni de forme asthmatique; ensuite que les émanations du foin ne pourraient tout au plus qu'en faciliter le développement ou en aggraver les symptômes, puisqu'on l'observe dans les villes et qu'elle débute souvent à une époque de l'année où les herbes et les plantes fourragères ne sont pas en pleine venue. A plus forte raison nous semble-t-il difficile de la rapporter pour une part quelconque, comme on l'a fait, à l'influence des hautes graminées. Quant à nous, jusqu'à plus ample informé, nous penchons à croire que sa cause productrice est uniquement de l'ordre météorologique, et que, si elle se manifeste parfois plus vite ou plus fortement à la suite d'excursions dans les champs, ce n'est pas parce qu'on a respiré l'odeur des foins ou des blés, mais parce qu'on a subi plus directement l'influence occulte de l'atmosphère.

— Nous avons parlé dans notre dernier numéro d'une opération de polype naso-pharyngien dans lequel M. le professeur Langenbeck (de Berlin) avait mis à profit les travaux de notre ami M. Ollier sur l'ostéoplastie. Nous trouvons dans un journal anglais (*The Lancet*, 24 décembre 1859, p. 634) une observation qui peut être rapprochée du fait rapporté par l'éminent confrère de Berlin.

Il s'agissait d'une tumeur dénommée assez improprement *polype des sinus frontaux*, et qui s'était développée chez une femme de soixante-trois ans, consécutivement à un coup de poing reçu deux années auparavant sur la racine du nez.

On voyait dans cette région, au niveau des sinus frontaux, une saillie considérable qui s'étendait latéralement, des deux côtés, sur le grand angle de l'œil, et en bas jusqu'à la partie moyenne du dos du nez. On avait quelque temps auparavant extrait des polypes de la fosse nasale droite; il y avait des douleurs vives, des hémorrhagies nasales; plusieurs abcès s'étaient formés au grand angle de l'œil droit; la vision commençait à s'affaiblir.

Le 26 octobre 1859, M. Mitchell Henry opéra de la manière suivante :

Une incision semi-lunaire partant de l'angle interne d'un œil croisa transversalement le dos du nez pour aller rejoindre l'angle interne de l'autre œil; il en résulta un lambeau semi-circulaire qui fut disséqué de bas en haut et relevé sur le front. Les os nasaux et lacrymaux, mis à découvert, étaient distendus, amincis, ramollis par la tumeur sous-jacente; on en forma un lambeau, qui fut soulevé comme celui des parties tégumentaires. On tomba dans une cavité irrégulière remplie d'une substance d'apparence polypeuse et sébacée; après l'avoir vidée, on réappliqua le lambeau osseux et cutané, et on le fixa avec des sutures métalliques. La cicatrisation s'en fit très facilement.

Comme la plupart des observations publiées dans les journaux anglais, celle-ci reste incomplète; car le récit nous laisse au milieu de novembre. L'opérée était, à ce qu'il paraît, dans un état satisfaisant. Mais nous n'avons de renseignements ni sur l'issue ultérieure de l'affection, ni sur la conformation de la racine du nez, ce qui eût été très important au point de vue spécial que nous envisageons ici. Cependant l'ostéoplastie, comme opération, est ici très clairement indiquée; c'est pourquoi, quelque imparfait qu'il soit, ce fait nous a semblé digne d'être reproduit sommairement.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires, par Boinet, membre de la Société de chirurgie.

(Suite. — Voir le numéro 1.)

Nous avons vu dans la première partie de ce travail que les erreurs de diagnostic, de l'ascite avec les kystes de l'ovaire, sont très communes; il me serait facile d'en relater de nombreux cas, mais je crois plus utile d'en citer d'un autre genre.

L'observation suivante, qui a été publiée dans le journal le Progrès, nº 36, année 1858, page 261, est intéressante à un double point de vue; elle montre d'abord combien il est parfois difficile, même à des praticiens très habiles, d'établir le diagnostic des kystes simples de l'ovaire avec les kystes multiloculaires, et ensuite à quelles conséquences fâcheuses pour les malades peut entraîner une pareille erreur de diagnostic. Nous relaterons tous les avis qui ont été émis sur ce fait, qui cependant n'offrait aucune complication.

Une jeune fermière des environs de Nevers vient à Paris dans le courant d'août pour consulter au sujet d'une tumeur qu'elle porte dans le ventre; les médecins de son pays, qui l'ont examinée maintes et maintes fois, ont déclaré son mal au-dessus des ressources de l'art, et l'ont engagée *à ne rien faire, et surtout à ne se soumettre à aucune opération, à moins de vouloir s'exposer à la mort.*

Cette jeune femme est âgée de vingt-sept ans; mariée depuis neuf ans, elle est accouchée il y a huit ans. Les règles ont toujours été très régulières et abondantes pendant huit jours chaque mois. La santé générale paraît très bonne. Depuis trois ans environ le côté gauche du ventre est devenu le siége de douleurs fixes; il a augmenté peu à peu de volume, et il offre aujourd'hui celui d'une grossesse de sept ou huit mois. Les fonctions digestives et respiratoires sont gênées depuis plusieurs semaines.

A son arrivée à Paris, la malade s'adresse à un médecin des hôpitaux, praticien des plus renommés et des plus habiles, qui lui écrit la consultation suivante :

« Nous trouvons madame ayant le facies et l'apparence d'une » belle santé générale. Le ventre a le volume d'une grossesse de » huit mois au plus; la tumeur est due à une *agglomération de* » *kystes ovariens* formant une tumeur sphérique, inégale, du volume » d'une sphère de 8 à 10 centimètres de diamètre. Cette tumeur » enkystée appartient à l'ovaire gauche. L'utérus est parfaitement » sain, et libre d'adhérences immédiates à la tumeur.

» Nous conseillons à madame de s'en tenir, quant à présent, *à* » *une curation palliative, consistant uniquement en l'usage d'une* » *ceinture modérément serrée.*

» Le régime alimentaire sera celui de la santé ordinaire.

» Madame devra avoir soin, tous les mois, de rester couchée, » sans se lever un seul instant pendant toute la durée des règles.

» S'il arrivait que la tumeur prît ultérieurement du développe- » ment, au point de gêner la respiration et la digestion, on prati- » querait la paracentèse, qui se ferait sans danger, mais il ne peut » être actuellement, en aucune manière, question de cette opé- » ration.

» Tous les moyens chirurgicaux qui pourront être proposés à » madame pour guérir cette tumeur, tous les moyens internes con- » seillés pour y parvenir, les injections quelconques faites dans le » même but sont des moyens qui ne méritent absolument aucune » confiance; leur effet le plus certain serait de mettre en péril la » vie de la malade. Les médecins prudents et sages, soigneux de » la vie des hommes, ne font point de pareilles expériences (1).

(1) Je suis sûr que mon savant maître, M. Gendrin, pour tenir un tel langage, n'a jamais fait ni vu faire d'injections iodées dans les kystes de l'ovaire, et je lui demanderai quels sont ceux qui sont le plus soigneux de la vie des hommes, de ceux qui les guérissent par une opération ou de ceux qui les laissent mourir sans leur rien faire?

» S'il arrivait que la tumeur devînt trop douloureuse, une médi» cation antiphlogistique modérée, instituée par le repos, les bains, » les cataplasmes émollients, et au plus de petites émissions san» guines générales, serait nécessaire temporairement.

» Paris, 9 août 1858. *Signé* Gendrin. »

Peu satisfaite de cette consultatation, dont le résumé était, en réalité, *de ne rien faire*, et sachant qu'elle avait une maladie qui devait la faire mourir, la consultante alla demander l'avis d'un autre docteur, M. Bougoin, lequel, sur le conseil de M. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, conduisit la malade chez M. le docteur Boinet, dont voici la consultation.

« *Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, contenant un liquide un » peu épais, légèrement filant, et probablement de couleur chocolat. » Ponction et injection iodée.* — A la palpation de cette tumeur, qui » est ovoïde, globuleuse, fluctuante dans tous ses points, de quelque » côté qu'on la percute, on sent que la fluctuation n'est pas nette, » que le flot du liquide n'arrive pas d'une manière brusque au » point opposé où a lieu la percussion. De plus, cette tumeur, qui » est encore douloureuse au toucher, a toujours été le siége de » douleurs sourdes et fixes. 1° La perception du flot du liquide » dans tous les points de la circonférence de la tumeur doit faire » diagnostiquer un kyste uniloculaire. 2° L'espèce d'embarras, » d'empâtement qu'on constate dans l'oscillation imprimée au » liquide, qui n'arrive pas d'une manière franche et nette, comme » dans l'ascite, à la main opposée à celle qui percute, indique que » le liquide de ce kyste est un peu épais, filant. 3° Enfin les dou» leurs que la malade éprouve dans ce kyste depuis plusieurs an» nées dénotent que ce kyste a été le siége d'une inflammation » chronique, et par conséquent le liquide sécrété par ce kyste doit » être coloré.

» En conséquence de tous ces signes, je pense que le kyste dont » est atteinte madame la consultante est uniloculaire, qu'il ren» ferme environ 4 ou 5 litres d'un liquide un peu épais, légère» ment filant, coloré probablement couleur chocolat, et qu'il est » dans les conditions de ceux qui doivent être traités par les injec» tions iodées; mais que, pour arriver à une cure radicale, il fau» dra probablement, en raison de la nature du liquide, faire plu» sieurs ponctions et plusieurs injections, et que les injections qui » suivront la première devront être faites dès que le liquide se re» formera dans le kyste.

» Paris, 13 août 1858. *Signe* Boinet. »

Entre des avis aussi contradictoires, on comprend l'embarras et l'inquiétude de la pauvre malade. Qu'elle ne fasse rien ou qu'elle se fasse opérer elle doit mourir! Comment savoir lesquels ont raison, ou ceux qui veulent qu'on ne fasse rien, ou ceux qui conseillent une opération?

M. le docteur Bougoin, qui de son côté avait reconnu un kyste uniloculaire et partageait l'avis de M. Boinet au point de vue de l'opération, conseille à cette dame de ne pas s'en tenir aux consultations qu'elle a prises, et de s'adresser à d'autres médecins. Elle va voir séparément MM. Velpeau et Trousseau qui lui donnent les conseils suivants :

« *Kyste à parois épaisses, probablement unique.* — L'indication » est ici 1° de faire une ponction dans la tumeur, et 2° si le kyste » se vide bien et *que le liquide soit bien fluide*, de pratiquer aus» sitôt une injection iodée; 3° dans le cas où le kyste resterait dur » *ou ne se viderait que d'une matière épaisse*, on s'en tiendrait à la » ponction pure.

» Paris, 16 août 1858. *Signé* : Velpeau. »

« J'estime que madame est atteinte d'un kyste de l'ovaire, sans » tumeur fibreuse, sans lésion organique, *uniloculaire*. Il me pa» raît essentiel de faire la ponction, et *si le liquide est séreux*, on » fera une injection iodée; tout autre traitement me semblerait » inutile, et en laissant s'accroître le kyste, on exposerait la ma» lade à des accidents sérieux.

» Paris, le 16 août 1858. *Signé* : Trousseau. »

Rassurée par les avis de MM. Bougoin, Boinet, Velpeau, Trousseau, qui étaient les mêmes à quelques différences près, la malade prit la résolution de se faire opérer sur-le-champ.

L'opération fut pratiquée le 17 août par M. Boinet, assisté de M. le docteur Bougoin; elle a montré que le kyste, qui s'est parfaitement et facilement vidé par la ponction, était *uniloculaire, à parois si minces* qu'il était impossible de les sentir au travers des parois abdominales après l'opération; 2° qu'il renfermait cinq litres d'un *liquide couleur chocolat un peu épais, légèrement filant* 3° enfin que c'était un kyste simple sans aucune autre complication. Avant de pratiquer l'injection iodée, qui était composée de parties égales (de chaque, 60 grammes) de teinture d'iode et d'eau, avec addition de 4 grammes d'iodure de potassium, deux lavages d'eau tiède ont été faits pour enlever la matière grasse qui pouvait tapisser les parois du kyste. Le liquide iodé est resté environ six à sept minutes dans la cavité du kyste, et a été retiré entièrement. Il n'a produit aucune douleur, et la malade, quoique très nerveuse, n'a pas éprouvé la moindre réaction.

Opérée le 17 août, elle est repartie pour son pays le 23, c'est-à-dire six jours après l'opération. Cette malade a subi trois ponctions et trois injections iodées pour arriver à la guérison.

Dans ce cas, le diagnostic a divisé des hommes dont le talent ne saurait être contesté; mais il est évident qu'un examen plus attentif de toutes les circonstances qui accompagnaient ce kyste eût permis d'arriver à un diagnostic plus précis.

Quand le flot du liquide n'est pas perçu dans tous les points d'un kyste, quel que soit le point où l'on exécute la percussion, on peut dire, à coup sûr, que ce kyste est multiloculaire, ou qu'il renferme un liquide très épais, très dense et très filant. Alors le flot du liquide est divisé en autant de surfaces circonscrites qu'il y a de poches au contact de la paroi antérieure de l'abdomen, et la fluctuation générale, si je puis m'exprimer ainsi, n'a plus lieu; il n'y a que des fluctuations locales, partielles, limitées par l'étendue en superficie de chaque loge, dans les seuls points où ces loges correspondent avec la paroi abdominale. Dans ces cas, si une pichenette est appliquée sur un point du ventre, le flot du liquide n'est plus senti dans le point opposé au lieu où se pratique la percussion, mais seulement dans la circonscription de la loge. On peut, en procédant ainsi, arriver à compter les nombreuses loges dont se compose un kyste, au moins de celles qui sont superficielles et en rapport avec la paroi abdominale; il y a presque toujours une poche principale, une poche mère, autour de laquelle sont groupées toutes les autres.

Cette disposition particulière est facile à reconnaître par la fluctuation, qui est sensible dans une étendue plus considérable du kyste. Quelquefois des bosselures, des dépressions plus ou moins apparentes indiquent la division des kystes en plusieurs poches, et en palpant le ventre on arrive quelquefois à les reconnaître. La présence de tumeurs dans les parois du kyste, l'épaisseur très grande des parois, la division en plusieurs cellules, et surtout la densité du liquide, rendent l'ondulation obscure. La réplétion extrême des kystes, quand le liquide est épais, donne lieu à une sensation de vibration remarquable. Ce n'est plus, dans ces cas, à la percussion qu'il faut recourir, mais bien au palper, à la pression pratiquée de toutes les manières. Dans les kystes multiloculaires, l'état général de la santé n'est pas ordinairement très bon.

Reste à établir la nature du liquide contenu dans un kyste, sa densité plus ou moins grande. Lorsque le liquide est séreux, limpide, hydatique, en un mot lorsqu'il doit sortir par la canule du trocart, comme sortirait de l'eau, la fluctuation est franche, nette, facile, sentie dans tous les points de la poche, et ressemble à celle d'une ascite considérable. Si le liquide est plus dense, épais, filant, visqueux, huileux, la fluctuation, quoique perceptible dans tous points de l'abdomen, est bien moins franche, bien moins nette; on sent que le flot du liquide arrive à la main appuyée sur le ventre, du côté opposé où a été donnée la pichenette, d'une manière moins prompte, plus embarrassée, plus empâtée; le choc est sensiblement moins net, moins sec; le liquide se déplace avec moins de facilité, on le dirait plus lourd; dans ces cas, surtout quand le liquide est trop épais pour sentir la fluctuation, on le reconnaît en

imprimant aux mains appliquées sur le ventre des mouvements de succussion, ou un va-et-vient qui, en pressant alternativement le ventre entre les deux mains, vous fait reconnaître que le contenu du kyste est un liquide offrant une certaine consistance.

Maintenant, si les malades ont éprouvé ou éprouvent des douleurs continues dans le ventre, s'ils ont eu des signes d'inflammation, des élancements, si le ventre a été ou est légèrement douloureux à la pression ou autrement, il est probable que le liquide, que le kyste, soit uniloculaire ou multiloculaire, aura une coloration plus ou moins prononcée, qu'il sera rougeâtre, séro-sanguinolent, couleur café ou chocolat, etc. C'est surtout dans les kystes multiloculaires, où il est épais, visqueux, de mauvaise nature, qu'il offre ces différentes colorations.

On peut également annoncer avec quelque probabilité que le liquide du kyste est de nature purulente toutes les fois que les malades auront une fièvre continue, lente, perte de l'appétit, des vomissements, de la diarrhée, de l'amaigrissement, des douleurs dans le ventre, et surtout dans le kyste, en un mot tous les symptômes de la fièvre hectique, ou qui annoncent des foyers de suppuration.

En tenant compte de toutes les particularités que je viens de passer en revue, on arrivera à peu près sûrement au diagnostic des différentes variétés de kystes qui peuvent se former dans les ovaires.

L'ascite, avons-nous dit, est la maladie avec laquelle on confond, le plus souvent, les hydropisies enkystées. Pour éviter cette erreur, il suffit de se rappeler que d'abord l'ascite a ordinairement une marche plus rapide, que l'ampliation de l'abdomen est plus uniforme, plus égale, et que dans l'hydropisie enkystée le ventre est plus proéminent, et conserve la même rotondité de quelque côté que la malade soit couchée. Mais le moyen le plus sûr de ne pas confondre ces deux affections est d'avoir recours à la percussion; celle-ci donne, comme nous l'avons déjà dit, de la matité dans toute la partie antérieure, supérieure et inférieure de l'abdomen, et de la sonorité dans les flancs; si, au contraire, le ventre est sonore à son sommet et mat dans ses côtés, il y a ascite, parce que dans cette dernière affection les intestins flottent à la surface du liquide, et restent en haut, quelle que soit la position du corps, tandis que dans l'hydropisie enkystée ils sont placés au-dessous du kyste et sur les parties latérales. Dans l'ascite, si l'on fait coucher la malade soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche, le liquide se déplace et suit la position; la sonorité est toujours appréciable du côté opposé à celui sur lequel est couchée la malade. Dans les kystes, qu'on fasse coucher la malade à droite ou à gauche, la matité ne se déplace jamais, et reste toujours dans le même point. Un autre signe qui est rare dans les kystes de l'ovaire, et à peu près constant dans l'ascite, surtout lorsque ces maladies ont une certaine durée, c'est qu'il y a infiltration des membres inférieurs, et qu'on trouve souvent du côté du foie, du cœur et des autres viscères de l'abdomen des lésions organiques caractéristiques.

Quant à l'hydropisie enkystée du péritoine, elle se reconnaît aux caractères suivants. La fluctuation est bien plus difficile à percevoir, elle est bornée, circonscrite, superficielle, et ne s'obtient jamais que dans les mêmes points. Les intestins sont placés au-dessous, et n'occupent pas, comme dans l'ascite, les points les plus élevés de l'abdomen. Dans cette espèce, que j'ai rencontrée deux fois chez l'homme, et une seule fois chez la femme, le liquide s'amasse soit dans un seul kyste étendu quelquefois de l'appendice xiphoïde au pubis et d'un hypochondre à l'autre, soit dans plusieurs kystes, qui, séparés les uns des autres par des dépressions très sensibles, sont placés très superficiellement dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Tous les phénomènes de distension, de fluctuation dus à la présence d'un liquide se passent dans le cours de cette affection comme dans l'ascite ; mais l'hydropisie enkystée du péritoine est toujours le résultat d'une péritonite; elle a un développement lent; la tumeur qu'elle forme se porte plus en dehors que l'ascite ; il y a moins de gêne dans la respiration; il n'y a pas déplacement des intestins, comme dans l'ascite.

Une autre méprise, moins facile à comprendre, et qui ne peut s'expliquer que par la légèreté du praticien qui la commet, c'est de prendre une grossesse normale pour un kyste de l'ovaire, dans les cas où une jeune fille nierait s'être mise dans la possibilité de devenir enceinte.

M. Tavignot rapporte une erreur de ce genre (*Mémoire sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire*, expérience 1840, n° 160, p. 55). Une ponction fut faite, et donna lieu à l'avortement et à la mort de la mère. Ce qui est plus commun, c'est de prendre un kyste de l'ovaire pour une grossesse. Cette erreur a lieu surtout chez les jeunes femmes, ou chez des femmes déjà d'un certain âge, très désireuses de devenir enceintes; chez les unes, c'est la crainte d'une grossesse ou l'espoir de la dissimuler, qui leur fait dire qu'elles sont hydropiques; chez les autres, c'est le désir d'être enceintes qui les empêche de croire à une hydropisie. Mais le médecin doit toujours se tenir en garde contre les récits des malades, et ne se prononcer qu'après un examen réfléchi. Pour les jeunes filles ou les jeunes femmes, ce qui fait le plus communément donner dans le piége et supposer une grossesse qui n'existe pas, c'est le développement progressif et considérable du ventre. Il y a des gens si prévenus, qu'il leur suffit de savoir qu'une jeune fille a le ventre gros, n'a plus ses règles depuis plusieurs mois, qu'elle est jolie, intelligente, etc., pour qu'ils décident qu'elle est enceinte. Je conviendrai bien avec eux qu'il est plus ordinaire aux jeunes filles et aux jeunes femmes d'être enceintes, lorsqu'elles sont dans les conditions que je viens de dire, que d'avoir une autre maladie, une hydropisie de l'ovaire par exemple; mais comme il est fort possible que le contraire arrive, je dis que lorsqu'il est question de juger, ce n'est pas par l'âge ou les discours des malades qu'on doit le faire, ou par les apparences, mais par la maladie elle-même. Quand un kyste de l'ovaire se montre chez une jeune fille ou une jeune femme, un des premiers signes est en effet le développement du ventre. Si ce développement est uniforme, et si la tumeur qui y donne lieu n'est pas plus saillante dans une des régions iliaques que dans l'autre, et si elle s'élève au-dessus du pubis, qu'elle offre dans ses différents points une résistance égale, et si en même temps il y a suppression des règles, on peut quelquefois, au début de la maladie, rester dans le doute, car alors la percussion indique la présence des intestins aussi bien à droite qu'à gauche, de chaque côté de la tumeur, et ne laisse percevoir aucune sensation de fluctuation, mais ce doute ne peut être que de courte durée, car la tumeur devenant plus volumineuse, offrira bientôt des signes spéciaux qui la feront reconnaître. Si c'est une grossesse, les mouvements de l'enfant, le bruit fœtal, le bruit de souffle, l'état du col de l'utérus, le ballotement du ventre, la tuméfaction et la sensibilité des seins, etc.; l'absence des signes qui appartiennent soit aux hydropisies de l'ovaire, soit à l'ascite, etc., empêcheront de se méprendre plus longtemps. Entre plusieurs exemples, que je pourrais citer, je rapporterai seulement les deux suivants, parce qu'ils ont exercé la sagacité de plusieurs médecins distingués. Le premier a été publié dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1840, p. 347), et est intitulé *Histoire d'une hydropisie de l'ovaire, prise pour une grossesse, une grossesse extra-utérine, un amas de matière fécale et diverses autres tumeurs*. Le second est inédit et a été pris jusqu'au dernier moment pour une grossesse, quoique les signes qui annonçaient un kyste multiloculaire fussent des plus évidents.

Une jeune fille âgée de seize ans fut admise à l'Hôtel-Dieu le 16 septembre 1836, pour une rétention d'urine, avec développement considérable du ventre. Elle a été réglée à douze ans et demi, sans accident. A l'âge de quinze ans et demi, après avoir été toujours très régulières, les règles se supprimèrent à la suite d'une vive émotion. Trois semaines après la disparition de cet écoulement menstruel, elle s'aperçut que son ventre grossissait, et ressentit dans le côté gauche une douleur sourde, profonde, et la pression occasionnait de la douleur dans ce côté. Le développement du ventre était uniforme, et fut aussi rapide que celui d'une grossesse ordinaire. Cette jeune fille, à son entrée à l'hôpital, paraît jouir d'une bonne santé; elle est fraîche, jolie et a un embonpoint raisonnable; elle mange avec appétit, digère bien, va facilement à la garderobe, et n'accuse d'autre infirmité que sa rétention d'urine

et son gros ventre. On est obligé de la sonder soir et matin, ou de la mettre au bain, où elle peut uriner.

Le ventre, examiné avec soin, offre un développement uniforme dans tous les sens, sans offrir ni dureté ni fluctuation; à la vue, on dirait une grossesse à terme, ou à peu près. La percussion n'est pas la même partout : dans le flanc droit, et dans l'espace situé au-dessous du nombril, on trouve une sonorité remarquable très prononcée; dans le flanc gauche, au contraire, on rencontre de la matité, et la pression, exercée dans ce point, est douloureuse et donne une sensation élastique. L'auscultation, faite avec soin par plusieurs personnes, ne donne aucun signe. Les seins de cette jeune fille sont d'un volume ordinaire, n'ont éprouvé aucun changement ni physique, ni physiologique; dans aucun temps elle ne les a sentis plus douloureux; ils sont fermes, sans dureté ni mollesse, et ont toute la fraîcheur de ceux d'une vierge. Les parties génitales sont celles d'une jeune fille sage; elle assure d'ailleurs avec timidité n'avoir jamais eu de rapports génitaux. La membrane de l'hymen n'existe pas. Elle a été touchée plusieurs fois et examinée au spéculum. L'utérus n'offre rien de particulier; le col est long, effilé et fait saillie dans le vagin. En faisant mettre cette jeune fille sur les genoux, pour la toucher, on ne sent nullement le ballottement qui accompagne ordinairement la grossesse, par le rectum, on ne note rien de particulier. La matrice est dans sa position ordinaire, ni plus haute, ni plus basse; son volume n'est pas augmenté. Une sonde, introduite dans la vessie, ne rencontre aucun obstacle, et ne fait rien découvrir dans la vessie, dont la capacité paraît médiocre. Elle marche difficilement, comme une femme sur le point d'accoucher.

Incertain sur la nature de la maladie, M. Blandin, dans le service duquel elle était, la soumet à une médecine expectante, et prie MM. Roux, Montain (de Lyon), Récamier, Robert, etc , de l'examiner.

A un premier examen, le professeur Roux croit à une grossesse normale; mais à un second, il refuse de porter un diagnostic. Il cite plusieurs cas de jeunes filles qui, soutenant n'être pas enceintes, n'en étaient pas moins accouchées à terme; il engage à attendre.

M. Montain croit aussi à une grossesse, mais l'enfant est mort, ce qui a produit un épanchement et des gaz, soit dans l'ovaire, soit dans l'utérus; d'ailleurs M. Montain n'ose dire si c'est le résultat d'une grossesse utérine, tubaire, ovarique ou abdominale.

M. Récamier refuse son diagnostic; cependant il pense à un amas de matières fécales dans la fin du gros intestin.

M. Blandin, qui soigne habituellement la malade, croit à une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche, à cause de la matité que l'on rencontre dans cette région.

M. Robert n'a aucune raison pour croire plutôt à l'une qu'à l'autre de ces maladies, et ne veut pas se prononcer, il trouve le cas trop embarrassant. D'autres médecins, présents à cet examen, croient à la rétention des règles dans l'utérus.

M. Jobert, appelé à examiner cette malade, pense à son tour, mais sans vouloir l'affirmer, qu'il pourrait bien y avoir un épanchement sanguin, une tumeur développée dans l'épaisseur du péritoine. Il introduisit, dans l'intérieur de l'utérus, une sonde de femme, qui y pénétra à la profondeur d'un pouce à un pouce et demi.

En résumé, tous les consultants restent dans le doute, voire même Blandin, qui croyait à un kyste ovarique.

Cette malade reste à l'Hôtel-Dieu jusque dans les premiers jours de mars 1837, conservant sa fraîcheur de jeune fille et son état habituel d'embonpoint; le ventre n'a ni diminué ni augmenté. Elle rentre à Saint-Louis le 15 juin 1837, dans le service de M. Maury, qui reste également incertain sur le diagnostic, quoique la malade dise sentir de l'eau dans son ventre. En effet, si l'on imprime un mouvement de succession brusque, on entend le flot d'un liquide, que l'on ne peut sentir par la percussion avec les doigts. Ce liquide paraît contenu dans un point assez circonscrit du ventre dans la région latérale gauche et inférieure de l'abdomen, où il existe toujours une forte matité, tandis que la sonorité est très évidente dans les autres parties du ventre, qui est toujours uniformément développé.

La pression cause toujours une douleur assez vive dans le côté gauche. L'état général de la santé n'a pas cessé d'être excellent, malgré de nombreux traitements mis en usage.

Cette observation m'a paru trop importante au point de vue du diagnostic des tumeurs de l'abdomen, et elle a fixé l'attention de tant de médecins célèbres, qui se sont trompés sur sa nature, que j'ai cru devoir la rapporter avec détail. Si quelquefois des erreurs ont lieu faute de connaissance ou par trop de précipitation, elles arrivent encore quelquefois, quelque précaution que l'on prenne; ainsi, dans ce cas, on a vu plusieurs praticiens distingués convenir qu'ils ne pouvaient affirmer qu'il existait telle maladie plutôt que telle autre, tout en portant cependant le diagnostic qui leur paraissait le plus probable, d'après les apparences et les signes que présentait cette jeune fille. C'est pourquoi, pour ne pas se laisser séduire par toutes les circonstances qui peuvent en imposer, il ne faut hasarder son jugement qu'après un mûr examen. Était-il possible, chez cette jeune fille, de reconnaître la nature de l'affection qui existait réellement; pouvait-on, avec quelque raison, croire à l'existence soit d'une grossesse proprement dite, d'une grossesse extra-utérine, d'une grossesse normale ou anormale, mais avec mort et décomposition du fœtus, d'une accumulation de matières fécales dans le rectum ou le côlon, d'un amas de sang dans la cavité utérine, d'un épanchement sanguin dans l'épaisseur du péritoine ou hématocèle rétro-utérine, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, ou enfin de toute autre tumeur développée dans le ventre? Était-il possible enfin d'arriver au véritable diagnostic? Je vais examiner toutes ces questions les unes après les autres, avant de porter un jugement. La discussion à laquelle je vais me livrer ne sera pas d'ailleurs sans intérêt pour le diagnostic différentiel des tumeurs qui peuvent être confondues avec les kystes de l'ovaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Note critique sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des bubons suppurés, par le docteur Marquez (de Colmar). — Imprimée par décision de la Société de médecine de Paris.

« Plus une maladie est commune, plus il faut l'étudier, parce qu'elle se rencontrera plus facilement dans la pratique. » C'est là une vérité que Boyer a souvent répétée dans ses leçons cliniques, et qui se peut parfaitement adapter à tout ou partie de la question des bubons que l'on rencontre si souvent chez les vénériens. Ainsi, à l'occasion d'un travail de M. Bonnafont *sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs abcédées en général, et en particulier des bubons suppurés*, vu la position et le caractère si recommandables de ce chirurgien, peut-être ne sera-t-il pas hors de propos de s'autoriser de l'excellence du conseil de Boyer pour rechercher s'il y a lieu d'accueillir avec faveur le procédé que préconise le médecin principal de l'hôpital du Roule, « dans le but » d'abréger le plus possible la suppuration des cloaques bubo- » niens, et surtout de diminuer les traces que laissent après eux » ces abcès accidentels. »

Pour ne pas m'écarter du sujet qui préoccupe le plus l'auteur du mémoire sus-énoncé, je dois rappeler tout d'abord que les ganglions lymphatiques de l'aine, après certains rapports sexuels, peuvent s'engorger d'une manière plus ou moins aiguë, et selon des circonstances pathogéniques qui ont fait admettre des bubons dits d'emblée??, des bubons consécutifs à une blennorrhagie, des bubons successifs aux chancres, soit simples, soit indurés. De tous ces bubons, les plus fréquents sont ceux qui se déclarent à la suite d'un chancre primitif, et se groupent sous deux types, suivant qu'ils sont dus à une simple irradiation inflammatoire ou à un transport du virus chancreux.

Le premier, le bubon simple, bénin, franchement inflammatoire, s'il est exempt de toute prédisposition pyogénique, et notamment

de la complication scrofuleuse, peut avorter, se résoudre et disparaître sans laisser après lui des traces indiscrètes. Mais quand l'inflammation a triomphé des ressources de la thérapeutique, et déterminé la fonte purulente des tissus envahis, le pus qui en résulte est de bonne nature, phlegmoneux, nullement inoculable ; si bien que cet abcès ganglionnaire est là dans les conditions les plus voisines du phlegmon classique, conditions éminemment favorables à une guérison sans encombres.

Bien autre le bubon par absorption et transport du virus syphilitique puisé au chancre infectant pour être inoculé en un ganglion voisin par la voie physiologique de quelques vaisseaux lymphatiques demeurés perméables! Chancre intra-ganglionnaire, ce bubon suppurera fatalement ; virulent au même titre que l'accident auquel il se rattache, il communiquera à la plaie qu'il vient d'ouvrir les caractères chancreux, il pourra étaler sur la région inguinale toutes les déviations de l'ulcère primitif.

Donc ce bubon virulent et ce bubon inflammatoire arrivés à suppuration, bien qu'ayant tous deux pour origine un chancre primitif, n'ont cependant pas mêmes propriétés intimes, mêmes allures, même avenir. Aussi, en présence de bubons suppurés chez des vénériens, il ne serait pas raisonnable d'attendre d'un moyen de traitement donné des résultats constamment semblables à eux-mêmes et invariablement bons ; ce ne serait surtout pas raisonnable si ce moyen n'était pas de nature à conjurer quelque peu les effets de la spécificité. Dans l'un et l'autre cas, l'indication la plus pressante est de donner issue à la collection de pus en temps opportun, soit afin d'éviter de vastes décollements, la mortification de la peau et d'irrémédiables pertes de substance, soit afin de ne pas tenir trop longtemps emprisonné le pus vénérien, dont on connaît les funestes tendances. Ceci posé, il est évident que dans le bubon simple la conduite à tenir est celle que réclame tout abcès phlegmoneux : ménager le plus possible les tissus. D'ordinaire cette indication n'est pas difficile à remplir : quelquefois un vésicatoire ; le plus souvent une incision simple ou des ponctions multiples, selon l'étendue du foyer purulent, aidées d'une compression doucement expulsive et de pansements que la main du malade lui-même peut aisément exécuter, etc. Tel est, du moins, le *modus faciendi* facile et expéditif auquel, dans le cas de phlegmon bubonien, la majorité des praticiens doit tant de guérisons, à la suite desquelles le pli inguinal ne conserve pas de coutures vilainement accusatrices.

Le bubon est-il virulent, il suppurera ; c'est inévitable. Le pus intra-ganglionnaire de cette adénite est inoculable ; il communiquera ses propriétés spécifiques aux tissus ambiants péri-adénique et cutané, et l'ouverture artificielle ou spontanée, d'abord phlegmoneuse, donnera bientôt une plaie chancreuse. Or, il est prouvé que les acides, que les alcalis, que les caustiques en altérant le pus vénérien lui enlèvent sa propriété d'être inoculable, et qu'ils pourraient le neutraliser sur place si, d'emblée, leur effet local, traumatique s'étendait au delà de la sphère d'activité virulente qui frappe plus ou moins au loin de syphilisme le voisinage de toute ulcération primitive. On sait encore que devient chancreuse aussi toute plaie, surtout sanglante, pratiquée dans les rayons de cette sphère d'activité. — Qu'advient-il ici de l'intervention du bistouri? Ses résultats sont connus ; nous leur devons les procédés par escharification ; inutile d'insister. — L'aiguille à suture armée d'un fil-séton serait-elle prédestinée à un sort plus glorieux ? Il est permis de douter que ce séton soit habile à triompher des lois de la spécificité, et à détrôner notamment le caustique de Vienne, dont l'usage est devenu si répandu pour l'ouverture des tumeurs dont nous nous occupons en ce moment. Que le séton filiforme ne traverse que les parties décollées, ou qu'il « entre et sorte par les tissus sains placés en dehors du décollement en traversant le foyer purulent, » qu'il soit aidé ou non par une compression méthodique, le pus intra-ganglionnaire n'en sera pas moins pus virulent ; il ne saurait mentir à son origine : mis en contact avec les orifices béants de quelque capillaire du derme divisé par l'aiguille porte-séton, il infectera, de toute nécessité, les deux piqûres faites à la peau ; et si, pratiquées loin au delà du décollement, ces ouvertures d'entrée et de sortie se trouvaient en dehors de la sphère de virulence, l'inoculation à laquelle il ne leur serait pas possible d'échapper étendrait cette sphère d'activité au grand préjudice du malade. Ces petites blessures qui s'ulcèrent ce sont des chancres primitifs : n'oublions pas quelles déviations le chancre peut subir.

Qu'on ne m'accuse pas de venir attaquer systématiquement et sans preuves un procédé qui fait son apparition officielle sous un patronage haut placé dans la pratique et dans la science. Les faits parlent en faveur de la négation que j'essaye de formuler ici. M. Bonnafont lui-même « a remarqué de temps en temps sur *certains bubons, sans pouvoir préciser les proportions*, que les petites » piqûres qui étaient sans cesse baignées par le pus devenaient » *chancreuses*...; » il a pensé « qu'on pourrait peut-être éviter cet » inconvénient en faisant passer le séton par les tissus sains placés » en dehors du décollement du foyer...; » ce qu'ayant fait, il n'a vu « que très *rarement* les ouvertures s'ulcérer. » Mais ce *rarement* n'est pas un argument valable. En effet, de ce que dans le bubon virulent la suppuration soit inévitable, obligatoire ; de ce que, au contraire, le bubon phlegmoneux, suite, comme le précédent, d'un chancre primitif, soit susceptible de résolution, cela ne veut pas dire que la plupart des bubons suppurés soient bubons syphilitiques. Loin de là, l'observation enseigne que, le plus souvent, les adénites aiguës, chez les vénériens, sont le produit d'une irradiation de l'élément inflammatoire qui cerne l'ulcère chancreux, de telle sorte que le transport virulent n'a pas pu se faire de chancre à ganglion. La majeure partie des sujets se trouvant sous l'influence d'une prédisposition pyogénique, il en résulte que bon nombre de ces bubons perdent leur privilége de pouvoir avorter ; et, de fait, on rencontre venus à suppuration plus de bubons d'origine inflammatoire que de bubons virulents, partant davantage de chances de guérisons faciles.

Si l'on poursuit l'expérimentation du séton filiforme, et qu'on veuille bien y regarder de près, on reconnaîtra que les bubons dans lesquels les piqûres viendront à s'ulcérer étaient, le plus souvent, superficiels et limités à un seul ganglion, successifs à un chancre peu ou point enflammé, et quelquefois reliés à ce chancre par une angéioleucite. Je soupçonne fort ce cas d'avoir été celui de ces bubons que signale le mémoire de M. Bonnafont, sans que l'on ait pu en « préciser les proportions. » Ici la statistique ne relèverait plus une moyenne bien rassurante. Je n'ignore pas que, dans notre sujet, les éléments du diagnostic différentiel sont loin de se présenter à l'observateur avec une franchise qui permette de porter toujours à l'avance un jugement infaillible ; nous savons tous ce que vaut l'infaillibilité dans les choses médicales ; nous savons tous que réussir à mettre de son côté la plus grande somme possible de probabilités c'est souvent déjà avoir beaucoup obtenu de la science ; qu'il est, en général, sage de faire des réserves, et qu'un homme qui se défie n'est pas loin de la vérité. Aussi, dans la question qui nous occupe, lorsque nous avons affaire à une adénite que nous soupçonnons atteinte de virulence, le défaut de certitude absolue ne doit pas nous autoriser à ouvrir ce bubon par un procédé qui écarte les chances de neutraliser plus ou moins les propriétés essentielles du virus, et vient à la rencontre de celles qui sont capables de donner à la maladie une extension toujours fâcheuse. Dans ce cas douteux, la prudence, bonne conseillère, exige que l'on ouvre de bonne heure la tumeur suspecte en se servant, par exemple, d'une très étroite traînée de pâte de Vienne, quitte à demander à de nouvelles applications caustiques la neutralisation de la spécificité, si la plaie vient à être envahie par l'ulcération vénérienne.

Ce ne sont pas de simples appréciations théoriques qui m'amènent à protester ainsi contre le séton filiforme préconisé comme moyen supérieur à tous égards pour l'ouverture des bubons aigus abcédés. Il y a une douzaine d'années, j'avais vu M. le docteur Martin, alors chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Colmar, employer un double fil à ligature passé en manière de séton au travers d'une adénite suppurée indolente de la région cervicale chez un sujet non vénérien : on avait obtenu une guérison des plus avantageuses. Vers la même époque, en Irlande, M. Darby avait aussi fait une heureuse application du séton filiforme au traitement de quelques abcès. Plus tard, dans ma clientèle privée, encouragé par mes souvenirs, plusieurs fois et avec une arrière-pensée de coquet-

terie chirurgicale, j'ai recouru au même moyen pour vider, soit de petits abcès lymphatiques, soit des bubons peu volumineux. Le procédé suivi à l'hôpital par M. Martin, par moi chez mes clients, n'était, en vérité, pas différent de celui que recommande M. Bonnafont. Un fil de lin ou de soie, double ou quadruple, traversait la tumeur en passant un peu au delà des parties décollées; ce fil était noué d'une manière assez lâche pour qu'il fût possible de lui imprimer matin et soir, sans secousses ni tiraillements, un mouvement de va-et-vient de l'intérieur à l'extérieur et réciproquement; il demeurait en place de trois à cinq jours, quelquefois davantage; peu ou pas de compression comme pansement subséquent.

Chez mes vénériens, le succès n'a pas couronné mon entreprise, et l'événement m'a bientôt prouvé que pour ouvrir les bubons virulents « les escharotiques sont préférables .. la section de la peau » par les caustiques exposant moins aux inoculations consécutives » des lèvres de la plaie que celle faite par l'instrument tranchant. » (M. Ricord.) L'ulcération de nos piqûres nous a parfois contraint à sacrifier plus de tissus, à perdre plus de temps que n'eût fait le caustique si nous y avions eu d'abord recours.

Après la lecture du mémoire publié par la Gazette médicale de Paris, en décembre 1856, je n'ai pu me défendre de comparer les espérances que M. Bonnafont fonde sur son procédé avec les résultats obtenus, soit par ce chirurgien lui-même et énoncés, on pourrait dire trahis dans son travail; soit par moi, qui avais fait un emprunt à la pratique de mon ancien chef de service et avais essayé de l'étendre au traitement des bubons inguinaux. Cette comparaison devait être impuissante à modifier mes convictions. La théorie, d'accord avec l'expérience, m'autorisait à conserver le séton filiforme pour vider lentement des tumeurs indolentes, de petites adénites lymphatiques du cou..., des hygromas..., stimuler la vitalité de leurs parois et en obtenir le recollement...; encore ne faut-il pas compter sur un infaillible succès. Mais expérience et théorie contre-indiquent ce même séton filiforme comme procédé général dans le traitement des bubons suppurés. Toute méthode, tout procédé qui tendent à se substituer aux procédés et méthodes ayant cours dans l'art, doivent leur être d'une supériorité incontestable. Malheureusement pour lui, le séton filiforme, si séduisant et si ingénieux qu'il soit, ne remplit pas cette sérieuse condition de viabilité scientifique. En effet, et j'insiste à dessein :

1° Ne perdons pas de vue que, dans tout bubon aigu-suppuré chez des vénériens nous avons affaire à une tumeur qui est ou simplement phlegmoneuse ou virulente.

2° Si cette tumeur est virulente, la plaie qui résulte de sa rupture devient nécessairement chancreuse et peut subir toutes les déviations du chancre. Or, la section de la peau par un instrument tranchant livre le pus délétère à l'absorption des capillaires, dont les orifices sont béants dans la blessure, petite ou grande, et l'on va droit au-devant de l'inflammation ulcéreuse. Le caustique, au contraire, frappe d'irritation et d'un mouvement congestionnel périphérique les abords de la plaie qu'il est appelé à ouvrir; il s'oppose donc à l'absorption virulente, en même temps que par son action élective sur les propriétés du virus syphilitique, il en atténue les effets quand il ne peut pas les éteindre sur place. D'autre part, le pus vénérien ne saurait stagner impunément dans le foyer où il s'est produit : il y a donc avantage, sinon nécessité, d'ouvrir assez largement pour permettre de vider et de faire sans peine les pansements spécifiques.

3° Si le bubon est franchement inflammatoire, phlegmoneux, il guérit d'ordinaire, comme tout abcès chaud, par les moyens les plus simples.

En conséquence, dans les bubons bénins le séton filiforme pourra bien marcher de pair avec tout autre procédé ancien : bistouri..., vésicatoire... et même ouverture spontanée...; il ne sera ni meilleur, ni moins bon, toutes chances égales d'ailleurs. Mais dans les bubons virulents, ces bubons, avec lesquels il y a tant à compter, loin de jouir de quelque avantage sur les escharotiques, ou au moins de quelque qualité qui le range sur la même ligne, le procédé en question est évidemment inhabile à remplir l'indication capitale d'attaquer la virulence et d'en prévenir ou atténuer les effets.

De ces considérations, il me semble permis de conclure que le séton filiforme ne répond pas à ce que l'on attend de lui, et qu'il ne doit pas prétendre à primer les procédés acquis jusqu'à ce jour par la science au profit de l'art dans le traitement des bubons aigus.

Sans doute dans la note qu'on vient de lire je n'ai mis en lumière rien de nouveau; je n'ai fait que rappeler des vérités déjà proclamées par les maîtres en syphilographie. Mais, ainsi que l'a fort bien dit de Fénamont : « ce qui fait notre malheur, c'est l'oubli des vérités; » conséquemment les vérités sont parfois bonnes à rappeler. Encore, pour qu'on ne se méprenne pas sur mes intentions dans cette cause des bubons suppurés, je me permettrai, si peu modeste que cela puisse paraître, de citer en terminant le philosophe Érasme : «*Admonere volumus, non mordere; prodesse, non lœdere* (1). »

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Chirurgie. — *Note sur la fièvre et sur quelques phlegmasies à la suite des opérations pratiquées sur l'urèthre et dans la vessie*, par M. le docteur *Civiale*. — J'ai l'honneur de présenter à l'Académie le dernier volume de la troisième édition de mon *Traité pratique sur les maladies des organes urinaires*. Ce volume, consacré aux lésions de la vessie, contient un chapitre nouveau, dans lequel je me suis proposé d'étudier un sujet encore peu exploré : ce sont des phénomènes généralement graves qui se présentent dans le cours de la maladie, et surtout pendant son traitement. Ces phénomènes se rattachent à deux ordres de causes et forment deux groupes que j'ai désignés sous les noms de fièvre uréthro-vésicale et de phlegmasie consécutive dans les articulations et les masses musculaires.

Lorsqu'on pratique une opération sur l'urèthre ou dans la vessie, le malade, qui n'avait pas de fièvre auparavant, peut en être attaqué quelques heures après. C'est une fièvre d'accès qui est généralement peu grave si le chirurgien a procédé régulièrement : elle cesse presque toujours après le premier ou le second accès. Quand ces symptômes se présentent, la lésion pour laquelle le chirurgien est appelé est locale, circonscrite et parfaitement déterminée. La marche et la durée de l'accès sont réglées : le traitement consiste à favoriser la transpiration, et il suffit presque toujours pour faire disparaître l'état fébrile qui n'était qu'accidentel.

Mais dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux, cet état n'est que l'exaspération d'un désordre antérieur. La fièvre existait, habituelle, avant le traitement chirurgical. Alors, au lieu de cesser après le premier accès, comme chez les malades dont je viens de parler, elle persiste, augmente, devient continue, et présente quelquefois des caractères alarmants. Cette fièvre, que j'appelle mixte, se rattache tout à la fois à l'opération et à la maladie préexistante.

Chez quelques individus de cette classe, il existe des lésions organiques par lesquelles on se rend compte des phénomènes; mais dans le plus grand nombre, on n'observe qu'une inertie de la vessie, et l'on constate que depuis longtemps l'expulsion de l'urine est lente et incomplète. L'absorption qui s'exerce sur ce liquide et la lutte qui s'établit à chaque besoin d'uriner, entre la vessie qui se contracte péniblement et l'obstacle à la sortie de l'urine, me paraissent être les principales causes de l'état fébrile habituel préexistant. Ce désordre de l'organisme n'entraîne pas nécessairement des souffrances locales.

Mais au moindre changement d'état, et surtout à la suite d'une opération chirurgicale sur l'urèthre ou dans la vessie, la fièvre redouble et change de caractères. Les accès deviennent irréguliers; le frisson manque, ou il se prolonge beaucoup, et alors il est entrecoupé par des bouffées de chaleur. Au lieu d'une transpiration abondante et régulière qui soulage le malade, ce sont de petites sueurs, froides plutôt que chaudes, qui le fatiguent et l'accablent,

(1) Voir, page 73, un rapport sur ce travail.

Souvent elles exhalent, ainsi que l'air expiré, une odeur fétide d'un caractère particulier : enfin l'adynamie survient et le malade succombe.

Chez ces malades, il importe surtout de ne pas recourir à l'opération avant d'avoir combattu avec succès la fièvre préexistante et déterminé par des expériences directes le degré de la sensibilité et le mode de la vitalité anormales des surfaces sur lesquelles l'instrument doit agir.

PHYSIOLOGIE. — *De la myolèthe ou oubli du muscle*, par M. *Heurteloup*. — L'auteur donne ce nom à une suspension momentanée des contractions musculaires sous l'influence d'un défaut de sollicitation de la part du cerveau, perdant, pendant un temps plus ou moins long, sa liberté d'action.

L'étude approfondie de la myolèthe, ajoute M. Heurteloup, conduit à d'utiles conclusions sous le rapport de la physiologie naturelle, de l'hygiène et de la thérapeutique, et ce phénomène me semble être la clef de la plupart des faits qui ont paru jusqu'à présent sortir des lois ordinaires qui régissent l'économie. (*Comm.* : MM. Andral, Velpeau, Coste, Cl. Bernard.)

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — *Sur l'éclairage artificiel des cavités du corps à l'aide de tubes lumineux*, par M. FONSSAGRIVES. — L'auteur donne la description de ces tubes, qui ne sont que les tubes vides de Geissler, modifiés par MM. Th. du Moncel et Ruhmkorff. On a adapté dans ces appareils un long tube presque capillaire, replié sur lui-même et contourné à la manière des multiplicateurs électro-magnétiques, qui forme non-seulement une espèce de cylindre lumineux susceptible d'être introduit dans des cavités assez étroites, mais même une espèce de fanal électrique en certains points duquel on peut concentrer la lumière sans avoir pour cela à craindre ni échauffement ni commotions.

M. Ruhmkorff a trouvé un mélange de gaz qui donne à la lumière de ces tubes une couleur blanche tout à fait avantageuse.

Sans vouloir dès à présent, dit M. Fonssagrives, tracer d'une manière absolue le champ des applications de ce nouveau moyen d'éclairer les surfaces organiques, on peut cependant indiquer les suivantes :

1° Comme moyen d'exploration diagnostique, examen des voies organiques accessibles pour en reconnaître l'état normal ou pathologique.

2° Comme moyen d'éclairage pour seconder l'action expérimentale.

On prévoit toute l'utilité de ce moyen dans des opérations qui présentent au nombre de leurs difficultés les plus grandes l'impossibilité d'éclairer convenablement les surfaces sur lesquelles les instruments doivent agir. Je citerai comme devant particulièrement profiter de cette application nouvelle : 1° la staphyloraphie ; 2° l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain ; 3° l'extirpation des polypes naso-pharyngiens ou utérins ; 4° l'excision des amygdales, etc. Enfin, certaines opérations dentaires nous paraissent devoir emprunter à ce mode d'éclairage des conditions de meilleure et de plus facile exécution. Je me demande également si ces tubes lumineux n'éclaireraient pas d'une manière plus complète et plus facile le champ de la rétine. (*Comm.* : MM. Despretz et Cl. Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Divers rapports d'épidémies pour l'année 1859, par MM. les docteurs *Jobert* (de Guyonvelle), *Gény*, *Haushalter* et *Lemoine*. — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Vienne et de la Moselle. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1859 dans le département du Puy-de-Dôme, par M. le docteur *Aguilhon* (de Riom). (*Commission du choléra.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Langlois*, qui prie l'Académie de « réserver sa candidature pour le jour où ses suffrages se porteront sur un chimiste. » — *b.* Un mémoire intitulé : *Sur une combinaison bien définie et parfaitement cristallisée de bichlorure de soufre et de perchlorure d'iode*, par M. *Jalliard*, pharmacien aide-major au Val-de-Grâce. (*Comm.* : MM. Robinet, Poggiale et Wurtz.)

M. *Larrey* offre à l'Académie, au nom des auteurs :

1° Un opuscule de M. *Giraldès* intitulé : *Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire ;*

2° Trois opuscules de chirurgie de M. le docteur *Georges Jones*, exposant la pratique de l'auteur à l'hôpital de Jersey.

M. *Littré* dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. le docteur *Costallat*, un mémoire imprimé sur la pellagre.

Lecture.

M. *Bouvier*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Poiseuille*, lit un rapport sur *un appareil de bains* de l'invention de madame J...., et destiné à soutenir les enfants et les personnes faibles dans les baignoires.

La commission propose de répondre à M. le ministre que cet appareil étant un simple moyen de contention, qui n'offre, à proprement parler, rien de médical, il n'y a pas lieu de donner suite à cette communication.

Cette conclusion est adoptée après de courtes réflexions présentées par MM. *Moreau* et *Loude*.

Élection.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre titulaire dans la *section de chimie et de physique médicales.*

La liste de présentation porte :

En *première ligne*, M. Regnauld ;
En *deuxième ligne*, M. Langlois ;
En *troisième ligne*, MM. Guillemin et Bouis (*ex æquo*).
Et *candidat de l'Académie*, M. Briquet.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 80, et la majorité de 41,

MM. *Regnauld* et *Briquet* obtiennent chacun 38 suffrages ; M. *Guillemin*, 3 ; M. *Langlois*, 1 ; 1 billet blanc.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des voix, on procède à un second tour de scrutin.

M. *Briquet* obtient. . . . 41 suffrages.
M. *Regnauld*. . . . . . . 39 —

En conséquence, M. *Briquet* est proclamé élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur les allumettes chimiques.

M. *Gaultier de Claubry* fait ressortir toute l'importance de la question soulevée par le rapport lu par M. Poggiale dans la séance du 2 janvier dernier. Les allumettes chimiques sont entre les mains de tout le monde ; c'est un des produits les plus importants de l'industrie contemporaine. Les inconvénients et les dangers attachés à leur fabrication et à leur emploi sont immenses et se sont multipliés, dans ces dernières années, d'une manière effrayante. Au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale, il importe d'étudier à fond le sujet et d'éclairer l'administration sur les mesures à prendre pour remédier aux maux sans nombre qu'engendrent soit la manipulation, soit l'abus des pâtes phosphorées.

Les dangers sont inhérents, les uns à la fabrication des allumettes, les autres au mauvais usage qu'on peut en faire, soit par imprudence, soit dans un but criminel.

Les mesures et les précautions indiquées par M. Poggiale sont excellentes assurément ; mais on ne saurait les considérer comme suffisantes.

La substitution du phosphore rouge au phosphore blanc est d'une nécessité qui tombe immédiatement sous le sens, depuis que les belles expériences de M. Bussy ont démontré l'innocuité de la pre-

mière variété de phosphore. Cependant, il ne faudrait pas s'exagérer l'importance de cette mesure et s'endormir dans une fausse sécurité. Le phosphore amorphe du commerce n'est pas toujours tellement pur, qu'il ne contienne encore quelques traces de phosphore blanc; et des expériences faites avec la pâte phosphorée des allumettes *rouges*, ont prouvé qu'une quantité suffisante de cette pâte pouvait déterminer des phénomènes toxiques.

Le mieux serait donc de pouvoir se passer de phosphore. Divers savants et industriels ont cherché à résoudre ce problème, et l'on a soumis au jugement de l'Académie une nouvelle espèce d'allumettes sans phosphore.

En supposant que celles-ci ne renferment point de substances vénéneuses, reste toujours le danger résultant de la prompte et facile inflammabilité des nouvelles allumettes. Il faut donc chercher les moyens propres à prévenir ou à diminuer les chances et les occasions d'incendie. Les procédés préventifs qu'a proposés M. Poggiale ne semblent pas non plus suffisants à l'orateur pour mettre à l'abri des malheurs involontaires, que peuvent commettre à cet égard l'étourderie des uns et l'imprévoyance des autres.

Toutes ces considérations ont engagé M. Gaultier de Claubry à proposer d'apporter aux conclusions du rapport de M. Poggiale quelques modifications, dans lesquelles se trouvent formulées des mesures nouvelles et qu'il regarde comme plus efficaces. Voici ces modifications :

1° Ajouter à la troisième conclusion, après les mots *phosphore amorphe :* « Ne contenant pas de phosphore blanc dont la présence occasionnerait une fausse sécurité. »

2° Ajouter, sous le n° 4, la conclusion suivante :

« Il importerait d'exiger que les allumettes sans phosphore présentassent des couleurs indiquant leur degré de combustibilité. »

3° Signaler l'utilité de boîtes préservatrices ;

4° Ajouter, sous le n° 7, la conclusion suivante : « Le système de frottoir indépendant ne peut offrir de valeur que dans le cas où les allumettes ne pourraient s'allumer sur aucun autre objet. »

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

Rapport sur un travail de M. le docteur MARQUEZ (de Colmar), intitulé : NOTE CRITIQUE SUR L'EMPLOI DU SÉTON FILIFORME, DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS SUPPURÉS; — lu à la Société de médecine du département de la Seine (séance du 2 décembre 1859) par le docteur L. GROS.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, l'hommage qui nous fut fait, il y a deux ans, je crois, par M. le docteur Bonnafont, de son mémoire intitulé : *De l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs abcédées en général et en particulier du bubon suppuré.* Vous vous souvenez que M. Bonnafont, après avoir exposé avec quelques détails son procédé opératoire, et avoir indiqué son utilité dans différents cas de tumeurs abcédées, s'appesantit plus longuement sur les excellents résultats obtenus par lui dans le traitement des bubons suppurés. Il reconnaît au séton filiforme deux avantages principaux qui seraient : d'abréger le plus possible la durée de la suppuration et de diminuer les traces que laissent après eux les bubons.

Ce mémoire de M. Bonnafont suscita de la part de M. le docteur Marquez (de Colmar) l'envoi d'une note critique que j'eus l'honneur de vous lire dans une de nos précédentes séances et qui fait l'objet de ce rapport.

Le point principal sur lequel porte la critique de M. Marquez, c'est que, dans son mémoire, M. Bonnafont ne distingue pas, sous le rapport du traitement, les bubons bénins, inflammatoires, des bubons virulents, véritables chancres ganglionnaires, ayant le triste privilége de communiquer aux plaies qui les avoisinent les caractères chancreux. Cette distinction, cependant, est de la plus haute importance et doit dominer la thérapeutique du bubon. Si le bubon est phlegmoneux, franchement inflammatoire, il guérira, comme tout abcès chaud, par les moyens les plus simples, et, dans ce cas, le séton filiforme de M. Bonnafont fournira de bons résultats, tout comme en fournissent le bistouri, le vésicatoire, etc. ; nous admettons même que la guérison arrivera quelquefois un peu plus vite, que les traces accusatrices du bubon pourront être moins visibles qu'après de larges incisions.

Si nous avions à faire un rapport sur le travail de M. Bonnafont, nous pourrions nous demander si le procédé du séton filiforme est bien effectivement né à l'hôpital du Roule. Nous nous souvenons, en effet, avoir lu, il y a bien dix ou onze ans, que pareil procédé avait été employé par un médecin irlandais, et la note de M. Marquez nous apprend que lui-même, et, avant lui, son chef de service, M. Martin, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Colmar, ont employé un procédé en tout semblable à celui de M. Bonnafont, et cela avec plein succès, toutes les fois qu'il s'est agi de tumeurs indolentes, d'abcès strumeux, de bubons bénins, inflammatoires. En 1837 déjà, Levicaire (de Toulon) avait proposé l'emploi d'un fil-séton dans le traitement des abcès. On trouvera d'ailleurs de plus amples détails sur le côté historique de la question dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* et dans l'*Abeille médicale de* 1848, de même que dans le *Bulletin général de thérapeutique de* 1837.

Lorsque le chirurgien se trouve, au contraire, en présence d'un bubon virulent, il est une chose qui doit le préoccuper avant tout, c'est d'employer le procédé opératoire qui expose le moins aux inoculations consécutives des lèvres de la plaie et avec M. Marquez, avec M. Ricord et la plupart des syphilographes, nous croyons les escharotiques préférables à l'instrument tranchant ou au séton, parce que, comme le dit M. Marquez, « le caustique » frappe d'irritation et d'un mouvement congestionnel les abords » de la plaie qu'il est appelé à ouvrir; il s'oppose donc à l'absorp- » tion virulente en même temps que par son action élective sur » les propriétés du virus syphilitique il en atténue les effets quand » il ne peut pas les éteindre sur place. » Attaquer la virulence, en prévenir ou en atténuer les effets, voilà, pensons-nous, l'indication capitale à remplir dans le traitement des bubons virulents, et celle que le séton filiforme de M. Bonnafont est tout à fait inhabile à remplir.

Mais les caustiques, auxquels M. Marquez donne la préférence, sont quelquefois difficiles à manier ; leur emploi laisse parfois après lui des traces assez profondes et toujours désobligeantes. Aussi est-il un autre mode de traitement qui me paraît devoir être souvent substitué avec avantage aux caustiques parce que, comme eux, il s'attaque à la virulence : c'est la ponction suivie d'injections iodées, moyen préconisé par M. Roux (de Toulon), par M. Marchal (de Calvi), par M. Marmy, indiqué déjà précédemment dans les abcès en général par notre président M. Boinet, et que, pour ma part, j'ai eu l'occasion d'expérimenter un assez grand nombre de fois avec un plein succès.

Pour en revenir à la note critique de M. Marquez, nous croyons donc que son auteur est dans le vrai, lorsqu'il termine, en concluant, que le moyen, proposé par M. Bonnafont, ne saurait prétendre à primer les procédés employés jusqu'ici dans le traitement des tumeurs abcédées en général, et qu'il est tout à fait insuffisant dans le traitement du bubon virulent.

La note de M. Marquez est, du reste, conçue dans un excellent esprit, et sa critique, toujours courtoise et modérée, me paraît parfaitement juste et fondée.

M. Marquez n'est, d'ailleurs, pas un inconnu pour vous, messieurs. Déjà, à plusieurs reprises, il vous a adressé des travaux marqués au coin d'un esprit vraiment scientifique et ami du vrai. Ces travaux, vous les avez accueillis favorablement; ils ont été l'objet de rapports successifs et vous en avez voté l'impression. Le dernier traitait de la contagion du muguet, un autre de la prétendue influence de la vaccine sur la fièvre typhoïde, un troisième relatait une opération de phimosis congénital, etc. M. Marquez, encouragé par vos bons procédés à son égard, a manifesté le désir de vous être adjoint en qualité de membre correspondant. Permettez-moi donc, messieurs, à moi qui le connais personnellement, qui, pendant huit années, ai été son collègue à la Société médi-

cale du Haut-Rhin, Société dont M. Marquez est un des membres les plus assidus, de terminer ce rapport par les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Marquez de son intéressante communication, et en voter l'impression;

2° Admettre M. Marquez au nombre des membres correspondants de la Société.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 3 FÉVRIER 1860.

1. Analyse du premier volume des Œuvres de Sthall, par M. le docteur de Langenhagen. — Discussion.

2. Observation d'une tumeur formée par un kyste hydatique dans les muscles sacro-lombaires, par M. Boinet.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De l'efficacité de la séve de pin maritime et de ses préparations dans la phthisie pulmonaire et la bronchite chronique, par M. le docteur KÉRÉDAN, de Lamarque (Gironde).

On extrait la séve du pin maritime, dans les landes du Bordelais, par le procédé de M. Boucher, qui consiste à couper l'arbre à sa base, à le détailler en morceaux longs de 3 ou 4 mètres, et, suspendant ceux-ci verticalement, à adapter au bout supérieur un vase qui contient de l'eau. Le liquide, pressant de son poids sur l'extrémité supérieure des canaux ouverts, s'infiltre dans chacun d'eux, pousse devant lui et vers le bas les sucs végétaux qu'ils contiennent, et les force ainsi à sortir par leurs ouvertures inférieures, où ils sont recueillis dans des vases. Longtemps cette opération n'a eu pour but que d'injecter le bois de pin de sels de cuivre et autres, afin de le rendre incorruptible par l'humidité. Ce n'est que dans ces dernières années que, songeant aux propriétés artériaques des conifères, on a appliqué le même procédé à l'extraction de la séve de pin qui se trouve aujourd'hui dans le commerce.

Ce produit n'a pas une saveur aussi désagréable que les autres produits des conifères, et beaucoup de malades le prennent sans répugnance à l'état naturel; on en compose également un sirop et des dragées, qui paraissent réunir toutes les garanties d'efficacité et de conservation.

M. Kérédan ordonne en commençant, pour la séve proprement dite, un tiers de verre le matin à jeun, autant au milieu de la journée, et le soir, deux heures après le repas; pour les enfants, 4 à 6 cuillerées en moyenne.

Le sirop s'emploie à la dose de 4 à 8 cuillerées par jour pour l'adulte. Bien concentré, il contient 1 centigramme de matière résineuse par cuillerée à bouche.

Les dragées renferment 1 pour 100 de principe actif; on en donne 6 à 10 par jour, suivant les indications.

Ces diverses préparations peuvent être administrées pendant longtemps sans fatiguer l'estomac, et sans produire les accidents fâcheux attribués à la plupart des médicaments tirés des conifères (vertiges, maux de tête, évacuations alvines abondantes, vomissements, etc.).

M. Kérédan a employé la séve de pin dans un grand nombre de cas de phthisie, et il croit pouvoir affirmer que dans toutes les phases de cette maladie c'est un médicament efficace; il lui a paru qu'il suspend les progrès de la tuberculisation, et prolonge au moins les jours du malade s'il ne réussit pas à le guérir. Il ne l'a jamais vu rester sans effet, même dans les cas graves, soit par les progrès du mal, soit par les complications. Au reste, il est évident pour M. Kérédan que l'efficacité de cet agent ne saurait être identique dans toutes les périodes de la phthisie pulmonaire. C'est pendant la formation et l'accroissement des tubercules qu'il ferait preuve d'une vertu toute spéciale; son utilité serait encore démontrée dans la période de fonte des tubercules. « Si les produits morbides sont nombreux, si les cavernes sont étendues..., si enfin l'amaigrissement est trop considérable, si la fièvre ne cesse jamais, alors les chances de guérison diminuent de plus en plus. » M. Kérédan n'a pas pu s'assurer jusque-là si la séve de pin peut hâter la cicatrisation des cavernes tuberculeuses. Il conseille, comme bien on le pense, d'y recourir dès l'apparition des premiers symptômes de tuberculisation; il est d'ailleurs bien éloigné de vouloir vanter cette médication à l'exclusion de toutes les autres; il pense, au contraire, qu'elle pourra être associée avantageusement aux traitements usités jusqu'ici.

Lorsque les hémoptysies se répètent, quand la fièvre et la toux augmentent, M. Kérédan n'administre la séve de pin que dans l'intervalle des crises. Pendant les accès de fièvre, il calme la soif à l'aide d'une infusion de camomille édulcorée avec du sirop de séve de pin, et il attend la fin de l'accès pour faire prendre le médicament dans son état de pureté.

M. Kérédan a trouvé également la séve de pin très efficace « dans les bronchites, dans les catarrhes chroniques, dans toutes ces affections chroniques du canal aérien, où la toux et une expectoration abondante sont les symptômes dominants, et qui résistent quelquefois aux moyens les plus rationnels. » Il ajoute que des résultats analogues à ceux qu'il a obtenus lui-même ont été constatés par un grand nombre de praticiens.

De ce nombre est M. le docteur Chautard. Suivant ce médecin, la séve de pin maritime a une action bien manifeste dans le catarrhe pulmonaire chronique, et, en général, dans les affections pulmonaires chroniques compliquées d'un état catarrhal. Elle modifie favorablement la muqueuse pulmonaire; elle diminue et facilite extraordinairement l'expectoration; par suite, la toux devient moins fréquente, l'oppression et les douleurs de poitrine disparaissent, le sommeil revient chez les malades, qu'une toux fatigante épuisait pendant la nuit. Elle peut encore, lorsqu'il n'existe pas d'état fébrile, faire disparaître le catarrhe bronchique, qui complique souvent et d'une manière si fâcheuse l'affection tuberculeuse des poumons. Enfin ce médicament peut encore rendre quelques services dans la dernière période de la phthisie, en procurant une atténuation considérable dans les souffrances des malades.

Il semble résulter, en somme, de l'expérience des médecins qui ont employé la séve de pin que cette préparation est très utile, à la façon des autres balsamiques, dans les catarrhes bronchiques, et que c'est à ce titre qu'il peut rendre des services comme palliatif dans le traitement de la phthisie. Quant à son efficacité comme moyen curatif des tubercules pulmonaires, elle est loin d'être démontrée. (*Revue médicale française et étrangère*, n^{os} des 30 juin, 15 août et 31 octobre.)

Traitement de la teigne faveuse à l'hôpital extérieur de Berne, par M. le docteur J. RICHARD.

En 1763, un certain empirique du canton de Berne nommé Plüss vendait au gouvernement de ce canton la recette d'un emplâtre ainsi composé : farine de seigle, 6 onces, qu'on cuit avec de l'eau de fontaine, de manière à obtenir 3 livres de pâte, à laquelle on ajoute à un feu doux 10 onces de poix blanche bien pure. C'est cet emplâtre qui sert dans le traitement du favus à l'hôpital extérieur de Berne; il est juste assez collant pour arracher les cheveux malades et non les autres, sans produire ni éruption, ni irritation cutanée. Voici en quels termes M. Richard formule ce traitement :

A son entrée, on donne à chaque teigneux un bain simple, puis les cheveux sont coupés au niveau des croûtes, la tête est enduite d'une couche de saindoux, par-dessus laquelle on applique un cataplasme de farine de graine de lin et d'avoine pour amollir et faire tomber les produits du favus, ce qui a généralement lieu du deuxième au troisième jour.

Les cheveux sont ensuite coupés aussi près que possible de la peau, et même rasés si l'épiderme est en assez bon état pour le

permettre; si, au contraire, il y a complication d'eczéma ou d'excoriations, on continue les cataplasmes en les accompagnant de frictions d'onguent de zinc, de lotions savonneuses, de purgatifs légers selon les indications, jusqu'à ce que cet état de la peau se soit amélioré.

Le cuir chevelu une fois mis à nu et nettoyé, on étend environ une ligne d'épaisseur de l'emplâtre sur des bandes de toile forte, de 1 pouce à 1 pouce 1/2 de largeur, qui sont appliquées sur les places affectées et fixées au moyen d'une bande pour les laisser sécher sur place. On les laisse à demeure pendant un jour ou deux, puis on les enlève à contre-sens des cheveux, lentement et sans secousses. Cette opération donne parfois lieu à un léger saignement. On lave ensuite la tête à l'eau de savon, et pendant toute la journée on y maintient des fomentations d'eau froide ou d'eau de Goulard, et la nuit un cataplasme, qui permet de remettre l'emplâtre dès le lendemain et de continuer ainsi jusqu'à ce que tous les cheveux malades paraissent éloignés. Rarement, sinon dans les cas très invétérés, cette opération se répète plus de quatre à cinq fois. S'il survient de l'irritation ou des excoriations, on met un intervalle un peu plus long entre les diverses applications de l'emplâtre.

On tient ensuite la tête propre au moyen de lavages journaliers d'eau de savon; on examine les cheveux pour arracher avec une pince ceux qui ont une apparence lanugineuse ou dont la couleur diffère de celle des autres, à moins qu'ils ne reviennent en nombre tel qu'ils nécessitent un nouvel emploi de l'emplâtre. Après chacune de ces séances épilatoires, si l'on a rencontré beaucoup de cheveux malades, on rase la tête pour faire une application de teinture d'iode concentrée sur toute la surface du crâne, ou seulement par places, selon le besoin, après quoi on maintient sur la tête, pendant toute la journée, des compresses imbibées d'eau de Goulard; puis on fait, le soir, une friction de saindoux, et l'on applique un cataplasme pour la nuit. On répète ces divers moyens jusqu'à ce que l'épiderme corrodé se fendille et se laisse enlever facilement par plaques; sur la mince couche d'épiderme récent, on aperçoit alors très bien les pustules faveuses, traversées chacune par un cheveu, que l'on arrache. On persiste ainsi avec les applications de teinture d'iode et l'épilation, jusqu'à ce qu'on ne voie plus surgir aucune pustule. Quant à la guérison radicale, on n'y compte pas avant que la peau ait recouvré sa couleur, sa souplesse et son élasticité primitives. Aussi longtemps qu'il se produit de la rougeur et de l'écaillement, on garde le malade en observation, on rase les cheveux de temps en temps, et l'on frictionne chaque soir la tête avec un onguent de mercure précipité blanc ou d'oxyde de zinc, pour la recouvrir ensuite d'un cataplasme.

C'est surtout cette dernière période qui prolonge le traitement, et ce n'est qu'avec l'aide d'un personnel exercé et intelligent qu'on parvient à obtenir les résultats brillants qu'il peut donner; aussi ne peut-il guère être employé hors d'un service d'hôpital.

« Dans les hôpitaux de Paris, on évalue la durée du traitement entre six et dix-huit mois; à Berne, on peut la comprendre entre quarante et cent soixante jours, et, pour la plupart des cas, la durée du séjour est de quatre-vingt à cent jours; le nombre des récidives varie entre 15 et 20 pour 100, et chez presque tous les récidivistes on a pu constater une nouvelle infection par les habits ou le contact avec d'autres membres de leur famille qui avaient ramassé la maladie ultérieurement. »

M. Richard n'a jamais vu ce traitement causer des accidents graves, tels que convulsions, arrachement du cuir chevelu, inflammation, hémorrhagies violentes, qu'on a reprochés à la calotte. Parfois, pendant l'emploi de la teinture d'iode, il survient une céphalalgie intense, surtout lors des chaleurs de l'été; on y remédie facilement en faisant rester les enfants en chambre pendant le gros du jour, ou en leur administrant une ou deux douches froides. L'alopécie consécutive ~~est très~~ rare. (*Écho médical*, n° 10, 1859.)

De l'inertie de la matrice et du seigle ergoté,
par le docteur Ch. Dubreuilh.

On se rappelle les reproches graves formulés récemment à l'Académie de médecine contre le seigle ergoté par M. Deville (voyez *Gazette hebdomadaire*, n° 6, 1859) : sur 615 enfants mort-nés, 72, c'est-à-dire un peu plus d'un septième, auraient, suivant ce médecin, succombé à la suite de l'administration de l'ergot de seigle, d'où il conclut que ce médicament est *toujours* dangereux pour la vie des enfants. M. Danyau, dans son rapport sur le travail de M. Deville, a déjà élevé contre sa statistique des objections sérieuses. M. Dubreuilh fait remarquer à son tour qu'avant d'admettre les conclusions de M. Deville il serait nécessaire de déterminer les circonstances qui ont accompagné le travail dans les 72 cas en question. Ce sont précisément ces circonstances dont il est bien essentiel de tenir compte, et qui peuvent atténuer, si elles ne les annulent pas, les reproches adressés au seigle ergoté.

En général, dit M. Dubreuilh, lorsque ce médicament est employé, on se trouve en présence d'un accouchement laborieux, où la longue durée du travail a déjà épuisé les forces de la mère et fatigué le fœtus. En présence d'un état semblable, ou bien il a fallu en venir à l'application du forceps, après l'action insuffisante, quoique énergique, du seigle ergoté, ou bien cette action a dû être extrêmement violente. On conçoit, dans tous ces cas, la mort de l'enfant par les violences qu'il a eu à supporter du travail, soit naturel, soit artificiellement excité. Il semble raisonnable de croire que, dans des circonstances aussi défavorables, on ait plus d'accidents à déplorer que dans les cas ordinaires.

Les statistiques publiées avant M. Deville par les médecins qui ont étudié spécialement le seigle ergoté, Bayle, Prescott, M. Godquin, sont d'ailleurs toutes contraires aux conclusions de M. Deville. Ainsi, sur 1,105 accouchements terminés depuis 1817 à 1826, époque pendant laquelle M. Godquin (d'Eu) n'a point administré le seigle ergoté, le forceps a été appliqué 44 fois, et 13 enfants sont venus morts. Sur 780 accouchements terminés depuis 1827 à 1832, période pendant laquelle il s'est servi du seigle ergoté, ce médecin n'a appliqué que 12 fois le forceps, et 3 enfants seulement sont venus morts ou ont succombé. Ainsi, avant d'employer le seigle ergoté, M. Godquin a appliqué le forceps 1 fois sur 25, et il y a eu 1 mort sur 88; et pendant les six années où le médicament a été administré il n'y a eu qu'une application de forceps sur 65 accouchements, et 1 enfant mort sur 260.

Il semble légitime de conclure de là que souvent, lorsqu'il y a mort de l'enfant, le seigle ergoté a été donné hors de propos. Dans les cas d'inertie simple, et lorsque le travail est suffisamment avancé, ce malheur ne doit arriver que bien rarement; mais il est évident qu'il est fort à craindre quand on donne le seigle ergoté dans des cas d'inertie secondaire, due à un obstacle mécanique, à une présentation vicieuse, etc. Or, ce sont des erreurs semblables que commettent trop souvent des sages-femmes ignorantes, et cette raison paraît suffisante à M. Dubreuilh pour admettre, avec M. Deville, que la restriction du droit de prescription et d'administration dont les sages-femmes ont joui jusqu'à ce jour serait une mesure très avantageuse pour les femmes confiées à leurs soins.

La loi qui régit la police médicale, dit-il, dispose sans doute que le libre emploi des moyens qui peuvent précéder, accompagner ou suivre l'accouchement est accordé aux sages-femmes; mais s'il est prouvé que le seigle ergoté peut devenir entre leurs mains un médicament funeste, il y aurait un moyen de trancher la question d'une manière nette et précise, ce serait de le reléguer dans l'article suivant, qui établit une exception unique relativement à l'application des instruments.

Nous ne voyons pas les grands inconvénients qu'il y aurait dans une pareille mesure. Si la loi regarde comme une chose sage de la part de l'accoucheuse d'attendre patiemment le médecin, quand il doit s'armer de moyens douloureux, dangereux ou tout au moins équivoques, cette conduite serait aussi louable lorsqu'elle pourra trouver dans le seigle ergoté un agent qui, mal administré, a des résultats des plus graves. L'emploi de ce médicament devrait être soumis aux mêmes restrictions que celles qui sont imposées aux substances vénéneuses du règne végétal, et il y a des motifs suffisants pour proposer d'en défendre rigoureusement la vente, à moins d'une ordonnance du médecin. (*Union médicale de la Gironde*, n° 9, 1859.)

Diagnostic du sexe du fœtus à l'aide de l'auscultation, communication à la Société obstétricale de Berlin, par M. le docteur FRANKENHAUSER.

En auscultant les bruits du cœur fœtal chez une centaine de femmes, soit dans le cours de la grossesse, soit pendant le travail, M. Frankenhauser a remarqué qu'ils sont, en moyenne, plus fréquents chez les fœtus femelles que chez les enfants mâles.

En prenant ensuite dans 50 cas des notes exactes sur la fréquence moyenne des pulsations fœtales, il a pu annoncer d'avance, le plus souvent, le sexe de l'enfant. Sur ces 50 grossesses, il compta 22 garçons et 28 filles. La fréquence moyenne était de 124 par minute chez les premiers, et de 144 chez les dernières. Le plus souvent, on comptait 120 pulsations chez les garçons, et 144 chez les filles, très rarement 132 chez les premiers, et 138 chez les dernières. Ces chiffres représentent tous la moyenne d'un certain nombre d'observations faites successivement sur le même sujet, et en général de 2 à 3 mois avant la fin de la grossesse. La fréquence des battements fœtaux étant beaucoup plus variable pendant le travail de l'accouchement qu'avant cette époque, on ne peut guère attacher d'importance qu'aux résultats fournis par l'auscultation avant les premières douleurs de l'enfantement. Il est d'ailleurs évident que pour obtenir des données de quelque importance, il faut compter les battements à plusieurs reprises, et dans des conditions diverses, pour éliminer les chances d'erreur dues à des variations accidentelles.

Les résultats annoncés par M. Frankenhauser n'ont pu être ni confirmées ni infirmées par ses collègues de la Société obstétricale, qui n'avaient jamais fait de recherches dans ce sens. Des observations ultérieures, faites en grand nombre, devront déterminer la valeur de ce signe diagnostique, dont il serait sans doute utile de tenir compte dans certaines circonstances, s'il devait réellement avoir l'importance que lui attribue l'accoucheur de Berlin. (*Monatsschrift für Geburtskunde*, t. XIV, p. 168.)

V

VARIÉTÉS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

En janvier 1858, à la suite d'une conversation dans laquelle vous exprimiez le désir de juger par vous-même de l'effet de ma médication contre la phthisie, je vous envoyai douze malades en traitement à mon dispensaire. Les résultats (suivant vous) de cette expérience et les conclusions que vous crûtes devoir en tirer furent publiées dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE en août, septembre et octobre de la même année. D'après vous, il était impossible d'attribuer à mon traitement aucune influence sur la marche des tubercules (*Gaz. hebdom.*, 1er oct. 1858, p. 686). L'effet du médicament sur la santé générale, ainsi que sur certains symptômes de l'affection thoracique, tout en vous paraissant assez sensible, n'offrait à vos yeux *rien de spécifique*. Vous ajoutiez, du reste, qu'il ne dépendrait pas de vous que la suite de ces observations ne fût donnée dans ce journal. Depuis lors, quinze mois se sont écoulés, et la suite se fait encore attendre. Vos lecteurs ont dû conclure que c'était une question enterrée avec les malades, et ils auront eu d'autant plus raison de le supposer, qu'aucune protestation *publique* de ma part n'est venue réclamer contre les conclusions que vous aviez publiées. Vous savez vous-même que ce silence, que j'ai cru devoir observer, a tenu tant au désir d'éviter une controverse stérile, qu'à celui d'attendre le résultat définitif des observations que nous avions faites en commun. La GAZETTE d'hier contient un compte rendu des résultats obtenus par l'emploi des hypophosphites, à Gand, entre les mains de M. Denobèle. Vous y rappelez vos articles de 1858, et vous y exprimez le regret que vous aviez éprouvé en vous voyant forcé d'arriver à des conclusions défavorables. Si, comme je suis tout disposé à le croire, le regret que vous exprimez est sincère, il ne tiendrait qu'à vous de le faire cesser, attendu que je me crois aujourd'hui, au bout de deux ans, en droit de déclarer, en me fondant sur les résultats fournis par les douze malades que vous avez vus, que tout ce que j'ai avancé sur l'action des hypophosphites contre la phthisie pulmonaire est rigoureusement vrai, et susceptible d'une démonstration aussi complète que quelque point de thérapeutique que ce soit. Je prétends que tous les malades vus par vous, que j'avais déclarés guérissables, au nombre de six, sont aujourd'hui guéris, sauf un seul en voie de guérison; que sur les cinq pour lesquels mon pronostic, ainsi que le constate votre propre rapport, était ou fâcheux ou douteux (1), quatre sont morts, un est guéri et continue encore ses travaux. Enfin, un seul se trouvant bien, est retourné dans son pays et ne m'a plus donné de ses nouvelles. Permettez-moi de vous rappeler que parmi les malades aujourd'hui guéris, il en est un qui fait le sujet de l'observation III (*Gaz. hebdom.*, 27 août 1858, p. 603). Vous-même m'avez adressé ce malade, et à la fin de votre observation (p. 604) vous aviez conclu que malgré un traitement régulier, du 2 mai au 4 août, l'état local s'était sensiblement aggravé. Le 7 février 1859, je vous ai renvoyé ce malade, pour que vous pussiez constater chez lui la disparition complète, non-seulement des symptômes généraux, mais encore des signes physiques. En même temps, je vous écrivis pour vous prier, dans le cas où vous ne seriez pas d'accord avec moi sur les phénomènes d'auscultation, de me le faire savoir par un mot d'écrit, afin que nous pussions nous entendre pour constater sur quoi reposait cette différence. Vous répondîtes verbalement à l'élève qui vous avait conduit le patient, que vous étiez en tout point d'accord avec moi. Comme il y a aujourd'hui près d'un an que ce fait s'est passé, il aura sans doute échappé à votre souvenir, ce qui vous aura empêché d'en faire part à vos lecteurs.

Ainsi donc, les malades réunissant les conditions nécessaires à la guérison sont aujourd'hui guéris (obs. II, III, V, VIII, XII), sauf un (obs. IX). Ma proposition que la phthisie est toujours guérissable par les hypophosphites, dans *certaines conditions déterminées*, se trouve donc confirmée également par les deux sortes de preuves indispensables à l'établissement de toute vérité scientifique, les faits positifs et les faits négatifs. Si, je le répète, vous éprouvez le regret fort honorable d'avoir vu disparaître une chance de détruire le plus grand fléau de l'espèce humaine, il ne tiendrait qu'à vous de faire cesser ce regret chez vous-même et chez vos lecteurs, en acceptant l'offre que je vous fais de constater personnellement l'exactitude des faits que j'avance.

Avant de conclure, permettez-moi de faire une courte réflexion sur la théorie imaginée par M. Denobèle pour expliquer l'action des hypophosphites. L'honorable médecin des prisons de Gand, dites-vous, adopte une théorie contraire à la mienne : « Guidé par cette vue que l'huile et les » autres corps hydrocarbonés, pris à l'intérieur, ne sont efficaces qu'à la » condition d'y rencontrer de l'oxygène pour brûler leur carbone, il n'a » administré l'hypophosphite qu'à titre de composé *aisément réductible*, » propre à augmenter la proportion d'oxygène contenue dans l'économie » et à rendre plus sûre l'action de l'huile de foie de morue. » A cela, il n'y a à faire qu'une toute petite objection. Les hypophosphites, au lieu d'être des sels éminemment réductibles, sont au contraire, par excellence, des corps réducteurs, puisque, loin de céder eux-mêmes de l'oxygène, ils l'enlèvent à la plupart des oxydes des sels métalliques, à des températures variables, suivant l'affinité du métal pour ce gaz.

L'importance de la question dont il s'agit et votre propre sentiment de justice suffiront, je pense, pour faire admettre cette lettre dans votre prochain numéro.

Le silence que j'ai gardé pendant quinze mois témoigne assez que je ne suis pas disposé à abuser du droit de réponse.

Veuillez agréer, etc. J.-F. CHURCHILL.

RÉPONSE. — M. Churchill ayant ingénieusement découvert, ainsi qu'il a bien voulu nous le dire devant plusieurs personnes, que notre appréciation des faits dont il nous avait rendu témoin manquait de *bonne foi*, et n'avait d'autre but que de *plaire à la Faculté*, nous sommes surpris, un peu plus qu'honoré, de le voir solliciter de nouveau notre jugement. Il nous serait aisé de montrer que quatre morts sur douze malades, après moins de deux ans, sont un résultat qui n'a rien de particulièrement avantageux, quand on se rappelle que, sur ces douze malades, deux ne nous avaient point semblé phthisiques (obs. VIII et XI), et cinq, atteints, selon toute apparence, de tubercules, mais de tubercules au premier degré, n'offraient que des symptômes corrélatifs à des bronchites ou congestions pulmonaires intermittentes, et appartenaient à cette catégorie de phthisiques dont la vie peut se prolonger dix, vingt, trente années. Nous pourrions ajouter que le peu de rigueur des notes de M. Churchill, en ce qui concerne les signes stéthoscopiques, n'est pas de nature à nous inspirer une foi entière dans les guérisons qu'il annonce. Mais il ne saurait nous convenir de le rendre une seconde fois victime de notre partialité ou de nos basses flatteries. Tout ce que nous pouvons faire pour sa sécurité, c'est, en déclinant son offre, de lui rappeler celle que nous avons eu occasion de lui faire dans la conversation rappelée plus haut, et qui est : 1° de soumettre de nouveaux malades à l'examen de trois médecins notoirement compétents; 2° de n'admettre à cette épreuve que des sujets atteints de phthisie pulmonaire confirmée et hors de tout conteste.

A. D.

La séance générale de l'Association des médecins du département de la Seine s'est tenue dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Paul Dubois. Dans un compte rendu très applaudi, le secrétaire-général, M. Louis Orfila, a présenté le tableau des actes accomplis et des services rendus par l'institution. Rappelant des débats récents, il a expliqué, en termes heureusement mesurés, comment l'Association de la Seine n'avait rejeté qu'un projet où les intérêts communs ne lui avaient pas paru suffisamment garantis, et comment sa prudence avait été légitimée par l'événement, puisque ce projet avait dû être abandonné pour un autre, actuellement réalisé, où les vues propres de l'Association de la Seine ont été largement mises à profit.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'accorder une subvention de 60,000 fr. à la ville de Strasbourg comme concours de l'État pour la construction des bâtiments destinés à la Faculté de médecine; c'est le prix du terrain sur lequel les constructions doivent s'élever.

— A la suite d'un rapport de M. le ministre de l'instruction publique, l'Empereur a nommé M. Lescarbault chevalier de la Légion d'honneur.

— Les registres de la Faculté de médecine de Strasbourg, clos à la date du 16 janvier 1860, présentent les chiffres suivants, savoir :

Doctorat. — Élèves civils, 1re année, 44; 2e année, 27; 3e année, 26; 4e année, 17; candidats, 50; total, 164. — Élèves militaires, 2e année, 37; 3e année, 33; 4e année, 30; candidats, 19; total, 119.

Officiers de santé. — 1re année, 6; 3e année, 3; 4e année, 3. — Total, 12.

Auditeurs bénévoles (élèves étrangers qui ne prennent point d'inscription), 44. — Élèves civils qui pour cause de maladie ou autre empêchement n'ont pu s'inscrire, 8.

— Les commissaires du banquet offert au docteur Lescarbault ont décidé que MM. les internes des hôpitaux seraient engagés à s'adjoindre au corps médical pour la fête du 18 février.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VI

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Annales médico-psychologiques. — Juillet. De l'application de l'électricité au traitement de l'aliénation mentale, par *Fenilleux*. — Tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés, par *Foville*. — Rapports médico-légaux, par *Aubanel*.

Archives générales de médecine. — Octobre. Sur les paralysies diphthéritiques, par *Maingault*. — Mémoire sur l'encéphalocèle congénitale, par *Houel*. — Études sur l'action physiologique et pathologique des gaz injectés dans les tissus des animaux vivants, par *Leconte* et *Demorquay*. — De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite ulcéro-membraneuse des enfants, par *Bergeron*. — Novembre. Étude sur une maladie complexe de la rate, par *Monneret* — De l'exophthalmos cachectique, par *Fischer*. — Action des gaz injectés, etc. (2e article). — Encéphalocèle congénitale (fin).

Bulletin général de thérapeutique. — 31 août. Note sur la généralisation de l'emploi de la potion rasorienne dans toutes les affections fébriles des organes respiratoires, par *Fonssagrives*. — Du traitement consécutif aux hémorrhagies puerpérales, par *Gharrier*. — Nouvelles considérations pharmacologiques sur la belladone, par *Loret* et *Jame*. — 15 septembre. De l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques, par *Lamare-Picquot*. — Sur l'usage externe des médicaments, par *Thomson*. — Des résections sous-périostées, par *Ollier*. — 30 septembre. Du traitement de la chloro-anémie par la fève de Saint-Ignace, par *Eisenmann*. — De l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques, par *Lamare-Picquot*. — Résections sous-périostées (fin). — 15 octobre. De l'hépatite avec abcès s'ouvrant dans les bronches, par *Simon*. — De l'emploi de l'oxysulfure d'antimoine comme expectorant dans les maladies inflammatoires des organes respiratoires chez les enfants, par *Jacobi*. — Considérations cliniques sur l'ophthalmie granuleuse, par *Deval*. — 31 octobre. Médication saturnine dans la phthisie, par *Lecoq*. — Hépatite avec abcès s'ouvrant dans les bronches (fin). — Ophthalmie granuleuse (fin).

Bulletin de la Société médicale des hopitaux de Paris. — Tome IV. — N° 2. Discussion sur le croup et la trachéotomie.

Gazette médicale de Paris. — N° 36. Oxalate de chaux, etc. (suite). — Cancer buccal (suite). — 37. Mémoire sur l'inflammation chronique de la membrane du tympan, par *Kramer*. — Oxalate de chaux, etc. (suite). — Cancer buccal (fin). — Note sur un cas de maladie d'Addison, par *Dumas*. — Prodromes tétaniques enrayés par le traitement chirurgical, par *Lespiau*. — 38. Le tuyau diagnostique et les maladies de l'oreille moyenne, par *Kramer*. — Recherches expérimentales sur les caustiques potasse et chlorure de zinc, par *Salmon* et *Maunoury*. — 39. Oxalate de chaux, etc. (suite). — Caustiques (suite). — 40. Sur l'apparition prématurée des dents, par *Thore*. — Oxalate de chaux, etc. (suite). — Caustiques (suite). — 41. Oxalate de chaux, etc. (suite). — Études cliniques sur les erreurs en médecine par *Forget*. — Caustiques (suite). — Observation de rupture d'ankylose du genou, par *Demarquay*. — 42. Oxalate de chaux (suite). — Erreurs en médecine (suite). — Mémoire sur la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le fibro-cartilage interarticulaire, par *Goyrand*. — 43. Oxalate de chaux (suite). — Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus (suite). — Traitement du tétanos, par *Forget*. — 44. Erreurs en médecine (suite). — Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus (suite).

Journal de pharmacie et de chimie. — Septembre. Préparation de l'iodure d'arsenic, par *Nicklès*. — Analyse des vins plâtrés, par *Poggiale*. — Examen chimique de la fraise (fin). — Action du chlorure de chaux sur quelques éthers composés, par *Schlagdenhauffen*. — Octobre. De l'empoisonnement par le phosphore, par *Réveil*. — Préparation de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, par *Mouchon*. — Sur quelques propriétés de l'oxalate de chaux, par *Chevreul*. — Essai sur les insectes vésicants, par *Ferrer*.

L'Art dentaire. — 1859. — N° 7. Des procédés opératoires que nécessite le traitement du bec-de-lièvre, par *Buttler*. — Non-existence de l'os intermaxillaire chez l'homme à l'état normal, par *Rousseau*.— Amalgamation et dorure de l'aluminium, par *Tissier*. — Hémorrhagies chez un hémophile, par *Thore*. — Influence des dents temporaires sur les dents permanentes, par *Dauzat*. — Cliniques. — 8. Bec-de-lièvre (suite). — Influence des dents temporaires sur les dents permanentes, par *Dauzat*. — Revue clinique. — 9. Bec-de-lièvre (suite). — Influence des anomalies dentaires sur la production des maladies des os maxillaires, par *Forget*. — 10. Sur l'apparition prématurée des dents, par *Thore* — Anomalies dentaires (suite).

L'Hydrothérapie (paraissant deux fois par mois; rédacteur en chef, M. Duval). — 1re année. — N° 3. Application de l'hydrothérapie au traitement de l'épilepsie, par *Duval*. — 4. Leçons sur la phthisie pulmonaire et son traitement par les eaux minérales, par *Guéneau de Mussy*.

Revue médicale française et étrangère. — 15 septembre. Doctrines médicales (suite). — Des maladies charbonneuses, par *Raimbert*. — 30 septembre et 15 octobre. Traitement du croup par le sous-borate de soude, par *Leriche*. — Doctrines médicales (fin). — 31 octobre. Qu'est-ce que la thérapeutique dans la doctrine du vitalisme médical, par *Sales-Girons*. — De la goutte, par *Pons*. — Traitement du croup (suite). — Efficacité de la sève du pin maritime dans la phthisie (fin).

Bulletin des travaux de la Société de médecine de Marseille. — N° 4. Rapport sur un cas d'encéphalie humaine, par *Villard*. — De l'influence des inoculations multipliées sur la marche des accidents consécutifs de la syphilis constitutionnelle, par *Robert*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 18. Sur la forme suppurative de la maladie de Bright, par *Basham*. — Du cathétérisme de la trompe d'Eustache, à l'aide de cathéters à boule, pour remédier aux surdités produites par l'obstruction de la portion pharyngienne de ce canal, par *Philipeaux*. — 19. Cathétérisme de la trompe d'Eustache (fin). — Étude sur Léonard Botalli à propos de la dysentérie inflammatoire, par *Robin*. — 20. Observation tendant à prouver qu'un tronçon de moelle épinière resté sain peut devenir un foyer d'innervation indépendant lorsque le cordon médullaire est ramolli entre ce tronçon et le cerveau, par *Vernoy*. — Étude sur Botalli (fin).

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 9. Clinique chirurgicale de M. Sédillot, par *Spielmann*. — Rapport du conseil de salubrité, par *Tourdes*. — 10. Nouvelles observations de polypes du rectum chez les enfants, par *Stoltz*. — Réaction chimique des liquides buccaux en rapport avec le muguet, par *Ch. Bley*. — Fongosités de la cavité utérine, par *Goldschmitt*.

Journal de médecine de Bordeaux. — Septembre. Clinique chirurgicale, par *Denucé*. — Quelques mots sur l'irrigateur-obturateur vaginal de M Davanseaux, par *Venot*. — Clinique, par *Gintrac*. — Octobre. Clinique chirurgicale (suite). — Observations d'abcès par congestion, tumeur blanche et carie scrofuleuse, par *Chabrely*.

Journal de médecine de Toulouse. — Septembre. De l'emploi de la bougie spirale dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, par *Dieulafoy*. — Arnica (suite). — Note sur la camomille romaine du commerce, par *Timbal-Lagrave*.

Montpellier médical. — Octobre. Injections narcotiques sous-cutanées, par *Courty*. — Métaux qui peuvent exister dans le sang et les viscères, par *Béchamp*. — Tumeurs butyreuses du sein, par *Puech*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 16. Croup (fin), par *Lafon*. — Trois cas d'usage du chloroforme à l'intérieur, par *Saurel*. — Adhérence du placenta; expulsion au bout de trois jours, par *Saurel*. — 17. Mémoire sur les accouchements avec présentation du sommet, compliqués de la présence d'un ou plusieurs membres, par *Pernice*. — De la folie diathésique, par *Berthier*. — 18. Méthode anesthésique (suite). — Folie diathésique (suite). — 19. Méthode anesthésique (suite). — Accouchements avec présentation du sommet (suite). — 20. Méthode anesthésique (suite). — Folie diathésique (fin).

Union médicale de la Gironde. — Septembre. De l'inertie de la matrice et du seigle ergoté, par *Dubreuilh*. — Pica pellagreux (espèce bovine), par *Dupont*.

Gazette médicale de l'Algérie. — N° 9 Lettres médicales (suite). — Maladies de l'armée d'Orient (suite).

Livres.

De la goutte, de sa nature, de ses causes et de son traitement préservatif, palliatif et curatif, par *P. Galtier-Boissière*. In-4 de 120 pages. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

Précis d'histologie humaine, par le docteur *C. Morel*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. In-8, avec un atlas de 28 planches dessinées d'après nature par le docteur *A. Willemin*. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, **24 fr.** 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 10 FÉVRIER 1860. N° 6.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 9 février 1860.

SUITE DES EXPÉRIENCES DE M. GAVARRET SUR LES ROTIFÈRES, LES TARDIGRADES ET LES ANGUILLULES DES MOUSSES.

M. Gavarret a donné suite à ses recherches sur la révivification des rotifères, des tardigrades et des anguillules des mousses. Nous en avons donné la première partie, relative à l'influence de la *dessiccation à froid*, dans le tome VI de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (page 710). La seconde partie, concernant l'influence des *hautes températures* sur les animalcules *préalablement desséchés à froid* ou préalablement *saturés d'humidité*, vient d'être publiée par les ANNALES DES SCIENCES NATURELLES. Nous la leur empruntons, afin que nos lecteurs aient sous les yeux toute la série de ces expériences si rigoureusement conduites et si instructives.

Il nous a paru convenable d'étudier d'abord l'influence de la chaleur sur ces animalcules *plongés dans l'eau*, et d'agir ensuite sur des animalcules *saturés de vapeur d'eau* et maintenus dans un espace *saturé*.

1° *Animalcules plongés dans l'eau*. — *Première expérience*. — Le 10 novembre, des mousses sont arrosées avec de l'eau distillée; le lendemain, 11 novembre, les animalcules sont en pleine activité.

Ces mousses ont été divisées en *cinq* échantillons; chacun d'eux a été introduit dans un tube de verre et recouvert d'eau distillée; chaque tube a été chauffé au bain-marie. Un thermomètre très sensible, placé dans le tube, donnait les températures du liquide du tube et des mousses ; le tube était vivement agité pendant tout le temps du chauffage. Nous avons préparé ainsi *cinq* échantillons de mousses chauffés à 45, 47, 49, 51 et 53 degrés centigrades.

L'examen de ces mousses montre qu'immédiatement après le chauffage, tous les animalcules sont gonflés, allongés, gorgés d'eau et *sans mouvement*.

Deux heures après le chauffage, quelques animalcules ont déjà repris *leur activité* dans les mousses chauffées à 45 et 47 degrés. Dans les échantillons chauffés à 49 degrés et au-dessus, les animalcules restent *complétement immobiles*.

12 novembre. Dans l'échantillon de mousse chauffé à 45 de-

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — M. Lescarbault. — Incartades du soleil. — Le banquet du Louvre; *éclipse* possible d'icelui. — Nouvelle explosion lyrique de M. Piorry. — Hypnotisme : Réclamation d'outre-tombe. — Honneurs rendus à la médecine en Russie; statue de Williers; la grande Catherine et la reine de Madagascar. — Un bon client... en Turquie. — Les médecins coloniaux en Algérie. — Cas de fécondité extraordinaire. — Archiconfrérie de Notre-Dame-des-Malades.

Voilà plusieurs jours que le vent souffle avec un tel redoublement de véhémence, qu'il nous apporte de toutes parts des flots de nouvelles. Aussi ne pouvons-nous résister plus longtemps au besoin de conter; et cette fois nous n'attendrons pas jusqu'à la fin du mois pour y satisfaire.

Il n'est point nécessaire d'être fort en astronomie comme un Chaldéen, ni de posséder la pénétration d'un Nostradamus ou d'un Copernic, pour juger que le soleil se livre, depuis quelques années, à des écarts de régime incroyables. Personne ne saurait en disconvenir, tant son inconduite est flagrante; mais chacun cherche un motif ou une excuse au dérangement subit de cet astre, qui depuis six mille ans se faisait remarquer par la pureté de ses mœurs et la régularité de sa vie, non moins que par l'éclat et la magnifique splendeur de sa personne. — Les esprits forts disent : « Il se fait vieux ! il bat la campagne, il a des *absences* (ceci est particulièrement vrai depuis deux mois); *bonus dormitat... Apollo*. — Les mauvais plaisants prétendent qu'il se débauche et qu'il oublie d'éclairer le monde, comme autrefois aux noces de Téthys. — Les poëtes pensent que, pour des raisons majeures et impénétrables, il a derechef abandonné les rênes de son char à son fils Phaéton (ce qui prouverait surabondamment que ce jeune homme ne s'est point corrigé de sa maladresse depuis cinquante siècles, et qu'il n'a aucune aptitude pour le métier de postillon). — Quelques astronomes, entre autres le R. P. Secchi, ont signalé des taches (de *rousseur*, sans doute) sur le visage, jadis immaculé, du blond Phébus. Il ne se passait guère de mois que le vénérable astronome romain ne fit la découverte de quelque nouvelle éphélide. Ces taches se multi-

grés, de *nombreux* rotifères et de *nombreux* tardigrades (*Emydium*, *Macrobiotus*) sont en *pleine activité;* quelques animalcules seulement restent *immobiles.*

Dans les mousses chauffées à 47 degrés, les rotifères et les tardigrades (*Emydium*, *Macrobiotus*) qui ont *repris leur activité* sont *assez nombreux.*

Dans les échantillons de mousses chauffés à 49 degrés et au-dessus, *tous* les animalcules sont encore *immobiles.*

14 novembre. Dans les mousses chauffées à 49 degrés, *quelques* rotifères et *quelques* tardigrades (*Emydium*, *Macrobiotus*) sont en *pleine activité;* les autres, très nombreux, sont complétement *immobiles.*

Dans les échantillons chauffés à 51 et 53 degrés, l'examen microscopique, renouvelé ce jour-là et les jours suivants, n'a fait découvrir *aucun animalcule en mouvement.*

Deuxième expérience. — Nous avons voulu opérer sur des animalcules en pleine activité et séparés des mousses. Dans ce but, des rotifères et des tardigrades (*Emydium*, *Macrobiotus*) furent isolés à l'aide d'une pipette, placés dans des tubes de verre dans de l'eau distillée, et chauffés au bain-marie avec les précautions précédemment indiquées. Nous préparâmes ainsi *six* groupes d'animalcules, qui furent chauffés dans l'eau à 47, 48, 49, 50, 51 et 52 degrés centigrades.

Immédiatement après le chauffage, les animalcules sont allongés, gonflés, gorgés d'eau et *sans mouvement.* Ce jour-là, *aucun* animalcule *ne reprend son activité.*

Le lendemain et le surlendemain, des rotifères et des tardigrades (*Emydium*, *Macrobiotus*) *reprennent leur activité* dans les groupes chauffés à 47, 48, 49 et 50 degrés ; seulement, dans ce cas, comme dans l'expérience précédente, la proportion des animalcules, qui, dans un groupe, reprennent leur activité, est d'autant plus faible, que ce groupe a été soumis à une température plus élevée.

Quant aux animalcules chauffés à 51 et 52 degrés, nous les avons examinés tous les jours jusqu'à ce que leur putréfaction soit devenue évidente, et *aucun* n'a jamais donné de *trace appréciable de mouvement,*

Ces deux expériences s'accordent pour démontrer que les rotifères et les tardigrades (*Emydium*, *Macrobiotus*), chauffés dans l'eau, perdent définitivement la faculté de reprendre leur activité, du moment où la température du liquide dépasse 50 degrés centigrades.

2° *Animalcules saturés de vapeur d'eau et chauffés dans un espace saturé.* — Nous avons placé des mousses des toits desséchées à l'air libre sous une cloche de verre, au-dessus d'une large capsule remplie d'eau ; au bout de quarante-huit heures, elles étaient d'une belle couleur verte. Les mousses et les animalcules dont elles étaient peuplées étaient nécessairement saturés de vapeur d'eau. L'examen microscopique nous a montré que, dans cet état de saturation de vapeur d'eau à froid, les animalcules ne se sont pas développés. Immédiatement après leur immersion dans l'eau, ils sont *discoïdes* et *complétement immobiles;* c'est seulement après *dix* minutes ou *un quart d'heure* d'hydratation qu'ils commencent à exécuter des mouvements très lents, mais appréciables. Ajoutons ici que les mousses en expérience ne contenaient que des rotifères.

Nous avons divisé ces mousses en *cinq* échantillons, que nous avons introduits dans des tubes de verre bien exactement bouchés, et nous avons chauffé au bain-marie. La température était donnée par un petit thermomètre très sensible, dont la tige passait à travers le bouchon du tube, et dont le réservoir plongeait au milieu des mousses. Lorsque les mousses chauffées avaient repris la température du laboratoire, elles étaient placées dans un verre de montre et arrosées avec de l'eau distillée. Nous avons préparé ainsi *cinq* échantillons de mousses qui, dans un état de saturation complète et dans un espace saturé, ont été chauffés à 60, 65, 70, 75 et 80 degrés centigrades.

Dès le lendemain, nous rencontrons des rotifères en *mouvement* dans les mousses chauffées à 60, 65, 70 et 75 degrés. Le nombre des animalcules en *activité* augmente les jours suivants, mais reste toujours d'autant plus faible que les mousses examinées ont subi une température plus élevée.

Dans l'échantillon chauffé à 80 degrés, *un* rotifère *reprend son activité* quarante-huit heures après le chauffage. L'examen microscopique, renouvelé les jours suivants, ne nous fait découvrir aucun nouvel animalcule en *mouvement* dans cet échantillon.

Nous avons fait une seconde expérience avec des mousses de même provenance, et chauffées dans les mêmes conditions à 75, 80, 82 et 85 degrés. Plusieurs rotifères ont *repris leur activité* dans l'échantillon chauffé à 75 degrés. Au bout de quatre jours, nous rencontrons *trois* rotifères *en pleine activité* dans l'échantillon chauffé à 80 degrés. Il nous a été impossible de rencontrer *aucun* animalcule *en mouvement* dans les mousses chauffées à 82 et 85 degrés ; tous étaient *immobiles* et *endosmosés.*

Nous avons déjà dit que, dans ces deux dernières expériences, nous n'avions agi que sur des rotifères. Cependant si l'on considère que, dans toutes les circonstances où il nous a été donné de les étudier comparativement, les tardigrades se sont exactement conduits comme les rotifères, il paraîtra indubitable que, dans un espace saturé de vapeur d'eau, la chaleur exerce la même influence sur les rotifères et sur les tardigrades.

Les premières expériences démontraient que les rotifères, les tardigrades et les anguillules des mousses des toits, dont la *dessiccation à froid* avait été poussée aussi loin que le permet l'état actuel des sciences physiques, pouvaient reprendre toute leur activité sous l'influence de la simple hydratation. Celles dont on vient de lire l'exposé n'apprennent rien relativement à l'influence de la chaleur sèche ou humide sur les anguillules ; elles ont porté sur des mousses très peu riches

---

pliaient et s'agrandissaient si fort au foyer de sa lunette, que les habitués de l'Académie des sciences et les lecteurs des *Comptes rendus* commençaient à redouter pour notre globe les ombres épaisses du chaos :

Impiaque æternam timuerunt secula noctem.

Telles étaient les explications, aussi ingénieuses que variées, qui avaient cours dans le monde et dans la science, relativement aux perturbations solaires, lorsqu'un modeste médecin de campagne fit savoir à Messieurs de l'Institut qu'il venait de découvrir.... une *planète!* De son petit observatoire, qu'il s'était construit lui-même et à l'aide d'instruments imparfaits et grossiers, qu'il avait en grande partie fabriqués de ses propres mains, notre confrère surprit, un beau jour, une planète peu gênée qui se pavanait tranquillement devant le disque du soleil et se permettait de faire tache sur ses rayons. Dans la crainte d'avancer un jugement téméraire et de commettre une calomnie, le savant praticien d'Orgères n'a dénoncé l'astre coupable qu'après une enquête de dix mois. La découverte, faite le 26 mars 1859, a été signalée à l'Académie des sciences seulement dans la séance du 2 janvier dernier. « Ce long délai, a dit avec beaucoup d'à-propos M. Le Verrier, provient uniquement d'une réserve modeste et du calme qu'on peut encore conserver loin de l'agitation des villes. »

Je le sais, cher lecteur, vous allez m'accuser de vous mander là de l'histoire ancienne. Le nom du docteur *Lescarbault* est aujourd'hui dans toutes les bouches, dans celles des Chrétiens comme dans celles des Gentils ; et Dieu me préserve de vous croire assez étranger en Israël pour ignorer les merveilles qui s'accomplissent parmi nous. Mais, de nos jours, les médecins astronomes (gardez-vous d'ajouter un *g* devant le mot) ne courent pas les rues ; bien peu de praticiens joignent l'observation des astres à celle de leurs malades. C'est un mérite qui jusqu'à présent n'avait appartenu, si je ne me trompe, qu'à Fernel. En outre, nous ne sommes plus au temps où le soleil se contentait de douze satellites, et où la découverte d'une planète menait d'emblée à l'Observatoire et à l'Institut. Ne soyons donc pas avares de nos

en anguillules, et, dans les échantillons chauffés, M. Gavarret n'en a jamais rencontré ni de *vivantes*, ni de *mortes*. Mais en ce qui regarde les rotifères et les tardigrades, elles établissent les trois faits suivants :

Dans l'*eau*, les rotifères et les tardigrades peuvent atteindre la température de *cinquante* degrés, et reprendre toute leur activité.

Dans un espace *saturé*, les rotifères, et très probablement les tardigrades, *préalablement saturés de vapeur d'eau*, peuvent atteindre la température de *quatre vingts* degrés, et reprendre toute leur activité sous l'influence de la simple hydratation.

Dans un espace *sec*, les rotifères et les tardigrades, *préalablement desséchés à froid*, peuvent atteindre la température de *cent-dix* degrés, et reprendre toute leur activité sous l'influence de la simple hydratation.

D'où l'on peut induire, en mettant de côté les cas dans lesquels l'élévation de température détermine des lésions mécaniques, que c'est seulement en altérant la composition des matières organiques de leurs tissus que la chaleur enlève aux rotifères et aux tardigrades des mousses des toits la faculté de reprendre leur activité sous l'influence de l'hydratation.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des polypes veineux, ou de la coagulation du sang dans les veines, et des oblitérations spontanées de ces vaisseaux, par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite et fin. — Voir les numéros 51 et 52, tome VI, et les numéros 2 et 4, tome VII.)

Symptômes généraux. — Au milieu des phénomènes qui précèdent ou accompagnent l'oblitération des veines, il ne faut pas confondre l'effet avec la cause, et rapporter à cette affection toute mécanique des symptômes appartenant aux états morbides dont elle n'est que la conséquence.

Néanmoins, défalcation faite, on peut encore saisir des phénomènes généraux qui, s'ils ne sont pas l'effet direct de l'oblitération, accusent au moins l'intervention d'une phlébite qui devient la cause immédiate de la coagulation du sang.

Dans quelques cas rares, sans état morbide antérieur, ou dans le cours de l'une des affections aiguës ou cachectiques dont il a été question, on voit survenir des frissons avec réaction ou recrudescence fébriles, isolés ou répétés, irréguliers ou affectant une certaine périodicité, plus ou moins promptement suivis de quelques-uns des phénomènes qui accusent un obstacle au cours du sang veineux dans un ou plusieurs membres. Le plus souvent dans les cachexies on ne peut distinguer de prodromes appréciables, et l'*oblitération* se révèle *instantanément*. Sa symptomatologie est toute mécanique et elle n'éveille des sympathies que secondairement. C'est ainsi que la douleur, par son acuité, amène l'insomnie et allume la fièvre ; le plus souvent il ne survient aucun trouble général après cet accident.

C'est ordinairement la nuit ou vers le matin, au moment où le malade se lève pour satisfaire un besoin, que l'invasion a lieu. Ordinairement c'est la douleur qui appelle l'attention du malade. Souvent, s'il s'agit d'un membre inférieur, il le sent faiblir et lui échapper comme s'il était subitement frappé de paralysie.

D'autres fois, la douleur est peu marquée ou nulle, et c'est la faiblesse musculaire ou le gonflement œdémateux qui sont les premiers remarqués.

Peu d'heures après les premières manifestations, l'œdème paraît ou augmente, et avec lui surviennent les teintes asphyxiques et les développements des voies collatérales, sauf les cas exceptionnels indiqués plus haut. C'est surtout aux limites de l'œdème que se montre la vascularisation supplémentaire.

Limités à un membre, ces phénomènes peuvent s'étendre graduellement vers le tronc, se propager au membre opposé, se répéter sur des points éloignés.

On voit, au bout de quelques jours, l'œdème suivre une marche décroissante, et reparaître avec une aggravation ou une extension des autres phénomènes de l'oblitération, ce qui est tout à fait conforme avec la disposition des caillots intra-veineux évidemment formés en plusieurs temps.

Ordinairement, après quelques jours, on observe des modifications plus ou moins marquées dans les symptômes de l'oblitération ; elles annoncent le rétablissement progressif de la circulation par les voies collatérales.

Voici ce qui arrive :

Au début, la douleur, l'œdème, les développements vasculaires, les teintes cyaniques marchent simultanément. Bientôt ils se séparent, l'œdème, la douleur, la cyanose rétrogradent, le cercle anastomotique se prononce de plus en plus ; et à mesure qu'il se dilate sous la peau, les veinules cutanées s'effacent. Quelquefois même, avec le temps, le réseau sous-cutané disparaît, remplacé sans doute par des veines profondes.

Dans d'autres cas, non-seulement les veines sous-cutanées conservent leur ampliation supplémentaire, mais le réseau cutané lui-même persiste après plusieurs années. Les parties antérieure et

---

vivats pour un confrère si plein de lumières, et qui a eu l'honneur rare d'ajouter un nouveau *lustre* non-seulement au firmament, mais encore à la médecine !

Vous n'ignorez point que le corps médical et le monde scientifique se disposent à offrir un banquet au modeste docteur, le 18 février, dans les salons de l'hôtel du Louvre. Les internes des hôpitaux de Paris ont demandé la faveur de s'y associer ; leur démarche a été accueillie avec l'empressement qu'elle méritait. On dit que la présidence du banquet a été offerte à M. Le Verrier, pour faire fraterniser la planète de 1846 avec celle de 1859.

Mais un bruit tout à coup parti

des environs d'Orgères, et qui vient d'éclater dans la boîte aux lettres de la Gazette hebdomadaire, va mettre en désarroi l'enthousiasme professionnel. *On dit... mais sans horreur pourrai-je le redire ?* On dit que le médecin de campagne veut *rester dans ses sabots* (c'est son mot), et qu'il déclinera les honneurs du *Louvre*. M. Lescarbault a eu beau regarder le soleil, il ne s'est pas laissé éblouir. Aussi modeste après qu'avant, il répugne à une exhibition publique. Si cette nouvelle est exacte, — et notre correspondant doit être bien informé, — notre avis est de ménager un sentiment si respectable. Le projet de manifestation suffira à lui témoigner, comme eût fait la manifestation elle-même, la vive sympathie du corps médical pour son brillant succès. La modestie est une retraite qu'il n'est pas séant de forcer, même dans la pensée la plus louable et la mieux intentionnée.

Que notre confrère refuse ou non de venir savourer les morceaux friands qu'on lui apprêtait, nous allons lui en servir un de haut goût, qu'il faudra bien qu'il avale bon gré mal gré. Ce n'est point une pièce de gibier, mais une pièce de vers, ou peu s'en faut, comme vous en pourrez juger. C'est intitulé : *Le médecin astronome*, et cela se chante sur l'air : *Te souviens-tu, disait un capitaine.*

postérieure de la cuisse en sont le siége principal, quand il s'agit des membres inférieurs.

Les veines sous-cutanées acquièrent parfois des dimensions extraordinaires.

Sur un jeune homme de vingt-deux ans, affecté dix-huit mois auparavant d'une fièvre typhoïde suivie de l'oblitération de la veine crurale gauche, nous avons constaté les faits suivants :

Œdème notable du pied et de la jambe. Après quelques minutes de station verticale, des veines sous-cutanées volumineuses se montrent autour de la jambe et de la cuisse ; mais c'est surtout à la région inguinale qu'elles sont le plus prononcées. Dans toute cette région, un paquet de veines noueuses, variqueuses, acquérant dans la station le volume d'un doigt d'adulte, formant de nombreux replis, soulève la peau et envoie de grosses branches, également sinueuses, vers la ligne médiane de l'abdomen, où elles s'abouchent avec des veines analogues du côté droit, lesquelles viennent se rendre dans la veine crurale, à quelques travers de doigt au-dessous de l'arcade fémorale. Dans la position horizontale, ces veines diminuaient sensiblement de volume.

Le repos au lit, l'élévation du membre ont suffi pour faire disparaître l'œdème et la douleur. Le malade est sorti de l'hôpital avec un appareil lacé, qui remontait jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

La *durée* des accidents consécutifs à l'oblitération des veines est nécessairement variable, suivant son siége, l'étendue de l'oblitération, et aussi suivant sa cause.

La *phlegmatia* puerpérale dure ordinairement un ou plusieurs mois. Cette persistance du phénomène *à l'état aigu* est encore un caractère qui la différencie des oblitérations spontanées.

Celles-ci, en effet, sont rapidement amendées, et leurs symptômes les plus aigus terminés dans l'espace de deux à trois septénaires.

Leur terminaison, abstraction faite des affections qui les ont provoquées et qui entraînent fréquemment la mort, est presque toujours favorable. Quelques veines plus développées, une tendance à l'œdème dans les parties déclives, un peu de faiblesse, telles en sont les conséquences, assurément fort peu graves. Je crois inutile de revenir sur la gangrène, je me suis expliqué suffisamment sur ce point.

En résumé, l'obstruction des veines des membres peut accuser un état morbide grave ; mais, par elle-même, elle ne constitue pas une affection susceptible de compromettre l'existence.

Le *diagnostic*, ordinairement facile, n'est cependant point à l'abri de toute erreur.

Cet accident passe quelquefois inaperçu, l'attention n'ayant point été appelée sur les symptômes qui l'accompagnent ; ou bien il est méconnu par des hommes versés dans les études cliniques.

La douleur diffuse, avec invasion brusque, rarement progressive, des teintes cyaniques de la peau, un développement anormal de veines superficielles, l'apparition à peu près simultanée d'un œdème partiel et limité, sans refroidissement profond du membre, ou même avec augmentation de chaleur, quelles que soient les conditions morbides antécédentes, ne laissent guère de doute sur l'existence d'une oblitération veineuse. A ces signes, il faut joindre, quand on peut l'obtenir, celui que donne la sensation d'une corde dure sur le trajet de la veine obturée. Cependant, il ne faut pas trop tenir compte de ce phénomène, car nous avons vu à l'aine un engorgement de ganglions superposés et placés au-devant de la veine crurale obturée, en imposer pour ce vaisseau lui-même.

Les signes qui viennent d'être indiqués ne sont pas toujours également prononcés, ils s'effacent en partie avec le temps ; mais il reste toujours une circulation collatérale, une tendance à l'œdème qui révèlent l'existence d'une oblitération profonde.

Le siége et l'étendue des vaisseaux anastomotiques anormalement développés, le siége et les limites de l'œdème indiquent le siége et l'étendue de l'oblitération.

Limité à un membre inférieur, l'œdème annonce une oblitération crurale, si les veines dilatées se portent vers le membre opposé, en passant au-dessus et au-dessous du pubis, sans remonter le long de la paroi abdominale.

L'œdème double accuse une oblitération des veines des deux membres, et si les voies supplémentaires se dessinent sous la peau du ventre et de la poitrine, il y a lieu de penser que l'oblitération remonte dans les iliaques et même dans la veine cave, surtout si l'infiltration gagne les parties inférieures du tronc.

Aux membres supérieurs, l'œdème et les anastomoses ne dépassant pas l'épaule, limitent l'oblitération dans les veines du bras ; mais si l'enflure gagne avec la cyanose, un côté du cou et de la face, le tronc brachio-céphalique est compromis. La veine cave supérieure est obstruée ou comprimée, si l'œdème occupe les membres supérieurs et les deux côtés de la face.

Malgré ces caractères positifs, l'oblitération des veines peut encore être confondue avec d'autres affections.

Avec les *névralgies* (cela est arrivé), mais l'œdème et les troubles appréciables de la circulation veineuse en sont le signe distinctif.

Avec l'*oblitération artérielle*, qui peut avoir pour caractères communs l'instantanéité d'invasion, un certain degré d'œdème, des teintes asphyxiques ; mais le *refroidissement glacial*, qui fait le caractère positif de l'oblitération artérielle, n'existe pas dans celle des veines. La complication de la première avec celle-ci est annoncée par un œdème considérable et des teintes cyaniques. Avec un peu d'attention et une appréciation raisonnée de ces deux ordres de symptômes, il est ordinairement facile de faire la part de chaque oblitération.

L'œdème, cependant, et la cyanose ne sont point, à côté d'une obstruction artérielle, l'indice assuré d'une obstruction veineuse, comme il appert des deux observations placées en tête de ce travail, et dans lesquelles on voit ces phénomènes subordonnés à la stase du sang dans les veines, consécutive à l'arrêt de la circula-

---

L'astronomie a tressé la couronne
Qui doit orner le front de nos savants ;
De ses hauts faits la trompette résonne
Pour célébrer ses travaux de géants.
Mais de la nuit en écartant les voiles,
Un médecin, modeste observateur,
Vit le premier, en lorgnant les étoiles, } *bis.*
D'une planète éclater la splendeur !

Le bon docteur, courant dans la campagne,
Bravait l'orage et le froid des hivers ;
L'humanité, qu'il prenait pour compagne,
Lui permettait d'admirer l'univers.
Mais Lescarbault, voguant à toutes voiles,
L'œil vers les cieux et la main sur le cœur,
Allait au pas pour lorgner les étoiles, } *bis.*
Et galoppait pour calmer la douleur.

Le médecin avait orné sa vie
Des attributs de la simplicité ;
Loin des grandeurs, sourd aux traits de l'envie,
Il mariait l'étude à la bonté ;
Il préférait un vêtement de toile
Au manteau d'or, dont l'éclat est trompeur ;
Mais un beau jour, en lorgnant une étoile, } *bis.*
Il y trouva l'*étoile de l'honneur.*

Notre confrère est inscrit dans l'histoire ;
Mais un grand nom réclame nos *vivats !*
Mes chers amis, chantons une autre gloire :
Que Laënnec ait aussi nos toasts !
Par les échos il écarte les voiles
Qui nous cachaient le siége des douleurs.
Il est très beau de lorgner les étoiles, } *bis.*
Il est plus beau de lire dans les cœurs.

Voilà un lyrisme d'à-propos : les muses sont filles du ciel. Assurément, si ces vers étaient grecs, on dirait : C'est du Pindare. Vous brûlez, je gage, d'en connaître l'auteur. La réminiscence

tion artérielle. L'œdème doit être considérable pour avoir une signification diagnostique d'une oblitération veineuse.

Des matières fécales, accumulées dans le côlon descendant, peuvent comprimer la veine iliaque, et donner lieu à un œdème du membre inférieur gauche, à la dilatation des veines sous-cutanées, qui peut en imposer pour une oblitération artérielle. J'ai vu un cas de ce genre sur un enfant, dans le service de Jadelot. Un purgatif, administré après plusieurs jours de traitement antiphlogistique, dirigé contre la tumeur iliaque, qui pouvait bien en imposer pour un phlegmon, provoqua l'évacuation des matières fécales, dont la tumeur était formée, et l'œdème disparut comme par enchantement.

Quand il existe une tumeur récente sur le trajet d'une grosse veine, il y a lieu de croire que l'œdème est dû à une simple compression de la veine, qui peut s'oblitérer secondairement.

Indiquer les fluxions rhumatismales ou goutteuses, accompagnées parfois d'œdème et de distension des veines sous-cutanées, c'est prévenir une source d'erreurs possibles dans un examen superficiel.

Les *varices* pourraient être confondues avec des veines collatérales, dilatées par suite d'obstruction, mais les circonstances commémoratives, la marche progressive des unes, l'invasion ordinairement brusque de l'autre, serviront à les distinguer.

L'œdème qui termine les maladies chroniques, a une marche progressive, et ne s'accompagne pas des phénomènes asphyxiques qui suivent l'oblitération veineuse.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer paraîtront superflus, peut-être. Cependant, ils étaient nécessaires en présence des difficultés qui entourent parfois l'appréciation des causes d'un œdème partiel.

Étiologie. — Le sang se coagule dans les veines sous l'influence de divers états morbides, locaux ou généraux. Ce sont :

1° La phlébite spontanée, traumatique ou puerpérale, qui paraît être la cause *immédiate* principale.

2° Une diathèse inflammatoire.

3° La fièvre typhoïde à sa dernière période.

4° La phthisie pulmonaire et la cachexie tuberculeuse en général.

5° Le cancer, ordinairement à une période avancée.

6° Les oblitérations artérielles.

7° Devons-nous ajouter, avec M. Virchow, la migration des caillots comme cause d'obstruction veineuse ?

A. La coagulation du sang dans le conduit d'une veine enflammée est un fait trop vulgaire pour qu'il soit nécessaire d'apporter des preuves nouvelles en sa faveur.

La sécrétion morbide pseudo-membraneuse ou purulente, en rétrécissant le canal du vaisseau ou se mêlant avec le sang qui le traverse, et qui se trouve ralenti dans son cours, peut-être une attraction exercée par les molécules des produits morbides sur les globules du sang, peut-être aussi l'élévation de la température locale sous l'influence du travail phlegmasique, sont les causes probables de la coagulation du sang.

Il paraît difficile qu'une veine s'enflamme sans donner lieu à ce phénomène, et l'on peut dire, avec M. Cruveilhier, que le premier effet d'une phlébite est la coagulation du sang aux parois du vaisseau.

Mais cette coagulation est précédée par une exhalation dont les produits peuvent passer dans la circulation avant que l'oblitération ne soit constituée. Il suit de là que la séquestration par des caillots d'un foyer de suppuration dans les veines peut être précédée par une infection ; cependant il est incontestable que l'oblitération d'une veine enflammée, surtout lorsque la phlébite suit une marche centrifuge, comme il arrive dans la *phlegmatia* puerpérale, constitue un heureux obstacle à l'intoxication purulente.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, car pour la formation d'un caillot obturateur il faut que la veine soit traversée par du sang. Or, les veines de l'utérus après l'accouchement, les veines qui s'ouvrent à la surface d'une plaie après amputation, restent vides dans une certaine étendue, et rien ne s'oppose à ce que les produits de leur suppuration passent dans la circulation générale. Des observations anatomiques incontestables démontrent, au reste, que les choses se passent ainsi dans certains cas. La doctrine de l'infection purulente n'est donc pas atteinte par le fait de la coagulation du sang dans les veines enflammées.

B. La coagulation du sang peut s'opérer dans les veines sous l'influence d'une diathèse inflammatoire, sans phlébite bien caractérisée. J'ai rapporté dans ma thèse le fait d'une vaste concrétion occupant tout le système veineux à sang noir, et développée sous l'influence de cette diathèse ; mais il existait en même temps des adhérences générales du péricarde qui ont dû, en favorisant la stase du sang, concourir à sa coagulation.

Chez un adulte affecté d'une fièvre intense, nous n'avons trouvé d'autre affection locale qu'une phlébite brachiale, spontanément développée, sans lésion physique, et caractérisée par l'oblitération des veines superficielles. Les accidents cédèrent à la médication stibiée ; les veines oblitérées se trouvèrent réduites à l'état de cordes dures, suppléées par d'autres veines anormalement développées.

Une dame âgée, sujette à de violentes migraines qui la retenaient plusieurs jours au lit, fut saignée dans une de ses crises, qui s'accompagnait de fièvre. La piqûre de la veine se cicatrisa sans le moindre accident. Quelques jours après survint tout à coup, pendant la nuit, une douleur aiguë dans le membre inférieur gauche, avec œdème et gonflement anormal des veines sous-cutanées, accidents qui ne cédèrent que lentement, malgré la position élevée du membre. Plusieurs années se sont écoulées depuis cet accident, et cependant, après une station prolongée, le pied enfle et les veines se distendent, preuve évidente qu'une veine profonde a été oblitérée.

Je possède encore d'autres faits d'obstructions veineuses surve-

---

stéthoscopo-plessimétrique de la fin ne vous l'a-t-elle pas fait deviner déjà ? N'avez-vous point reconnu les accents de la lyre qui a célébré naguère *Dieu*, *l'âme* et la *nature?* Ce que la GAZETTE vous a dit de ce poëme a dû vous donner le goût de le lire. Sinon, hâtez-vous de vous le procurer ; car l'édition s'épuise, le fait est certain ; je le tiens de la bouche même de l'auteur. Quant aux couplets ci-dessus, ils ont été chantés, sans accompagnement de guitare ni de piano, samedi dernier, au banquet annuel de la Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée. M. Piorry, qui ne chante pas lui-même ses odes, à l'instar des rapsodes, des bardes et des troubadours, en avait chargé, par procuration, son voisin, M. le docteur Magne. Les débuts de ce baryton ont excité l'enthousiasme général ; les bravos ont redoublé quand il a fait remarquer que c'étaient là des vers bien frappés, ou, pour mieux dire, bien *percutés*.

— Puisqu'il est ici question de découvertes et de M. Piorry, laissez-moi réveiller un sujet qui me paraît profondément endormi depuis quelques jours, je veux parler de l'hypnotisme. Vous vous souvenez qu'il y a six semaines environ l'illustre et poétique professeur revendiquait pour lui, dans cette affaire, l'honneur de la priorité. Mais voici qu'un révérend du XVIe siècle sort de sa tombe pour protester et plaider devant l'Académie des sciences, par l'organe de M. Guerry, ses droits méconnus. Parmi les vivants, il avait nom P. Kircher. En l'an de grâce 1646, il publia à Rome un petit livre intitulé : *Ars magna lucis et umbræ*, où se trouve décrit très clairement et en bon latin, sous le nom d'*actinibolisme*, l'art merveilleux d'hypnotiser les poules et les dindons. Après avoir prescrit de fixer le patient gallinacé sur un plan quelconque (*in pavimentum quodpiam*), le P. Kircher ajoute : « Quieta igitur sic manente » gallina, *ab oculo* ejusdem in ipso pavimento lineam rectam creta » (traduisez *craie* et non pas *crête*) vel alio quovis coloris genere, » quæ chordæ figuram referat, duces. Deinde eam compedibus solutam relinques. Dico quod gallina, quantumvis vinculis soluta, » minime tamen avolatura sit, etiamsi ad avolandum instimulaveris. » Si vous n'avez pas oublié l'historique que M. Azam a tracé de l'hypnotisme (*Gazette hebdomadaire*, t. VII, n° 1, p. 3), vous noterez que la recette du P. Kircher, perdue depuis longues an-

nues dans le cours d'un état fébrile aigu; je ne citerai plus que celui d'un homme qui a succombé à l'Hôtel-Dieu dans le service de Petit, dont j'étais chargé par intérim, à une attaque de bronchite capillaire emphysémateuse; les accidents d'une oblitération des veines du membre inférieur gauche, survenus dans le cours de la maladie, ont été pleinement confirmés par l'autopsie.

Il suit de là que, pour être rares dans les diathèses inflammatoires, contrairement à ce qui a lieu pour les artères, les hémoplasties veineuses ne sont cependant pas étrangères à ces conditions morbides. La phlébite pourrait intervenir ici comme cause immédiate.

C. Dans la fièvre typhoïde, l'obstruction spontanée des veines n'est point un fait rare; elle se montre ordinairement vers le quatrième septénaire, et son invasion, brusque ou progressive, est presque toujours précédée par une recrudescence fébrile, du frisson parfois, un retour des symptômes typhoïdes, l'aggravation ou l'apparition de quelque phlegmasie intercurrente, bronchite, pneumonie, péricardite. Mes observations tendent à prouver qu'elle se montre dans les cas légers comme dans les cas graves, et au début de la convalescence, et qu'elle n'est point, par elle-même, une complication sérieuse; car la guérison s'en opère assez rapidement, la circulation collatérale s'établissant avec facilité.

Son siége exclusif, d'après mes observations personnelles, est aux membres inférieurs: et les autopsies, quand la mort survient par les progrès de l'affection première, signalent encore la phlébite comme la cause principale de cette complication.

D. La cachexie tuberculeuse en général, et spécialement celle qui accompagne la phthisie pulmonaire, est peut-être la cause la plus fréquente des hémoplasties veineuses.

C'est presque toujours au dernier degré de ces affections que survient cette complication.

D'après Breschet (traduction d'Hogdson), les veines des poumons tuberculeux offriraient de fréquents exemples d'oblitérations partielles; mais c'est surtout dans les autres parties du corps que nous devons les suivre. Or ici, bien que plus communes aux membres inférieurs que partout ailleurs, elles peuvent néanmoins se montrer aux membres supérieurs, dans les sinus cérébraux.

Elles s'accompagnent souvent de polypes cardiaques, dans les cavités *gauches* comme dans les cavités *droites*.

L'invasion des accidents est presque toujours instantanée. Je ne vois, dans mes observations, qu'une seule exception à cette règle.

La cause immédiate peut être une phlébite qui est manifeste dans la majorité des cas; mais là où il n'existe aucune trace de cette phlegmasie, force est bien de chercher cette cause dans des conditions hématiques favorables à la coagulation, et qui ont été signalées à propos des polypes du cœur.

E. Ce qui vient d'être dit de la cachexie tuberculeuse est applicable à la cancéreuse. C'est aussi à une période avancée que se montrent les obstructions des veines; dans un cas tout exceptionnel, nous l'avons rencontrée dans une période de crudité.

Seulement, ici, l'oblitération peut avoir pour cause la compression de la veine ou son envahissement par le cancer qui l'enveloppe ou qui envoie des prolongements à travers ses parois perforées. C'est une cause locale qui manque ordinairement dans la cachexie tuberculeuse.

F. L'oblitération des veines accompagne souvent celle des artères, heureusement sans réciprocité : elle paraît être le résultat de l'extension de l'inflammation artérielle à la veine collatérale. Il faut aussi tenir compte de la phlegmasie éliminatrice qui marche au-devant du sphacèle, envahissant tous les tissus qui entrent dans la composition du membre. Il est une autre raison indiquée par Haller à propos de l'obstruction simultanée de l'artère carotide et de la veine jugulaire : « *Nihil aliter explico* (dit-il) *nisi quod cœca arteria sanguinem venosum minus promoverit, inde*, etc. » Certainement on doit prendre cette raison toute mécanique en sérieuse considération, mais elle n'exclut pas les précédentes.

G. J'arrive à un point d'étiologie qui paraît valoir à M. Virchow les honneurs d'une doctrine complète sur les oblitérations vasculaires. Je veux parler de la *migration* des caillots veineux.

Le savant professeur, après avoir institué par une série d'expériences sur les animaux vivants, la possibilité du transport au cœur et de la projection secondaire de corps assez volumineux, morceaux de chair, de gomme élastique injectés dans les veines jugulaires, est arrivé à la conclusion de la migration des caillots du cœur droit dans l'artère pulmonaire. Ces expériences sont, en effet, du plus haut intérêt : leur déduction est parfaitement logique; mais la pathologie des obstructions pulmonaires laisse encore bien à désirer, et les observations publiées sur ce sujet seraient susceptibles de différentes interprétations.

Que des caillots passent du ventricule droit dans l'artère pulmonaire, c'est un fait probable qui appelle néanmoins de nouvelles études. Je ne suis pas également édifié sur la migration de caillots formés dans les veines éloignées. Je vois, dans mes observations, deux kystes purulents libres, l'un au sommet d'une oblitération de la veine cave inférieure, l'autre de la veine sous-clavière, et qui étaient restés parfaitement en contact avec la concrétion oblitérante, quoique dans des conditions favorables à leur migration. Toutefois, nous devons reconnaître que ces kystes étaient relégués dans un cul-de-sac, tandis que les corps étrangers introduits dans les veines, comme l'a fait M. Virchow, se trouvent dans le courant de la colonne sanguine et sont entraînés par elle. Il pourrait en être de même des petits kystes du genre de ceux que nous avons rencontrés dans les sinus valvulaires des veines inférieures.

Mais entre l'induction rationnelle et la preuve directe, il y a des lacunes à combler. Dans aucune des observations nombreuses que j'ai recueillies, je n'ai pu constater les apparences d'une migration de caillot intra-veineux. L'oblitération commence par un tronc prin-

---

nées pour les savants, s'était perpétuée sans altération entre les mains des acrobates et des bateleurs.

Ainsi donc, il est bien entendu que ce n'est ni M. Braid ni M. Piorry qui ont découvert l'hypnotisme : *Nil sub sole novum*. Encore un peu, et vous verrez venir quelque autre archéologue qui démontrera que cette pratique remonte à l'époque diluvienne; qu'elle a été imaginée par le patriarche Noé, qui, pour tuer le temps, s'occupait, de concert avec sa femme, ses fils et ses brus, à hypnotiser les habitants de l'arche, mâles et femelles, petits et grands, depuis l'acarus et le ciron jusqu'à l'éléphant, la baleine et le boa constrictor inclusivement.

— J'ai lu dernièrement dans un journal qu'un monument vient d'être érigé à Saint-Pétersbourg en l'honneur du baronnet Williers. Vous ignoriez peut-être que vous et moi nous avions un confrère de ce nom sur les bords de la Néva. Voici sur son compte de plus amples renseignements : « M. Williers, sujet anglais, a fondé en Russie l'Académie de médecine et contribué de la manière la plus active à l'organisation médicale du pays. Il a laissé en mourant à l'Académie (ce n'est point, hélas! à celle de Paris) un don de 6 millions. » — Puisse un si bel exemple trouver en France de nombreux imitateurs! — « Le monument dont nous parlons, poursuit la GAZETTE DU NORD, est donc un juste hommage rendu à la fois à son talent, à son zèle et à sa munificence. Ainsi, en matière de gloire, la Russie ne fait aucune différence entre les nationalités : elle regarde comme siens et traite comme tels tous les hommes illustres qui lui ont consacré une part de leur génie... » et de leur fortune, pourrions-nous ajouter dans la présente occasion.

Ce trait qui honore le caractère russe m'en rappelle un autre qui prouve que ce zèle pour les sciences et pour les arts, et cette sympathie pour les artistes et les savants, se retrouvent à chaque page dans l'histoire de cette nation. Ce que je vais vous conter date de près de cent ans. Je l'ai trouvé sur une feuille volante que le vent a arrachée sans doute à un *mercure* quelconque de l'époque et qu'il a eu la galanterie d'apporter jusque sur mon bureau. « Indépendamment des établissements déjà faits pour inspirer à la nation le goût des sciences et des arts, en fixant pour quelque

cipal et s'étend aux branches, très peu en remontant vers le cœur, et cela seulement par un accroissement, dans ces deux sens, du caillot primitif. Une obstruction *par déplacement* me semble impossible pour les veines parce que le caillot détaché, passant de vaisseaux plus étroits dans des canaux plus larges, contrairement à ce qui a lieu pour les artères, ne serait point arrêté dans sa marche et arriverait jusqu'au cœur, d'où il pourrait être lancé dans l'artère pulmonaire. C'est là, d'après mes observations, la seule oblitération par déplacement, possible dans le système veineux. Des concrétions émanées du tronc de la veine porte pourraient aussi passer dans ses divisions hépatiques. Mais, jusqu'à démonstration du fait, on peut dire que la lenteur de la circulation veineuse, comparée à la circulation artérielle, est peu favorable à ces déplacements.

Traitement de l'oblitération des veines. — *Prophylaxie.* — Nous ne possédons aucun moyen de prévenir cet accident. Presque toujours instantané dans son invasion, il défie toutes les mesures préventives. Souvent lié à un état cachectique incurable, il échappe, par cela même, à l'action thérapeutique ; ou, s'il survient dans le cours d'une pyrexie, c'est inopinément et au moment où la maladie marche vers la guérison.

Cependant, si des phénomènes précurseurs, frisson, fièvre, *douleur* dans un membre, localisée sur le trajet d'un vaisseau ou disséminée dans des masses musculaires, faisaient présumer l'existence d'une phlébite, on pourrait tenter une médication préventive contre une oblitération probable.

Les moyens à employer en pareil cas seraient ceux que l'on oppose à la phlébite : localement, sur le trajet de la veine enflammée, des sangsues, des onctions mercurielles, des cataplasmes ; la position élevée du membre, afin d'accélérer le passage du sang dans les portions de vaisseaux enflammés ; généralement, des antiphlogistiques appropriés à la situation du malade.

La médication stibiée trouve également ici son indication, surtout si l'on n'a point affaire à un sujet épuisé.

J'y ajouterais le sulfate de quinine quand des frissons répétés, et surtout périodiques, accusent une intoxication purulente.

A cela se borne la prophylaxie de l'oblitération des veines.

Moyens curatifs. — *Mécanique* dans ses lésions, mécanique dans ses symptômes, l'hémoplastie veineuse n'est abordable qu'aux moyens mécaniques.

Faciliter le retour du sang vers le cœur, telle est l'indication, la seule qui se présente ; la nature se charge ensuite de la guérison.

Pour atteindre ce but, il suffit *de placer dans une position élevée* les parties frappées d'asphyxie locale, afin que, favorisée par l'action de la pesanteur, la circulation du sang retenu au-dessous de l'oblitération, se fraye de nouvelles routes. Cette seule précaution suffit, dans la majorité des cas, pour calmer la douleur, faire pâlir les teintes cyaniques, élargir les veines collatérales, activer la résorption de l'œdème.

On pourrait joindre à la *position élevée* l'usage de douces frictions ou pressions, dirigées de l'extrémité vers le tronc, en suivant le cours du sang veineux.

Si l'oblitération existait chez un sujet pléthorique, et comme conséquence d'une diathèse inflammatoire, il serait avantageux d'exonérer les vaisseaux d'une certaine quantité de sang par la phlébotomie, de solliciter par des purgatifs la résorption de la sérosité.

Mais comme on a le plus souvent affaire à un état cachectique, après avoir placé le membre dans une situation convenable, on n'a autre chose à faire que la médication palliative adaptée à la cachexie : les sédatifs, et notamment l'opium, y jouent le principal rôle.

Comme topiques sur le membre douloureux, on emploie sans inconvénient des frictions calmantes ; mais la difficulté qui résulte, pour l'absorption, de l'obstruction d'un tronc veineux principal, réduit presque l'effet de ces moyens à une action morale.

Rappelons que les solutions de continuité, soit par des piqûres de sangsues, soit par des mouchetures ou tout autre moyen, sont contre-indiquées et doivent être soigneusement évitées.

La compression à l'aide d'un bandage roulé s'opposerait certainement à l'accroissement de l'œdème. Mais en aplatissant les veines sous-cutanées, et plus ou moins les veines profondes, elle empêcherait l'ampliation des voies complémentaires et pourrait déterminer la gangrène. Il n'en est plus de même quand le tronc oblitéré est largement suppléé : quand l'œdème a presque disparu, une légère compression est alors avantageuse ; elle est nécessaire quand il reste, au bout d'un certain temps, de grosses veines variqueuses dont les parois ont besoin d'être soutenues, comme dans les cas de varices simples.

Comme on le voit, les ressources de la thérapeutique sont limitées ; on pourrait presque les réduire à la position élevée du membre affecté.

III

REVUE CLINIQUE.

Sur un anévrysme faux consécutif de l'artère sous-clavière droite, opéré par M. Cuvellier, médecin principal à l'armée d'Italie, par M. Legouest, professeur à l'École impériale du Val-de-Grâce.

La Gazette médicale italienne (Lombardie) renferme, dans l'un de ses derniers numéros de l'année 1859, une observation d'anévrysme faux consécutif de l'artère sous-clavière droite, traité par la ligature de l'artère carotide primitive, et de la sous-clavière. L'opéré ayant succombé, la pièce anatomique a été préparée avec une habileté remarquable par M. le docteur Lefort, prosecteur à

---

temps en pays étranger les jeunes gens qu'on juge les plus capables de profiter des lumières qui y sont répandues, est-il écrit dans ce follicule, Sa Majesté Impériale (Catherine la Grande) a résolu d'en former un nouveau à Paris, qui sera, sans contredit, des plus utiles à la Russie. Comme la *chirurgie et la partie pratique de la médecine* fleurissent actuellement dans la capitale de la France, plus qu'en aucun autre pays, S. M. y entretiendra trente jeunes Russes, pour y suivre les leçons du professeur en chirurgie, et s'y exercer dans cet art si utile au genre humain. Ils y seront vêtus, nourris et logés sous la protection de l'envoyé de notre cour, et sous la conduite d'un précepteur, en état de les diriger dans leurs exercices, et d'avoir soin de leurs mœurs. (Il paraît qu'en ce temps-là le *Quartier-Latin* n'était guère en odeur de sainteté à la cour de Russie.) A leur retour, on les répartira dans les différentes provinces de l'empire, où jusqu'ici cet art, ainsi que la médecine, a été fort négligé. » — Voilà certes un témoignage honorable pour la médecine française. N'est-ce pas là ce qu'on pourrait nommer l'extrait de naissance de la médecine russe ? et n'est-ce point un éternel mérite pour notre art que d'être le père d'une fille aujourd'hui si glorieuse ?

A l'exemple de la Grande Catherine, la reine de Madagascar vient d'envoyer, à Paris, cette année, cinq ou six de ses jeunes sujets pour y étudier la médecine. Ceux-là, au moins, seront de vrais *docteurs noirs*. Espérons que, après avoir appris la médecine en France, nous ne les verrons pas, un jour, reparaître au milieu de nous, pour nous apprendre, à leur tour, à guérir le cancer.

— En France, nous avons la bonhomie d'appeler *bon client* celui qui nous paie fièrement un louis pour une visite ou pour une consultation, sans demander la monnaie de sa pièce. En Turquie, c'est bien différent : un pareil client passerait pour médiocre. Vous allez en juger. La Gazette médicale de Lisbonne racontait dernièrement qu'il est d'usage, quand le sultan entre en convalescence d'une maladie un peu sérieuse, que les membres de la famille impériale, les grands dignitaires et les hauts fonctionnaires, fassent des cadeaux au médecin. Or le sultan Abdul-Medjidh ayant été atteint d'une fièvre intermittente qui a nécessité l'emploi de fortes doses

la Faculté de médecine, qui l'a déposée au musée du Val-de-Grâce.

L'intérêt que présente cette observation nous engage à en donner le resumé :

Obs. — Le nommé P*** (Jean), du 7e chasseurs à cheval, fut blessé le 4 juin, à la bataille de Magenta, de deux coups de baïonnette, l'un dans le côté droit de la poitrine, ayant lésé le poumon, l'autre vers l'angle inférieur externe du triangle sus-claviculaire, ayant blessé l'artère sous-clavière à sa sortie des scalènes.

L'observation donne peu de détails sur les phénomènes immédiats que présenta le blessé; elle constate cependant qu'il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Le 25 août, sept semaines après la blessure, notre collègue, M. Cuvellier, appelé en consultation près du malade, constata dans la région sus-claviculaire droite, une tumeur anévrysmale circonscrite, bridée par l'aponévrose cervicale profonde, et provoquant dans le plexus brachial des douleurs intolérables.

Cette tumeur, grossissant de jour en jour, débordait le scalène antérieur, plongeait profondément dans l'intervalle des scalènes, et menaçait de se rompre.

Les consultants décidèrent que la double ligature de la sous-clavière et de la carotide, à l'origine de ces vaisseaux, était le seul moyen praticable de tenter la guérison. L'opération fut faite séance tenante par M. Cuvellier; il mit à découvert, par le procédé de Mott, l'origine des deux artères, et lia tout d'abord la carotide. La moitié de la face prit immédiatement une teinte cyanosée, mais il n'y eut pas de syncope, pas de troubles dans la vision, pas d'accidents nerveux. La ligature de la sous-clavière suivit immédiatement celle de la carotide.

La position du malade, jusqu'au 1er septembre, fut assez satisfaisante; mais ce jour-là même une hémorrhagie se déclara. Elle fut arrêtée par la compression et le tamponnement; elle avait fourni environ 200 grammes de sang. Dans la nuit du 1er au 2, survint une hémorrhagie nouvelle, qui affaiblit beaucoup l'opéré. Enfin P*** succomba le 3 septembre, après une troisième hémorrhagie, survenue à huit heures du matin.

A l'*autopsie*, on constata la présence d'un épanchement sanguin dans la cavité droite de la poitrine, résultant de la première blessure. L'examen de la plaie fit voir les deux bouts de la carotide, distants l'un de l'autre de plus d'un centimètre. Le bout inférieur de ce vaisseau est à peu près libre à la partie inférieure de la plaie, et renferme un petit caillot mou, noirâtre et sans consistance. Le bout supérieur a disparu dans le tissu cicatriciel nouvellement formé : l'artère est dure, solidement oblitérée et renferme un caillot long de 2 centimètres environ. La ligature a été placée à 1 centimètre de l'origine du vaisseau.

L'artère sous-clavière a été liée à 1 centimètre 1/2 de son origine. Le bout cardiaque est occupé par un caillot assez résistant, adhérant, mais pouvant être facilement détaché avec le stylet. Ce caillot s'étend depuis le lien de la ligature jusqu'à l'origine du vaisseau au tronc brachio-céphalique resté complétement perméable. Le bout inférieur, écarté du précédent de 1 centimètre environ, ne présente qu'un caillot mou, libre et sans traces d'organisation.

Toutes les artères naissant de la sous-clavière, entre les scalènes, sont perméables.

Les nerfs voisins ne sont pas intéressés, mais dissociés.

L'anévrysme est constitué par une tumeur, divisée en deux tumeurs secondaires par une bride fibreuse. Haute de 14 centimètres, la tumeur totale est située sur le côté externe des scalènes, et plonge en arrière de la clavicule jusqu'à la deuxième côte. Au niveau de la bride fibreuse, l'artère se confond intimement avec les parois de la poche anévrysmale, pour reparaître intacte et isolable au niveau des scalènes, lieu où elle a été évidemment blessée.

Le fond de la tumeur incisée est constitué par les deux premières côtes et le premier espace intercostal. Elle renferme 120 grammes de sang et quelques caillots mous, noirâtres et sans consistance.

Le travail d'absorption qui se remarque dans les os au contact des anévrysmes a profondément atteint la première côte, etc., etc.

Les anévrysmes faux consécutifs de la sous-clavière sont tellement rares que nous n'en connaissons que deux observations : celle que nous venons de rapporter, et une autre due à Bonnet (de Lyon), et consignée dans la Revue médico-chirurgicale de Paris (t. XIV, p. 41). On doit encore à Larrey (*Clinique chirurgicale*, t. III, p. 141 et 154) deux observations d'anévrysmes *artérioso-veineux* de l'artère sous-clavière : la première ne saurait être contestée, mais la seconde laisse place au doute, et se rapporterait tout aussi bien à un anévrysme de la carotide que de la sous-clavière.

La brièveté du trajet de l'artère sous-clavière, sa situation profonde derrière la clavicule, qui la protége, rendent suffisamment compte de la rareté des lésions de ce vaisseau, d'une part, tandis que son volume considérable et son voisinage du centre circulatoire expliquent assez, de l'autre, l'abondance et la rapidité mortelles de l'hémorrhagie déterminée par sa blessure.

Chez le malade observé par Bonnet, l'anévrysme situé à gauche était le résultat d'un coup de couteau qui, faisant une assez large plaie, avait été suivi d'une abondante hémorrhagie; chez notre malade, blessé par une arme piquante (baïonnette) qui avait pénétré dans une direction oblique, en faisant une plaie étroite, aucune hémorrhagie n'avait eu lieu. De concert avec ses confrères de l'Hôtel-Dieu de Lyon, Bonnet traita son blessé par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, possédant des propriétés coagulantes très énergiques. Le malade guérit au prix d'accidents formidables, mais il guérit cependant; et cette circonstance ne permet pas d'affirmer d'une manière positive que l'artère sous-clavière même avait été lésée.

M. Cuvellier, après une consultation de quelques médecins italiens et de quelques-uns de nos jeunes confrères de l'armée, crut devoir traiter son malade par la ligature; et non-seulement par la ligature de la sous-clavière, mais encore par celle de la carotide. En un mot, il pratiqua une opération dont les résultats sont identiques à la ligature du tronc innominé près de sa bifurcation.

Liston, en 1838 (*Gazette médicale*, 1838, p. 600), avait déjà fait la même opération. Nous ne savons pas quel fut le motif qui dirigea la conduite du chirurgien anglais; pour notre confrère, considérant la difficulté avec laquelle le caillot s'organise dans le petit espace compris entre la ligature et l'origine de la sous-clavière, il pensa trouver quelque avantage à lier aussi la carotide, afin d'em-

---

de quinine, le docteur Carathéodory a reçu de différentes mains trois à quatre cent mille francs. Et puis l'on dira que les finances de la Sublime Porte sont en désarroi ! quelle calomnie ! D'après la version que nous venons de citer, on serait assez porté à croire que les offrandes ont été en raison directe des quantités de quinine administrées. S'il en était ainsi, bien aurait pris à M. Carathéodory de n'être point homœopathe.

— Au moment où la préfecture d'Alger vient de publier un avis ayant pour but de rappeler « les avantages » offerts par l'administration aux médecins coloniaux, nous croyons devoir signaler au public médical, et surtout à ceux de nos confrères qui, « par le *mot* alléchés, » seraient pris du désir bien naturel d'aller tenter fortune en Algérie, une brochure toute fraîche, intitulée : *Deux positions trop inégales*. L'auteur, M. Wahu, a étudié la situation sur place; et le tableau qu'il en fait n'est guère de nature à donner des illusions. Ce n'est point qu'il condamne l'institution comme mauvaise : il la trouve même excellente; seulement il voudrait que l'administration récompensât plus libéralement le zèle et le dévouement des médecins coloniaux, qu'elle les relevât du degré d'infériorité où elle les a placés, qu'elle les affranchît d'une subordination peu compatible avec la dignité de notre profession. Il voudrait, enfin, qu'elle mît à l'abri de la nécessité et qu'elle élevât au rang hiérarchique qui leur convient les hommes qui, par abnégation autant que par devoir, veillent au maintien de la santé publique, usent leur vie à soulager les maux de leurs semblables, et conservent au sol ses travailleurs, à l'armée ses soldats. Nous qui faisons tant pour l'enseignement et pour l'éducation des Arabes, nous devrions bien apprendre d'eux, en revanche, à entourer le médecin d'égards et de vénération. Nous avons confiance que le gouvernement accueillera de si justes réclamations, et qu'il étendra aux médecins coloniaux quelques-unes des mesures bienveillantes qu'il a déjà appliquées aux médecins militaires, et dont il vient tout récemment de gratifier aussi les vétérinaires de l'armée.

D'ailleurs, ce qui nous porte à bien augurer des intentions du gouvernement, c'est qu'il est en veine de générosité vis-à-vis du corps médical. Pas plus tard qu'avant-hier, le Moniteur a publié

pêcher le cours du sang projeté dans ce dernier vaisseau de nuire à l'oblitération du premier.

L'expérience a depuis longtemps prouvé que le voisinage d'une artère collatérale n'est pas toujours un obstacle à l'oblitération du tronc principal; néanmoins, la raison invoquée par notre confrère ne manque pas d'une certaine valeur théorique. Mais les chirurgiens savent tous quel degré de confiance on peut accorder à la ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes, aussi bien qu'à celle du tronc brachio-céphalique; ces opérations ont toujours été suivies de mort. M. Cuveiller ne l'ignorait pas, sans doute, et il nous en a donné une nouvelle confirmation. Les circonstances pressantes dans lesquelles notre confrère s'est trouvé lui ont fait choisir comme moyen de traitement la ligature, considérée comme héroïque dans la généralité des cas, mais qui, dans ceux de la nature de celui qui nous occupe, a constamment échoué.

La méthode d'Anel est inapplicable, en effet, aux anévrysmes de l'artère sous-clavière; elle ne peut convenir qu'aux anévrysmes de l'axillaire, et à la condition que la ligature puisse être placée sur l'artère sous-clavière en dehors des scalènes, au delà des collatérales nombreuses et considérables que fournit ce vaisseau.

La méthode de Brasdor offrirait peut-être plus de chances de succès, bien que les faits ne parlent pas non plus en sa faveur.

Quant à la cautérisation employée comme l'a fait Bonnet de Lyon), elle nous paraît être un moyen fort dangereux, qu'un succès unique ne justifie pas suffisamment.

La méthode de Valsalva est douteuse, lente dans ses résultats, et par conséquent inapplicable dans les cas urgents.

La compression étant à peu près inexécutable sur la sous-clavière, ne peut être employée, soit comme moyen de traitement spécial, soit comme précaution ou adjuvant d'autres méthodes thérapeutiques.

Que reste-t-il donc à faire au chirurgien en présence d'un anévrysme traumatique de la sous-clavière menaçant de se rompre? Notre confrère a répondu à cette question dans les remarques dont il a fait suivre son observation. Il conseille de mettre la sous-clavière à découvert en dedans de la tumeur, et « d'y suspendre le » cours du sang en la soulevant par une anse de fil, et en faisant » appliquer le doigt d'un aide sur le vaisseau ainsi soulevé; on pro» céderait ensuite par une incision à la recherche et à la ligature » des deux extrémités de l'artère lésée. »

Les insuccès, comme on le voit, apportent des enseignements aux observateurs attentifs aussi bien que les succès; et, si tardifs que soient les enseignements, ils n'en sont pas moins utiles à la pratique de l'art. Le conseil donné par M. Cuvellier est un retour à la méthode ancienne. Il est assez curieux de voir que ce moyen de traitement, tellement blâmé qu'il est aujourd'hui à peu près universellement abandonné, est le seul que notre confrère considère comme pouvant être efficace, dans des cas semblables à celui qui vient d'être rapporté. C'est aussi notre avis : déjà nous l'avions exposé d'une manière générale dans un article sur les hémorrhagies consécutives après les plaies d'armes à feu (*Archives générales de médecine*, 1859, p. 476), et nous sommes heureux de voir s'y rallier un chirurgien aussi distingué que M. Cuvellier.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1860. — PRÉSID. DE M. DE SÉNARMONT.

PRIX DÉCERNÉS.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE (fondation Montyon, année 1859). — Ce prix est accordé à M. *Pasteur* pour ses *recherches sur la fermentation*.

M. *Ollier* obtient une mention honorable pour ses travaux sur l'*ostéoplastie*. — Parmi les travaux envoyés au concours, dit le rapport, la commission a distingué un travail de M. Ollier relatif à la transplantation du périoste, avec conservation de la propriété de cette membrane de régénérer le tissu osseux. L'auteur a montré, en effet, que si l'on détache sur un animal vivant un lambeau de périoste d'un os, et si on le transplante dans le tissu cellulaire souscutané chez le même animal ou chez un autre individu de même espèce, le fragment de périoste, dans cette nouvelle position, s'incruste et continue à vivre, de telle manière que des vaisseaux se forment dans son épaisseur et communiquent avec les vaisseaux de la région, ainsi qu'on peut le constater par des injections fines, poussées dans les artères après la mort. M. Ollier a constaté, en outre, que cette possibilité de transplantation du périoste existait encore plusieurs heures après la mort Sans doute la propriété que possède le périoste de former le tissu osseux était connue, et elle avait été établie par des expériences nombreuses dues particulièrement à un membre de la commission. Cependant la commission a jugé que l'expérience de M. *Ollier* est nouvelle et intéressante au point de vue de la greffe animale, et en conséquence elle a accordé à son auteur une mention honorable.

Enfin la commission a ajourné, pour être jugés l'année prochaine, deux autres travaux de physiologie, l'un de M. BUDGE *sur le système nerveux*, et l'autre de M. L. CORVISART *sur la digestion*.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (fondation Montyon, année 1859). — Cette année, la commission des prix de médecine et de chirurgie n'a pas décerné de prix; elle a accordé des mentions honorables aux auteurs dont les noms suivent par ordre alphabétique :

A M. *Béhier*, pour son travail intitulé : *Études sur la maladie dite fièvre puerpérale;*

---

un décret qui élève le chiffre du traitement affecté aux médecins-inspecteurs des eaux minérales. Nous reviendrons sur cet acte officiel, qui introduit des modifications importantes dans le régime administratif des établissements thermaux.

— Il est grand bruit dans le monde d'un cas extraordinaire de fécondité, à rendre jalouse la mère Gigogne elle-même. A Rasanau, petit village du canton d'Huningue, sur le Rhin, la nommée Louise Trommer, femme Leig, est accouchée, le 16 et le 18 janvier, de deux garçons vigoureux, et, le 22 du même mois, de deux autres garçons. Le père, la mère et les deux premiers-nés se portent bien ; mais les deux derniers-nés n'ont pas vécu ; ce qui fait que nous n'avons que des *fils Aymon* dépareillés.

Nous signalons ce fait à la *Société d'anthropologie*.

— Connaissez-vous l'*Archiconfrérie de N. D. des malades?* c'est une association clérico-médicale, dont l'histoire vient d'être narrée dans le pieux journal de M. Tessier. Vous allez me demander quel genre de mérite et quelles vertus surnaturelles il faut avoir pour faire partie de la béate Société? Eh bien! si j'en juge par le nom des bienheureux qui composent actuellement la congrégation, il suffit d'être *homœopathe*. Toutefois il se pourrait qu'il existât des clauses secrètes, qui imposassent aux adeptes l'obligation de croire au miracle de saint Janvier, à l'eau de la Salette, et aux grâces particulières obtenues par l'intercession de saint Guignolet, en Normandie.

Dr A. LINAS.

A M. *Gallois*, pour son Mémoire *sur l'oxalate de chaux dans les urines, dans la gravelle et dans les calculs;*

A M. *Giraud-Teulon*, pour son ouvrage *sur les principes de la mécanique animale, ou étude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés;*

A M. *Luschka*, pour sa Monographie *sur les hémi-diarthroses du corps humain;*

A M. *Legendre*, pour son Mémoire *sur quelques variétés rares de la hernie crurale;*

A M. *Marcé*, pour son ouvrage *sur la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.*

La commission croit, en outre, devoir citer honorablement plusieurs travaux qui ont fixé son attention, savoir :

M. *Béraud*, 1° pour son Mémoire sur l'anatomie pathologique d'une nouvelle forme de l'hydrocèle; 2° pour ses Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses; 3° pour son Mémoire sur les diverticulums de la tunique vaginale;

M. *Hillairet*, pour son Travail sur l'hémorrhagie cérébelleuse;

M. *Larcher*, pour son Travail sur l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse;

M. *Marc d'Espine*, pour son Essai analytique de statistique mortuaire et comparée;

M. *Piorry*, pour son Mémoire sur l'influence des respirations profondes et réitérées dans les maladies du poumon, du cœur et du foie;

MM. *Poiseuille* et *Lefort*, pour leur Travail sur la glycogénie;

M. *Robin*, pour ses Travaux sur les diverses espèces de cataractes;

M. *Sappey*, pour ses Recherches sur la communication du système veineux abdominal et le système veineux général.

Prix Bréant (année 1859). — Parmi les quatorze pièces qui ont été envoyées à l'Académie pour le prix fondé par M. Bréant, nulle d'entre elles n'a paru à la commission digne de lui être signalée.

Proposition faite par la section de médecine et de chirurgie. — Sur la somme de 4,000 francs, mise annuellement à la disposition de l'Académie par le prix Bréant, la section de médecine et de chirurgie a l'honneur de proposer de prélever la somme de 1,200 francs pour l'impression du Mémoire de M. *Doyère*, auquel elle a accordé l'an dernier le prix annuel.

Prix Jecker (chimie organique, année 1859). — L'Académie a décerné :

1° A M. *Ad. Wurtz*, pour ses travaux sur le glycol et ses dérivés, et sur les alcalis oxygénés découverts récemment, un prix de *trois mille cinq cents francs;*

2° A M. *A. Cahours*, pour ses travaux sur les radicaux organiques, un prix de *deux mille cinq cents francs.*

La section de chimie, après avoir examiné les titres que peuvent avoir au *prix Jecker* MM. Berthelot et Pasteur, par leurs travaux récents, a été unanime à en apprécier l'importance; mais ces travaux étant en cours d'exécution, elle en a remis l'examen définitif à l'époque où ils seront terminés.

Grand prix des sciences physiques. — 1° *Question proposée en* 1859 *pour* 1861. (*Comm. :* MM. Brongniart, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Flourens, Duméril, Milne Edwards.) — « Anatomie comparée du système nerveux des poissons. » L'Académie voudrait que par une étude comparative des centres nerveux, dont la réunion constitue l'encéphale, on pût démontrer rigoureusement les analogies et les différences qui existent entre ces parties chez les poissons et chez les vertébrés supérieurs; enfin elle désire que cette étude soit conduite de manière à jeter d'utiles lumières sur les rapports zoologiques que les divers poissons ont entre eux, et à fournir ainsi de nouvelles données pour la classification naturelle de ces animaux.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires imprimés ou manuscrits devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1861, *terme de rigueur.*

2° *Question proposée en* 1857 *pour* 1859, *et remise à* 1862. (*Comm. :* MM. Flourens, Duméril, Milne Edwards, Geoffroy Saint-Hilaire, Cl. Bernard, Brongniart.) — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « La détermination des rapports qui s'établissent entre les spermatozoïdes et l'œuf dans l'acte de la fécondation. » Aucune pièce n'étant parvenue, l'Académie retire cette question, et y substitue la suivante : « Étudier les hybrides végétaux au point de vue de leur fécondité et de la perpétuité ou non-perpétuité de leurs caractères. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires imprimés ou manuscrits devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1862, *terme de rigueur.*

3° *Question proposée en* 1856 *pour* 1857, *prorogée à* 1860. — Reproduction du rapport sur le concours de 1857. (*Comm. :* MM. Flourens, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards, Duméril, Ad. Brongniart.) — Un seul mémoire a été adressé; la commission à laquelle l'Académie en avait renvoyé l'examen n'a pas jugé qu'il pût obtenir le prix, et elle a proposé de remettre la même question au concours : « Étudier le mode de formation et de structure des spores et des autres organes qui concourent à la reproduction des champignons, leur rôle physiologique, la germination des spores, et particulièrement pour les champignons parasites, leur mode de pénétration et de développement dans les autres corps organisés vivants. »

Cette question, quoique toutes ses parties soient liées intimement entre elles, peut se scinder en trois questions secondaires : 1° Formation, développement et structure comparés des spores et des spermaties dans les divers groupes de champignons; 2° nature des spermaties et rôle physiologique de ces corps dans la reproduction des champignons, déterminé par des expériences positives; 3° germination des spores et propagation des champignons parasites, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, des végétaux et animaux vivants.

L'Académie pourrait accorder le prix à l'auteur d'un mémoire qui répondrait d'une manière satisfaisante à une de ces trois questions.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1860, *terme de rigueur.* Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix de physiologie expérimentale (fondé par M. de Montyon). — L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent cinq francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur.*

Divers prix du legs Montyon. — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1824 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à *l'art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.*

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée*.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Conformément à l'ordonnance du 23 août, il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conséquemment aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur*.

PRIX ALHUMBERT (pour les sciences naturelles). — *Question proposée pour* 1862. — Reproduit du programme de la précédente année. (*Comm.* : MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Brongniart, Milne Edwards, Serres, Flourens.) — La commission propose le sujet suivant : « Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un » jour nouveau sur la question des générations dites spontanées. »

La commission demande des expériences précises, rigoureuses, également étudiées dans toutes leurs circonstances, et telles, en un mot, qu'il puisse en être déduit quelque résultat dégagé de toute confusion, née des expériences mêmes. Elle désire que les concurrents étudient spécialement l'action de la température et des autres agents physiques sur la vitalité et le développement des germes des animaux et des végétaux inférieurs.

Le prix pourra être décerné à tout travail, manuscrit ou imprimé, qui aura paru avant le 1er octobre 1862, *terme de rigueur*, et qui aura rempli les conditions requises.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs*.

Les travaux devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut.

PRIX ALHUMBERT (pour les sciences naturelles). — *Question proposée en* 1854 *pour* 1856, *remise à* 1859, *et prorogée à* 1862. (*Comm.* : MM. Costes, de Quatrefages, Serres, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards.) — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « la détermination des phénomènes relatifs à la re- » production des polypes et des acalèphes. » Aucune pièce n'étant parvenue, l'Académie retire cette question et la remplace par le sujet suivant : « Étude expérimentale des modifications qui peuvent » être déterminées dans le développement de l'embryon d'un ani- » mal vertébré par l'action des agents extérieurs. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs*.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1862, *terme de rigueur*.

PRIX BRÉANT. — L'Académie rappelle que les concurrents doivent satisfaire aux conditions suivantes : 1° Pour remporter le prix de *cent mille francs*, il faudra : « Trouver une médication qui guérisse » le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas ; » ou « In- » diquer d'une manière incontestable les causes du choléra asia- » tique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on » fasse cesser l'épidémie ; » ou enfin « Découvrir une prophylaxie » certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vac- » cine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de *quatre mille francs*, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de *quatre mille francs* pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

PRIX JECKER (à décerner en 1860). — Par un testament en date du 13 mars 1851, feu M. le docteur Jecker a fait à l'Académie un legs destiné à « accélérer les progrès de la chimie organique. »

En conséquence, l'Académie annonce qu'elle décernera, dans sa séance publique de 1860, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de cette branche de la chimie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Divers rapports d'épidémies communiqués par MM. *Cancalou* (de Bourganeuf), *Latour* (de Pithiviers) et *Viard* (de Montbard). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit une note de M. *Béchard* sur un bras artificiel de son invention, avec une nouvelle lettre du ténor Roger, qui déclare que ce bras offre des avantages que les autres ne possèdent pas. (*Commission déjà nommée.*)

M. *Bussy*, au nom de M. *Guillermond* (de Lyon), dépose sur le bureau une *Note sur un nouveau moyen de titrage des préparations de quinquina*.

M. *le Président* annonce que M. le docteur *Caviole* (de Cahors), membre correspondant, assiste à la séance.

M. *Gavarret* présente, au nom de M. le docteur *Fonssagrives*, un appareil d'éclairage par l'étincelle d'induction, destiné à porter la lumière dans les cavités naturelles ou pathologiques du corps humain.

M. Gavarret ajoute que l'intention de M. Fonssagrives était de présenter cet appareil d'abord à l'Académie de médecine, mais que son collaborateur, M. du Moncel, l'a prévenu en saisissant l'Académie des sciences de cette question. (Voir le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, page 75.)

L'organoscope de M. Fonssagrives est renvoyé à l'examen de MM. Laugier, Malgaigne et Gavarret.

Discussion sur les allumettes chimiques.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture, à cette occasion, d'une lettre émanant du conseil d'hygiène de la Gironde, et signée *Gintrac* et *Levieux*, qui relate divers cas d'empoisonnement occasionné par le phosphore des allumettes.

M. *Poggiale*, après avoir rappelé que le rapport de la commission présenté à l'Académie dans la séance du 10 janvier dernier, avait été fait à un point de vue très général et en dehors de toute préoccupation pour les intérêts particuliers, discute un à un tous les arguments opposés par M. Gaultier de Claubry dans la séance précédente.

S'il n'a pas fait mention du mémoire adressé au ministre du commerce en 1858 par M. Gaultier de Claubry, c'est que, d'une part, ce document était, en quelque sorte, étranger à l'Académie, où il n'a été ni communiqué ni discuté ; c'est que, d'autre part, s'il faut en croire M. Coignet, il est entaché d'une partialité manifeste, ayant été rédigé d'une manière très manifestement favorable à M. Godot. D'ailleurs, ce travail ne renferme que des faits connus et fourmille d'erreurs.

M. Gaultier de Claubry avance que la transformation du phosphore blanc en phosphore rouge, s'opérant sous une pression énorme, est entourée de dangers. Cela est inexact : la transformation a lieu dans un vase de fonte placé sur un bain de sable et porté progressivement à la température de 270 ou 280 degrés. Ce vase communique librement avec l'air ambiant par des tubes ouverts, et, par conséquent, le phosphore qu'il contient n'est soumis à aucune pression. M. Coignet affirme que cette opération n'a jamais occasionné le moindre accident, et cette assertion est confirmée par un rapport du conseil d'hygiène de Lyon.

« Je dois ajouter, dit M. Poggiale, que le phosphore blanc, dans cette opération, se convertit tout entier en phosphore rouge. J'ai examiné un grand nombre d'échantillons provenant du commerce, et je n'y ai jamais trouvé de phosphore blanc. C'est un point sur lequel je suis encore en désaccord complet avec notre collègue,

» M. Gaultier s'est également trompé lorsqu'il a prétendu que le frottoir des allumettes au phosphore rouge n'était qu'un accessoire trompeur. Ce frottoir est indispensable.

» D'ailleurs, les allumettes sans phosphore, que préconise M. Gaultier, présentent, au point de vue de la sécurité, autant et même plus d'inconvénients que celles dites au phosphore rouge ; car, étant composées d'une substance plus sensible, elles s'enflamment plus facilement encore sur les corps rugueux.

» M. Gaultier prétend que les procédés de fabrication des allumettes de la *Compagnie générale*, ou sans phosphore, n'exposent les ouvriers à aucun accident. Il a donc oublié que le chlorate de potasse qui entre dans leur composition a déterminé quelquefois des explosions terribles. A la vérité, M. Canouille, fabricant de ces allumettes, affirme qu'en chauffant préalablement le chlorate de potasse à 80 ou 100 degrés, il n'y avait plus à craindre de déflagration. Mais c'est une erreur. Ce qui est vrai, c'est que le chlorate de potasse, trituré seul, ne détone pas ; que, trituré avec certains sels de plomb non combustibles, il ne détone pas non plus; mais que, mélangé avec des substances inflammables, telles que le sulfure d'antimoine, de plomb ou de potasse, il détone aussi bien dans la maison Canouille que partout ailleurs. Une pareille explosion, dit M. Poggiale, s'est précisément produite sous mes yeux dans les ateliers de la Villette.

» Quant à l'argument relatif à la conservation des phosphates de chaux pour l'agriculture, M. Coignet y a répondu dans son mémoire en montrant que la quantité de phosphate employée pour la fabrication des allumettes chimiques n'équivaut qu'à 1/365e de la production des os en France ; que, par la même raison, il faudrait fermer les raffineries de sucre, les fabriques de porcelaine, etc.; qu'enfin il serait mieux, à tous égards, de demander qu'on ne laissât point perdre, comme on le fait, les immenses quantités de phosphates qui vont à la rivière sous toutes les formes.

» M. Gaultier de Claubry me reproche encore d'avoir commis une sorte de déni de justice envers M. Bussy. Personne plus que moi ne respecte et n'estime le talent et le caractère de M. Bussy, et je crois avoir déclaré très explicitement dans mon rapport que M. Bussy, le premier, en 1850, avait signalé l'innocuité du phosphore rouge sur les animaux.

» Enfin, notre collègue a proposé des modifications à mes conclusions. Ces modifications sont insignifiantes, et je les repousse formellement, parce que je les trouve indignes de figurer dans les conclusions d'un rapport qui doit conserver un caractère de généralité absolue. Si ce point est discuté, j'exposerai plus longuement les motifs de mon opposition aux amendements proposés par M. Gaultier de Claubry. »

M. *Gaultier de Claubry* maintient toutes ses assertions, en les appuyant sur des textes empruntés, soit aux *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (rapport de M. Chevreul, septembre 1859), soit au *Bulletin de l'Académie de médecine* (rapport de M. Poggiale) Il fait remarquer que, dans son mémoire de 1858, il ne pouvait ni prévoir les motifs exposés dans le travail récemment publié par M. Coignet, ni deviner surtout les procédés de fabrication nouvellement imaginés.

L'orateur proteste contre les insinuations personnelles contenues dans ce travail et dont M. Poggiale vient de se faire l'écho devant l'Académie. Il aime à croire surtout que son honorable collègue a été plus loin que sa pensée lorsqu'il a qualifié d'*indignes* les modifications qu'il propose d'introduire dans les conclusions du rapport. Il s'attache à montrer qu'aucune de ces modifications n'est de nature à compromettre la Compagnie, et il soutient qu'il a le droit et le devoir de les proposer.

M. *Chevallier* trouve qu'on s'écarte de la question et de l'esprit dans lequel a été conçu le rapport. On ne devrait s'occuper que d'hygiène, et voilà qu'on se lance dans l'industrie. Que les fabricants apportent des allumettes qui ne puissent plus mettre le feu et qui n'empoisonent personne ! Qu'importera le nom du fabricant et le mode de fabrication ? Qu'ils en inventent même sans phosphore, ce sera mieux encore ; car le phosphore est le plus terrible des poisons, puisque c'est le seul auquel on ne puisse pas trouver d'antidote.

M. *Bouchardat* voudrait qu'on n'oubliât pas, comme on semble le faire, que la question agitée en ce moment devant l'Académie a été l'objet des préoccupations constantes des conseils d'hygiène et de salubrité publiques, ainsi que de l'ardente sollicitude de l'administration. Si elle n'a point agi, si elle conserve le *statu quo*, si elle recule devant la prohibition, ce n'est pas faute d'avoir été éclairée sur les dangers des allumettes phosphorées et sur l'utilité qu'il y aurait à les interdire; c'est à cause des difficultés insurmontables qu'elle rencontre dans la constitution actuelle de l'industrie.

M. *Trébuchet* appuie et confirme ce que vient de dire M. Bouchardat. L'administration a fait, sous ce rapport, tout ce qui lui était moralement permis de faire ; et elle a pris toutes les mesures qui dépendaient d'elle.

M. *Tardieu*. « L'Académie s'aperçoit elle-même qu'elle intervient la dernière dans une question qui intéresse la santé et la salubrité publiques. Comme l'a dit M. Trébuchet, tout a été dit et examiné sur ce sujet par le conseil d'hygiène; mais si l'Académie ne peut apporter des faits nouveaux, elle peut, du moins, apporter, dans cette question, la sanction de son autorité, qui est considérable. Peut-être même le sera-t-elle assez pour faire aboutir les efforts de l'administration, et pour décider la prohibition du phosphore blanc, devant laquelle on a jusqu'ici reculé par de graves considérations d'intérêt industriel. Parmi les motifs de son hésitation (il n'y a aucune indiscrétion à le dire ; c'est de notoriété publique), se trouvait aussi la crainte que, la fabrication des allumettes au phosphore blanc étant supprimée, on ne pût dédommager le public en lui fournissant un moyen aussi commode et aussi peu dispendieux de se procurer du feu. Aujourd'hui ce scrupule ne doit plus exister, depuis que M. Coignet et la Compagnie générale ont appris à se passer de phosphore blanc.

» L'Académie doit donc écarter de cette discussion tout ce qui touche à l'industrie, et ne point se préocuper des difficultés administratives. Son devoir est de réclamer résolument, carrément la suppression du phosphore blanc comme un danger public. Pour ma part, je regrette que la cinquième conclusion du rapport de M. Poggiale, tendant à proposer des mesures palliatives dans le cas où l'administration ne pourrait prononcer la prohibition, je regrette, dis-je, que cette proposition amoindrisse la portée du rapport, à l'ensemble duquel je me rallie entièrement ; et je demande que cette conclusion soit supprimée. »

M. *le président* ajourne la suite de la discussion à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de l'oxysulfure d'antimoine comme expectorant dans les maladies inflammatoires des organes respiratoires chez les enfants, par M. le docteur A. JACOBI.

En appelant de nouveau l'attention des praticiens sur l'oxysulfure d'antimoine, M. Jacobi recommande de le préparer par le procédé suivant, qui est celui de la pharmacopée prussienne, et qui donne, suivant lui, un excellent produit.

On fait dissoudre 1,500 grammes de carbonate de soude ordinaire dans 7,500 grammes d'eau, et, la dissolution opérée, on les mêle avec 500 grammes de chaux, rendue demi-liquide par l'addition de 1,500 grammes d'eau avec 1,000 grammes de sulfure noir d'antimoine, et avec 125 grammes de fleur de soufre. On fait bouillir ce mélange pendant une heure et demie, en ajoutant de l'eau à mesure qu'elle s'évapore; on fait bouillir de nouveau le résidu avec 3,000 grammes d'eau, on filtre et on lave à l'eau chaude. Le liquide

est abandonné à lui-même, et les cristaux obtenus sont lavés avec de l'eau distillée, mêlée de 1/100e de potasse, et desséchés ensuite. On fait dissoudre 500 grammes de ces cristaux dans 2,500 grammes d'eau, on filtre et l'on étend le liquide filtré avec 12,500 grammes d'eau. On ajoute un mélange de 150 grammes d'acide sulfurique et de 4,000 grammes d'eau, qu'on a décanté après réfrigération. Le précipité est filtré, lavé d'abord avec de l'eau commune, ensuite avec de l'eau distillée, pressé doucement entre deux feuilles de papier brouillard, séché dans un endroit obscur, à une température de 77 degrés Fahrenheit, réduit en poudre et conservé pour l'usage dans un flacon noirci et dans un endroit obscur.

Le séchage à une douce température et l'emploi de l'eau distillée pour laver ce produit sont deux conditions très importantes pour en assurer la conservation.

Si l'on a soin de prendre ces précautions, l'oxysulfure d'antimoine n'est pas une préparation aussi susceptible de décomposition que l'on a bien voulu le dire.

L'opinion des médecins, relativement à l'action de l'oxysulfure d'antimoine a beaucoup varié; mais si on le regarde généralement comme un remède sans efficacité, c'est, suivant M. Jacobi, parce qu'on l'a presque toujours administré à des doses excessivement faibles, qui ont rarement dépassé 1 grain, et qui se sont élevées, dans des cas exceptionnels, à 6 ou 8 grains au plus. M. Jacobi l'a employé à doses considérables, et dit avoir obtenu, à l'aide de cette médication, des résultats extrêmement favorables, comme moyen expectorant dans la deuxième période des maladies inflammatoires des organes respiratoires chez les enfants.

« Pendant les huit premiers mois de l'année 1858, dit-il, nous avons administré à l'hôpital des Allemands (New-York), ce médicament à 34 enfants, à des doses qui ont varié entre 1 grain ou 1 grain 1/2, et même 2 grains toutes les heures, et 1 grain toutes les quatre ou six heures au minimum, tantôt seul, tantôt associé à 1/6e, 1/4, 1/3 et même 1/2 grain d'extrait de belladone à 1/4 ou à 1 2 grain de sulfate de quinine. Ces 34 enfants étaient affectés : 13 de pneumonie, 1 de broncho-pneumonie, 7 de bronchite catarrhale, 11 de coqueluche avec catarrhe, 2 de coqueluche avec pneumonie. Sur ce nombre, je n'en ai perdu que 2, l'un d'une pneumonie associée à la rougeole, l'autre d'une pneumonie tout à fait récente du lobe inférieur du poumon gauche, succédant à une coqueluche. Les résultats de ma pratique privée n'ont pas été différents de ceux de ma pratique d'hôpital, et je me rappelle grand nombre de petits malades d'un an et au-dessous, qui ont pris 1 grain d'oxysulfure toutes les deux heures et toutes les heures sans vomir; des enfants de deux et trois ans ont pris des doses de 2 grains, quatre, et même six à huit fois par jour, sans que l'on observât autre chose chez eux que l'effet désiré.

M. Jacobi a, en outre, employé l'oxysulfure d'antimoine dans les inflammations du larynx et de la trachée. C'est lorsque la fièvre inflammatoire est tombée, et lorsque la maladie a dépassé son plus haut degré de développement qu'il l'administre, seul ou associé à d'autres agents; mais il ajoute qu'il ne faut pas en attendre de bons résultats, à moins que l'on ne soit arrivé à cette période. Toutes les fois qu'on s'attaque aux accidents fébriles du début de la pneumonie où de la bronchite, l'insuccès est certain. C'est dans le catarrhe bronchique ordinaire, alors qu'il est besoin d'une expectoration abondante et facile, que ce médicament donne les meilleurs résultats.

Il est d'ailleurs très rare que cette médication s'accompagne de vomissements ou de diarrhée, et l'on évite facilement ces accidents à l'aide des précautions d'administration prises pour les autres antimoniaux. Il est vrai que, en tant que médicament nauséeux, l'oxysulfure d'antimoine peut affecter l'appétit et les forces; mais M. Jacobi ne croit pas que ce soit là un inconvénient. « Quand l'oxysulfure est administré, dit-il, au sortir d'une inflammation aiguë, alors qu'il y a encore de la fièvre, et qu'il faut, de toute nécessité, faciliter l'expectoration et l'absorption des produits plastiques, il y a peu à se préoccuper de l'appétit, qui n'existe pas, et les fonctions digestives n'ont qu'à gagner à rester inactives. Plus tard, il n'en est plus de même; mais un médicament ne peut pas répondre à toutes les indications. » (*Bulletin de thérapeutique*, 15 octobre 1859.)

Relevé statistique de quatre-vingt-huit trachéotomies faites en Angleterre.

Ce relevé, qui comprend la plupart des trachéotomies faites pendant une période d'environ cinq ans, dans les principaux hôpitaux de Londres et dans divers hôpitaux de province, se divise en cinq séries, suivant les affections qui ont fourni l'indication de l'opération, savoir : 1° brûlure de la glotte; 2° croup; 3° corps étrangers; 4° affections laryngées autres que le croup; 5° affections diverses non comprises dans les séries précédentes.

1° Les trachéotomies, au nombre de quatorze, faites pour des *brûlures de la glotte*, chez des enfants âgés de un à cinq ans, et presque toujours au moment de l'asphyxie imminente, n'ont donné que trois guérisons; dans ces trois cas, la canule a pu être retirée au bout de trois, cinq et six jours, et la plaie n'a pas tardé à se cicatriser. Le plus souvent, l'opération a été faite de quatre à sept heures après l'accident, et presque toujours elle a été suivie d'un soulagement très marqué; la mort est survenue trois fois seulement dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération; dans le plus grand nombre des cas, au bout de trois jours en moyenne, et une fois le quatorzième jour seulement.

2° Sur quinze trachéotomies faites dans des cas de *croup*, chez des enfants âgés de treize mois à seize ans, il y eut quatre guérisons, toutes dans le même hôpital; parmi ces quatre enfants, deux étaient âgés de six ans, un autre de cinq et le quatrième de quatre ans, tandis que la grande majorité de ceux qui succombaient étaient beaucoup plus jeunes. L'opération fut toujours faite *in extremis*, et presque toujours la mort la suivit de quelques heures; il y eut donc, à cet égard, une différence très manifeste entre les trachéotomies pour croup et celles de la première série; par contre, le chiffre de la mortalité est à peu près identique dans les deux séries (onze sur treize pour la première, onze sur quinze pour la deuxième), qui ne comprennent toutes les deux que des opérations faites sur des enfants.

3° Les treize trachéotomies faites également chez des enfants, pour extraire des *corps étrangers* des voies aériennes, comprennent huit guérisons et cinq décès; deux enfants ont succombé pendant l'opération, l'un au chloroforme, l'autre à l'asphyxie produite par une grande quantité de sciure de bois qui remplissait complétement la trachée. Ces deux cas étant éliminés, la mortalité reste de trois pour onze; et, dans les trois cas mortels, les corps étrangers n'ont pu être extraits; sur les huit cas de guérison, il y en a six où le corps étranger a été expulsé pendant ou peu de temps après l'opération, et deux où l'on n'a pas trouvé de corps étranger, soit qu'il ait été avalé, soit que l'expulsion ait eu lieu dans un moment où l'enfant n'était pas surveillé. Dans tous ces cas, la guérison a été très rapide.

Parmi les opérations de cette série, il n'en est qu'une ou deux qui aient été suivies de bronchite lorsque le corps étranger a pu être extrait.

4° La série des trachéotomies faites pour des *affections laryngées autres que le croup*, comprend trente-sept cas, dont dix-sept guérisons et vingt décès, répartis de la manière suivante :

Laryngite syphilitique: douze cas, huit guérisons, quatre décès; trois au moins des sujets guéris restèrent assujettis à l'usage de la canule.

Laryngite aiguë : sept cas, quatre décès, dont deux pendant l'opération, trois guérisons; dans ces trois cas, la canule put être retirée au bout de dix jours au plus

Pharyngites : deux cas, dont un mortel, chez un vieillard atteint d'œdème laryngé et de pneumonie suppurée : et un second de guérison, chez une jeune fille qui avait un abcès de l'amygdale.

Laryngite survenue pendant une fièvre typhoïde : un cas; mort vingt-sept heures après l'opération.

Laryngite chronique : sept opérations, dont deux sur le même sujet; un seul décès à la suite d'une diarrhée abondante et de lésions thoraciques graves. Deux au moins des opérés qui survé-

curent ne pouvaient encore se passer de canule au moment où l'observation s'arrêtait.

Laryngite chez des phthisiques : deux opérations suivies d'abord d'un soulagement très marqué, puis de mort en trois jours.

Abcès sous-muqueux de la glotte : un cas; mort au bout de trois jours.

5° La dernière série comprend des affections très diverses; une guérison, dans un cas de rupture traumatique de la trachée, et huit décès chez des sujets atteints des affections suivantes : abcès rétro-pharyngé, symptomatique de mal vertébral; œdème aigu du cou; cancer médullaire entourant la trachée; cancer de l'œsophage, cancer du larynx compliqué d'accès d'étouffement; spasme de la glotte dans un cas de tétanos; écrasement des parties molles du cou chez un pendu; goître comprimant la trachée. Dans tous ces cas, la mort suivit l'opération de près. (*Medical Times and Gazette*, nos du 8 octobre au 5 novembre 1859.)

Des caractères de l'hérédité dans les maladies nerveuses, par le docteur Morel.

Les caractères de l'hérédité dans les maladies nerveuses, dit M. Morel en résumant son mémoire, se manifestent par des troubles spéciaux dans les fonctions physiques, par des anomalies non moins spéciales dans l'exercice des facultés intellectuelles et affectives.

L'individu atteint d'une affection nerveuse héréditairement acquise révèle, en outre, l'origine de cet état morbide par de nombreuses défectuosités et infirmités de son organisme. Enfin l'anatomie pathologique peut, dans quelques circonstances, compléter ce que l'examen des fonctions, chez le vivant, nous apprend sur l'influence exercée par les transmissions héréditaires de mauvaise nature.

C'est de l'examen comparé de tous ces faits pathologiques de l'ordre intellectuel, physique et moral, que le médecin déduira les règles qui lui permettront de conclure à l'existence de l'hérédité maladive chez l'individu, et à la possibilité de la transmission pour ses descendants. Cette transmission peut se faire dans des conditions similaires; mais le plus ordinairement l'évolution pathologique des phénomènes est progressive et complexe.

L'examen de tous ces phénomènes, qui se commandent et s'engendrent successivement, impose au médecin la solution d'un triple problème : nature de l'affection nerveuse des ascendants; mode de son action chez les descendants; possibilité d'une transmission ultérieure, similaire, progressive ou complexe.

L'évolution de tous les phénomènes pathologiques propres aux affections nerveuses héréditaires comprend un cercle immense. A l'un des points de cette circonférence, on peut ne rencontrer que la simple exacerbation du tempérament nerveux, l'excentricité, la bizarrerie dans les actes, l'élément névropathique sous sa forme la plus simple, des nuances à peine perceptibles dans la sphère des défectuosités et infirmités de l'organisme.

A l'autre point, on trouvera les caractères de l'hérédité dans leur expression symptomatique la plus complète et la plus radicale. Dans la sphère des facultés intellectuelles ou affectives, on observera des impulsions instinctives mauvaises, des tendances à des actes désordonnés et dangereux, des folies systématiques incurables, et finalement l'abolition complète de l'intelligence. Dans l'ordre des fonctions physiques, ce sera l'alternance et la périodicité dans la manifestation des souffrances les plus variées du système nerveux : l'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie, avec leurs transformations les plus fatales, l'élément convulsif avec toutes ses formes, et sévissant particulièrement dans la première enfance. On rencontrera chez ces malades héréditairement frappés les affections cérébrales idiopathiques les plus complexes et les plus difficiles à guérir, et qui, chez les individus prédisposés, éclatent sous l'influence de la moindre cause intercurrente.

Enfin les défectuosités et infirmités de l'organisme se révèleront par la prédominance des tempéraments lymphatiques et scrofuleux, par le rachitisme, le strabisme, la surdi-mutité, par les maladies du système osseux, par les formes vicieuses du crâne, par l'insuffisance du cerveau, par la déformation des oreilles ou par telle autre défectuosité, par toutes les conséquences des convulsions dans le jeune âge (hémiplégie, paralysie des extrémités inférieures, pieds bots, etc.), et finalement par des arrêts de développement, tels que le rabougrissement de la taille, l'atrophie des organes génitaux, l'absence de la seconde dentition, la stérilité absolue dans certains cas, le défaut de viabilité des enfants dans certains autres.

Entre ces deux points extrêmes se dessinent une foule de situations névropathiques où la connaissance des caractères et de l'hérédité dans les maladies nerveuses rend l'intervention médicale des plus efficaces, soit comme traitement direct, soit comme hygiène et prophylaxie. (*Archives générales de médecine*, septembre 1859.)

Du cathétérisme de la trompe d'Eustachi à l'aide de cathéters à boule, pour remédier aux surdités produites par l'obstruction de la portion pharyngienne de ce canal, par le docteur Philipeaux.

Les instruments généralement employés pour pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustachi déchirent facilement les tissus engorgés, et il suffit souvent que le malade voie le sang couler pour qu'il se refuse à de nouvelles tentatives de la part du chirurgien. Pour obvier à cet inconvénient, M. Philipeaux se sert du cathéter à boule de Ch. Bell, dont il a fait diminuer la courbure, et dont l'olive doit avoir, en général, 4 à 5 millimètres de diamètre. Cet instrument est introduit suivant le procédé Gairal, en ayant soin, lorsque la boule a atteint le bord adhérent du voile du palais, d'appliquer fortement la convexité du cathéter sur la cloison dès qu'on opère le mouvement de rotation. Lorsque le cathéter a pénétré dans la trompe, on éprouve, en essayant de le ramener en avant, la sensation d'une bride qui entoure et retient l'olive.

On pousse alors l'instrument dans la trompe à 1 ou 2 centimètres de profondeur; lorsqu'il a pénétré aussi loin que possible, le malade accuse une sensation de douleur dans l'oreille moyenne, sensation, du reste, qui disparaît du moment qu'on retire l'instrument. Dans tous les cas où l'obstruction de la trompe tenait à une accumulation de mucosités dans son intérieur, M. Philipeaux a pu constater, en retirant le cathéter, la présence d'une certaine quantité de mucosités entre la boule et la tige. Pour aider l'effet curatif du cathétérisme, il leur adjoignit l'usage de poudres sternutatoires, dans le but de débarrasser, par des efforts d'éternument, la partie de la trompe inaccessible au cathétérisme.

Les résultats cliniques de ce mode de traitement ont paru très satisfaisants à M. Philipeaux. Il rapporte l'histoire de deux malades chez lesquels il l'a employé. Dans les deux cas, il s'agissait d'une surdité survenue à la suite d'angines chroniques. Dans le premier, M. Philipeaux excisa les amygdales hypertrophiées, et cautérisa le pharynx avec une solution de nitrate d'argent avant de pratiquer le cathétérisme. Au bout de dix jours de cathétérisme, le malade pouvait entendre sa montre à 4 centimètres du pavillon de l'oreille, tandis qu'auparavant il ne l'entendait qu'au contact immédiat. Chez le second malade, la surdité était tout aussi prononcée; dès la première séance, M. Philipeaux ramena une assez grande quantité de mucosités, et le malade entendit très distinctement sa montre à 5 centimètres du pavillon. Au bout de six nouvelles séances de cathétérisme, aidé de l'emploi de la poudre de Saint-Ange, la trompe était complétement désobstruée; le malade quitta Lyon pouvant facilement suivre une conversation à voix basse, et entendant les battements de sa montre à 1 mètre de distance.

Dans des cas où l'obstruction serait plus étendue, M. Philipeaux ne verrait pas d'inconvénient à désobstruer la partie profonde de la trompe à l'aide d'insufflations d'air, de vapeurs médicamenteuses ou d'injections de liquides chargés de principes minéralisateurs, tels que l'eau de Balaruc. (*Gazette médicale de Lyon*, nos 18 et 19, 1859.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Cycle de traités élémentaires sur toutes les sciences médicales, t. IV. *Ophthalmiatrie*, par M. C.-H. Schauenburg, et t. VII, 1er cahier, *Manuel d'anatomie*, par Dursy.

Nos lecteurs se rappelleront que l'éditeur s'est proposé, dans cette publication, d'offrir aux médecins et aux élèves un traité sur chacune des sciences qu'embrasse la médecine. La rédaction de ces traités a été confiée à des savants spécialistes dispersés dans toutes les universités allemandes et dont la plupart ont déjà une grande notoriété dans le monde scientifique. Mais, afin de maintenir dans l'ensemble de l'ouvrage une certaine unité de doctrine, les divers auteurs ont eu, soit entre eux, soit avec un comité de direction, des conférences fréquentes dans lesquelles ils sont convenus des principes généraux qui devaient présider au travail de chacun. C'est grâce à ces réunions préparatoires qu'a pu être évité, dans cette collection, un inconvénient qui n'est que trop apparent dans des publications analogues faites sous la direction de plusieurs auteurs, n'ayant aucun lien commun et se contredisant souvent de la manière la plus désagréable pour le lecteur.

Le cyclus se complète rapidement, grâce à l'activité du directeur de la publication. Il a déjà été parlé de plusieurs volumes dans ce journal; ceux que nous devons faire connaître aujourd'hui, ont trait à l'ophthalmologie et à l'anatomie. Le premier n'est autre chose que la deuxième édition du *Traité d'ophthalmologie*, du docteur Schauenburg; nous avons déjà dit un mot (voy. *Gaz. hebdomad.*, t. III, p. 231) sur le mérite de ce livre, dont le plan était parfaitement en harmonie avec celui qui doit régner dans la collection tout entière.

L'ouvrage est divisé en deux parties; la première comprend l'étude de toutes les maladies de l'œil et de ses organes accessoires. Dans la seconde, l'auteur expose d'abord, en une vingtaine de pages et avec une grande lucidité, les notions essentielles sur les moyens physiques que la science met en usage pour arriver au diagnostic de la maladie ou pour remédier à quelques troubles de la vision; puis il passe en revue les diverses opérations nécessitées par les maladies de l'œil, en suivant l'ordre adopté dans la partie pathologique. On trouve, à la fin du volume, une énumération des principales préparations usitées en ophthalmiatrie, et un glossaire des nombreux termes techniques dont on a hérissé cette partie de l'art de guérir. Des figures ont été intercalées dans le texte toutes les fois qu'elles ont pu rendre la description plus nette et plus concise. Enfin l'auteur, outre de nombreuses additions faites dans le corps de l'ouvrage, a enrichi cette édition d'une courte description anatomique des diverses parties de l'œil dont il avait à tracer les lésions, et de deux planches lithographiées représentant, l'une une coupe du globe oculaire, de l'appareil interne de l'adaptation et de la rétine; l'autre, divers temps et instruments de la partie opératoire. Ces additions et perfectionnements rendent le livre de M. Schauenburg encore plus digne de l'accueil favorable qu'a reçu la première édition. Ce n'est pas un simple manuel que nous a donné M. Schauenburg, destiné seulement à l'élève qui veut jeter un coup d'œil rapide sur les matières d'un examen; l'homme de science et le praticien lui-même le liront avec intérêt et souvent avec profit; les chapitres consacrés aux nouveaux moyens d'exploration de l'œil, qui ont déjà rendu de si grands services à la science de l'ophthalmologie, y ont reçu des développements en rapport avec l'importance et la nouveauté du sujet; sans doute aussi l'auteur, s'étant livré spécialement à l'étude de cette partie de la science, aura-t-il cédé volontiers à l'entraînement qui l'a porté à consacrer plus d'espace à l'objet de sa prédilection.

Le *Manuel d'anatomie*, par Dursy, forme le tome VII de la collection; la moitié seulement de ce volume a paru, mais elle est suffisante pour donner une idée complète de l'ouvrage.

Dans une introduction très courte, l'auteur commence par définir et circonscrire l'anatomie; il explique ensuite ce qu'il faut entendre par *anatomie descriptive*, *anatomie de développement*, *histologie et anatomie comparée*, sciences qui étudient l'organisation pour elle-même, abstraction faite de toute idée d'application, et auxquelles on doit ajouter l'*histoire de l'anatomie*. Mais dans l'étude qu'il fait des êtres vivants, l'anatomiste peut rechercher surtout l'utilité qui peut en ressortir, les applications qu'elle peut fournir, soit à l'art de guérir, soit aux autres sciences; l'anatomie devient alors l'*anatomie topographique*, base fondamentale de la chirurgie, et surtout de la médecine opératoire, ou l'*anatomie des formes*, indispensable aux peintres et aux sculpteurs, ou l'*anatomie pathologique*. Celle-ci étudie les modifications de structure et de forme déterminées par les maladies. « Comme base anatomique de la science médicale, dit » l'auteur, elle est avec la pathologie, c'est-à-dire la physiologie » des fonctions troublées, exactement dans les mêmes rapports » que l'anatomie normale avec la physiologie. Mais elle est aussi » de la plus grande importance pour l'anatomiste pur, parce qu'elle » apprend à connaître et à apprécier les modifications dans la forme » et les caractères physiques des organes, et parce que, comme histologie pathologique, elle fournit cette démonstration importante, » non-seulement que les éléments morphologiques se développent » d'après des lois identiques chez l'homme sain et l'homme malade, mais encore que les formes élémentaires qu'on rencontre à » l'état pathologique ne sont, dans tous les caractères essentiels, » que la répétition des éléments physiologiques. » Si ce que nous avons dit plus haut de l'unité de doctrines qui doit régner dans tous les traités du cyclus est parfaitement exact, nous attendons avec impatience le volume consacré à l'anatomie pathologique, le programme annoncé par Dursy nous paraissant le seul qui envisage cette science d'une manière vraiment rationnelle.

L'auteur donne ensuite une idée générale de la composition du corps humain, et entre immédiatement en matière par l'étude des os et des ligaments. Après avoir décrit les caractères essentiels des os, ceux du tissu osseux sous ses deux formes, le tissu compacte et le tissu spongieux, ceux du cartilage et des membranes qui revêtent l'un et l'autre, le périoste et le périchondre, M. Dursy étudie d'une manière générale les moyens d'union des diverses parties du squelette; il divise les articulations en deux grandes classes, les *synarthroses* et les *diarthroses;* les premières comprennent les *synchondroses et syndesmoses*, dans lesquelles les moyens d'union sont du cartilage ou du tissu conjonctif, et les *sutures* dans lesquelles les bords contigus des os semblent se toucher et le tissu conjonctif interposé est réduit à une lamelle à peine notable. Quant aux *diarthroses*, suivant la forme des surfaces articulaires et le genre de mouvements qu'elles permettent, l'auteur les divise en *arthrodies* (ce sont nos énarthroses), *ginglymes*, *trochoïdes*, *amphiarthroses* (dans ce genre d'articulations les surfaces articulaires des deux os sont généralement aplaties et ont à peu près la même étendue, et la capsule fibreuse est très serrée, de sorte que la mobilité est très faible) et *hémidiarthroses*. Cette dernière dénomination, empruntée à Luschka, désigne les articulations des corps des vertèbres entre eux.

M. Dursy passe ensuite à la description des os et des articulations en particulier, en commençant par la colonne vertébrale; puis vient celle des muscles, et immédiatement après il fait l'étude des viscères, qui est poursuivie dans ce cahier jusqu'au gros intestin.

Nous avons peu d'observations à présenter sur ce manuel, qui diffère peu de ceux que nous avons en France; nous dirons seulement que, malgré le petit nombre de pages consacrées à chaque section, l'auteur s'est efforcé d'enrichir son travail des connaissances les plus récemment acquises. Mais on regrettera peut-être de n'y pas trouver un mot sur les usages des parties décrites ni sur les rapports de ces parties entre elles.

Marc Sée.

VII

VARIÉTÉS.

Le ministre de la guerre vient d'accorder une haute-paye journalière aux infirmiers qui sont employés au Val-de-Grâce à la tenue des cahiers, aux relevés des prescriptions, ainsi qu'aux pansements et aux détails de petite chirurgie.

— Viennent de succomber : M. le docteur Fouquet (de Toulouse), à l'âge de soixante-deux ans; M. de Bal (Belgique), à cinquante et un ans; M. Paul Dupont (Belgique), à vingt-neuf ans.

— Un décret vient d'être publié sur la régime des eaux minérales. Nous aurons à nous en occuper dans un prochain feuilleton.

— Vendredi dernier, la section centrale chargée de l'examen du projet de loi sur l'organisation médicale, s'est prononcée à l'unanimité moins une voix et une abstention, pour la constitution des commissions médicales de province par le gouvernement, sur une présentation de candidats par les députations permanentes. (*Presse médicale belge.*)

— L'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse avait proposé, pour sujet du prix à décerner en 1860, la question suivante : « Faire connaître les résultats positifs dont les expériences » physiologiques ont enrichi la médecine clinique depuis le commence- » ment du XIXe siècle. » Aucun mémoire n'étant parvenu au secrétariat, l'Académie a publié l'avis suivant :

En vertu de l'article 32 de son règlement, l'Académie, lorsqu'elle n'a reçu aucun mémoire pour le prix de l'année, peut, pendant les deux années suivantes, accorder un prix extraordinaire à l'auteur d'un travail qui lui aurait été adressé sur la question proposée.

Les mémoires doivent être adressés franco, et dans les formes académiques, avant le 1er janvier 1861, à M. Vitry, secrétaire perpétuel.

— Les sujets de thèse pour le concours de l'agrégation en médecine ont été distribués vendredi dernier aux compétiteurs, qui soutiendront leur thèse dans l'ordre suivant, à partir du 22 février :

MM. Lorain, De l'albuminurie. — Vulpian, Des pneumonies secondaires. — Laboulbène, Des névralgies viscérales. — Triboulet, De l'acclimatement. — Hervieux, De la diphthérie. — Luys, Existe-t-il une fièvre puerpérale? — Charcot, De la pneumonie chronique. — Blachez, De l'ictère grave. — Marcé, Des altérations de la sensibilité. — Vidal, De la syphilis congénitale. — Racle, De l'alcoolisme. — Barnier, Des paralysies musculaires. — Parrot, De la mort apparente. — Potain, Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux.

— Le concours pour trois places d'agrégés stagiaires dans la « section » de médecine proprement dite et de médecine légale, » ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier le 1er décembre 1859, s'est terminé par la nomination de MM. Castan, Battle et Espagne.

— La commission nommée dans le but de préciser nettement les devoirs et les prérogatives du corps de santé de l'armée, conformément au rapport à l'Empereur, annexé au décret du 23 avril 1859, s'est assemblée plusieurs fois, et l'on assure qu'elle est très favorablement disposée à l'égard des médecins militaires.

— Le conseil de santé des armées, consulté sur l'opportunité de l'ouverture de l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains pendant la saison d'hiver, a émis un avis favorable sur cette mesure; il a été arrêté, en conséquence, que cet établissement deviendrait un hôpital permanent, et que les militaires malades qui ont besoin d'être soumis à la médication thermale des eaux d'Amélie-les-Bains y seraient envoyés pendant la saison d'hiver.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Compte rendu des travaux de la Société médicale de Chambéry. — Années 1854-1858. Travaux sur le choléra, la variole, la grippe et la broncho-pneumonie, la fièvre typhoïde, les eaux minérales de Savoie, l'existence d'un principe vénéneux dans les semences du chanvre, le *rhus radicans* dans l'incontinence d'urine, la matière médicale de la reine-des-prés, la valeur comparative des aconits, l'emploi thérapeutique de la quinine; observations diverses.

L'Écho médical suisse. — N° 8. Rapport sur le cimetière du Mail à Neufchâtel, par *Borel*. — Notice pharmacologique sur le sucre de *ceratonia siliqua*, par *Landerer*. — Gangrène des orteils chez un enfant, par *Duval*. — Note sur l'albinisme résultant du mariage entre consanguins, par *Brière*. — Voyage médical, par *Cornaz*. — 9. Amblyopie et surdité guéries par l'iodure de fer, par *Cornaz*. — La manne des Arabes, par *Landerer*. — Deux cas rares d'accouchement, par *Mannoir*. — Voyage médical (suite). — 10. Traitement de la teigne faveuse à l'hôpital extérieur de Berne, par *Richard*. — Notice sur le kermès animal, par *Landerer*. — Du cathétérisme de l'utérus comme moyen d'obtenir des contractions de cet organe, par *Reynier*.

Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles. — N° 2. Compte rendu des travaux; observations, par *Marcq*, *Roger*, *Allix*, *Grégoire*.

Archives belges de médecine militaire. — Juin. Influence des agents physiques de l'atmosphère sur l'ophthalmie des armées, par *de Condé*. — Juillet. Rapport médical sur le camp de Beverloo, par *Delhaie*. — Doctrines médicales (suite). — Nouveau procédé pour pratiquer la trachéotomie sur le cheval, par *Van Haelst*. — Août et septembre. Lésions anatomiques de la fièvre intermittente, par *Duchek*. — Doctrines médicales (suite). — Réflexions sur la tuberculisation des glandes mésentériques, par *Gustin*.

Journal de médecine de Bruxelles. — Août. Anatomie pathologique de la pustule maligne, par *Raimbert*. — Le chancre d'après M. Ricord, par *Gamberini*. — Chorée (suite). — Traitement des névralgies (suite). — Septembre. Chorée (suite). — Observations sur l'adhérence morbide du placenta, par *Delhaye*. — Notes sur les épidémies observées postérieurement à l'inondation de la Loire, par *Beaupoil*. — Sur le traitement des pieds-bots de naissance, par *Schmit*. — Octobre. Épidémie de dysenterie à Arlon, par *Valérius*. — Épidémies, etc. (suite), par *Beaupoil*. — Absence de la vessie, avec hypertrophie du rein droit et développement de son bassinet, par *Schmit*.

Archiv fuer pathologische Anatomie. — Tome VII (nouvelle série). — 3e et 4e livraisons. Sur les granulations épithéliales de l'arachnoïde, par *Meyer*. — Remarques sur les affections puerpérales contagieuses, par *Schulten*. — Recherches sur la formation du pus, par *Rindfleisch*. — Recherches sur l'anatomie du limaçon, par *Boettcher*. — Contributions à l'étiologie et à la thérapeutique de la scoliose habituelle, par *Eulenburg*. — Un cas de *cauliflower excrescence* du col de l'utérus; élimination spontanée d'un corps fibreux de l'utérus, par *Ziemssen*. — Résumé de 145 autopsies, par *Büchner*. — Atrophie syphilitique des os du crâne, par *Breslau*.

Deutsche Klinik. — N° 33. Retour de la sensibilité, etc. (suite). — Sur la résection de l'articulation du genou, par *Billroth*. — Clinique, par *Ulrich*. — 34. Diagnostic de la pleurésie avec dilatation des bronches, par *Traube*. — Sur les fonctions de l'étrier et son ankylose dans la fenêtre ovale, par *Voltolin*. — Observations, 1° d'hyperémie spinale, 2° de fièvre larvée, par *Plagge*. — Effets thérapeutiques des bains tièdes locaux prolongés, par *Hagspihl*. — Cas de scarlatine (fin). — 35. Remarques pratiques sur la valeur des inhalations et sur les effets des émanations thermales d'acide carbonique, par *Vogler*. — Fonctions de l'étrier (suite). — 36. Recherches pharmaco-dynamiques sur le *quassia*, par *Hoppe*. — Fonctions de l'étrier (fin). — Les eaux thermales d'Œynhausen, par *Lehmann*. — Nouveau cas d'ostéomalacie, par *Breslau*. — Clinique, par *Ulrich*. — 37. Traitement de l'hydrocèle par l'électro-puncture, par *Lehmann*. — Maladies du cœur (suite). — *Quassia* (suite). — 38. Remarques sur la plique polonaise, par *Le Viseur*. — Remarques sur les hernies inguinales, par *Wimmer*. — Redressement brusque des contractures, par *Küchler*. — Clinique, par *Ulrich*. — 39. Cas de pneumonie lobulaire avec symptômes d'hydrocéphale, par *Leonhardi*. — *Quassia* (suite). — Plique polonaise (suite). — Résection du premier métacarpien, par *Martin*. — Des opérations doubles simultanées ou successives, par *Heyfelder*. — Redressement des contractures (fin). — 40. De la température constante chez les animaux à sang froid, par *Liebermeister*. — Division, diagnostic et pronostic des tumeurs, par *Billroth*. — Appareil pour l'électro-thérapie; diagnostic du diabète, par *Miquel*. — Méningite aiguë idiopathique, par *Schnitzler*. — 41. Division, etc., des tumeurs (suite). — *Quassia* (suite). — Plique polonaise (fin). — Traitement du choléra épidémique par le perchlorure de fer, par *Buchheister*. — 42. Division, etc., des tumeurs (suite). — Maladies du cœur (suite). — Traitement de l'hydrocèle par l'électro-puncture, par *Gerling*.

Journal fuer Kinderkrankheiten. — 5e et 6e livraisons. Anatomie pathologique du choléra infantile, par *Schwartze*. — Du coryza et des plaques muqueuses du nouveau-né, par *Ghabrely*. — Sur les espèces du croup et du spasme laryngé, par *Siebel*. — Hémorrhagie ombilicale des nouveau-nés, par *Grandidier*. — Cas d'opisthotonos chez des enfants hydrocéphales, par *Köhler*. — Traitement du croup par le carbonate de potasse, par *Hellwag*. — 7e et 8e livraisons. Cas intéressant d'une collection purulente énorme dans le ventre d'un enfant, par *Gottschalk*. — Espèces du croup (fin). — Trachéotomie dans le croup d'après les observations des médecins danois.

Livres.

Compendium d'électricité médicale, par le docteur *Henri van Holsbeeck*. In-18 de 511 pages et 3 planches. Paris, F. Savy. 6 fr.

Étude médicale de quelques questions importantes pour la Louisiane, et Exposé succinct d'une endémie paludéenne qui a sévi à la Nouvelle-Orléans en 1858. In-8 de VIII-112 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 17 FÉVRIER 1860. — N° 7.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial, en date du 8 février 1860, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, l'élection que l'Académie impériale de médecine a faite de M. le docteur BRIQUET, pour remplir la place d'académicien devenue vacante dans la section de physique et de chimie médicales, par suite du décès de M. Burdin, est approuvée.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 16 février 1860.

L'*Art médical* : SPIRITISME ET CATHOLICISME. — L'*Abeille médicale* : FIÈVRE DE FOIN. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES HÔPITAUX : CŒUR A DEUX CAVITÉS. — *Gazette médicale de Lisbonne* : MORT PAR LE CHLOROFORME. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON : DE LA PEAU BRONZÉE. — PRESSE MÉDICALE ANGLAISE : CURE RADICALE DE LA HERNIE ; PROCÉDÉS DE WUTZER ET DE WOOD. — M. MIDDELDORPF : FISTULE STOMACALE GUÉRIE PAR UNE OPÉRATION PLASTIQUE.

L'ART MÉDICAL, journal rédigé par des confrères qui se défendent d'être homœopathes (*Gaz. hebd.*, t. III. au *Feuilleton*), et qui n'ont donné à leur *dispensaire* de la paroisse Saint-Laurent la qualification d'*homœopathique* que pour la commodité du langage ou par distraction, l'ART MÉDICAL, par la plume de M. Gabalda, veut bien trouver notre travail sur la doctrine spirite *sensé pour le fond* et d'une *forme piquante*. Avec une chance pareille, il est bien fâcheux pour nous que notre confrère ait été frappé en même temps de la *légèreté* de notre esprit. Nous sommes forcé d'avouer que nous ne saurions, sans injustice, lui adresser le même reproche : il n'y a qu'un menteur qui puisse dire que M. Gabalda a l'esprit léger. S'il s'agissait de sa science, on pourrait voir.

Mais une phrase de notre article lui a particulièrement déplu : « C'est dans le monde catholique, avons-nous dit, que le spiritisme trouve surtout créance. Or, le spiritisme est la négation même du dogme catholique. » Cette expression de *monde catholique* venant après le récit d'expériences faites dans les salons de Paris, ne pouvait prêter à aucune équivoque. M. Gabalda demande pourtant si l'on entend désigner par là les *nations catholiques*. Si on lui parlait du *demi-monde*, il

FEUILLETON.

Géographie des lieux de cure de petit-lait et de raisin, en Allemagne et en Suisse, par le docteur ED. CARRIÈRE (1).

L'Allemagne est encore pour la France un des pays les moins connus et les moins visités, et cependant rien ne lui manque de ce qui peut exciter la curiosité et agir sur l'imagination. Cette vaste surface continentale s'annonce au voyageur pour ce qu'elle est, dès qu'on aborde ses frontières. Les grandes surfaces boisées de la forêt Noire, les sites pittoresques des Ardennes, et l'imposante masse d'eau qui forme le Rhin, préparent le voyageur au spectacle qui l'attend sur l'autre rive du fleuve. Ce sont, en effet, les éléments essentiels dont se compose tout beau paysage en Allemagne. L'eau, représentée par des rivières ou de grands fleuves, des bois séculaires et de magnifiques montagnes, se retrouvent toujours dans les régions qui méritent d'être signalées entre toutes les autres. Au nombre des fleuves, il y a l'Elbe, dont les rives animées présentent l'aspect le plus riant ; le Danube, qui emprunte un caractère imposant et sévère aux montagnes chargées de bois qui le couvrent de leur ombre. Si la Suisse peut être considérée comme faisant partie de l'Allemagne pour la communauté du langage, l'Allemagne s'en rapproche par des ressemblances tirées du caractère du sol. Dans cette partie du continent qui s'étend du Rhin aux Carpathes on ne trouve pas, il est vrai, de glaciers ; mais le pittoresque y est répandu avec une prodigalité rare. Le Tyrol est remarquable pour la coupe hardie de ses montagnes et les roches abruptes qui les composent. Le Saltzbourg n'est pas seulement un pays accidenté, c'est encore une terre couverte de lacs, qui ressemble trait pour trait à la Suisse. En Saxe, enfin, il y a une région où les montagnes, les bois, les habitations même copient si exactement les paysages des Alpes qu'elle s'appelle la Suisse saxonne, et, certes, jamais nom n'a été mieux mérité.

(1) Extrait d'un livre qui va paraître chez M. Victor Masson, et qui porte pour titre : *Les cures de petit-lait et de raisin en Allemagne et en Suisse, dans le traitement des affections chroniques du système digestif, des névroses graves, de la phthisie pulmonaire*, etc.

demanderait de quelle partie du globe il s'agit, de l'hémisphère austral ou de l'hémisphère boréal : « De tout temps, écrit-il, l'Église a condamné les pratiques de la magie. » Et il ajoute : « M. Dechambre ne doit pas ignorer ces principes. » C'est vrai. Aussi instruit en cela que le dernier des clercs ou que M. Gabalda, nous savons que l'Église défend la magie, et nous avons même cité quelque part les monitoires publiés à cette intention par les papes. Mais, à prendre la question en ce sens, notre critique sait-il bien ce qu'il veut dire? Les papes, les conciles ont proscrit les pratiques de la magie, soit; mais *ils y ont cru*, et c'est parce qu'ils y ont cru qu'ils l'ont proscrite. En d'autres termes, l'Église, attribuant les opérations magiques à l'intervention d'esprits malfaisants, ne veut pas qu'on tente ces esprits ni qu'on entretienne commerce avec eux. Elle croit donc au spiritisme, et si elle n'accepte pas la prétendue doctrine qui aujourd'hui se produit sous ce nom, ce n'est pas du tout parce qu'elle a condamné et condamne encore la magie, mais parce que cette doctrine est hérésiarque. Si les esprits qui sont entrés en communication avec les spirites modernes ne leur eussent tenu que des propos orthodoxes, l'Église, qui croit aux bons esprits comme aux mauvais, aux manifestations surnaturelles des premiers comme à celles des seconds, n'aurait pas de bonnes raisons pour récuser, encore moins pour condamner, leur intervention.

L'hérésie de la doctrine moderne, c'est le motif pour lequel nous avons été si surpris de voir des personnes faisant profession de catholicisme prêter une oreille crédule à des entrepreneurs de propagande spiritique et se complaire dans leurs expériences. Il nous avait paru d'une suprême inconséquence, conforme du reste à l'ordinaire frivolité des salons, que de telles personnes acceptassent comme *supérieurs* (c'était le mot du livre que nous analysions) des esprits niant la chute originelle, l'enfer et le paradis. Que nous objecte M. Gabalda? Le fait même que nous établissons, à savoir que le catholicisme contredit et interdit le spiritisme, le fait qui constituait l'inconséquence dont nous nous plaignions. Nous disions : Les catholiques ne peuvent épouser le spiritisme sans trahir leur foi, et notre adversaire réplique : Les catholiques trahiraient leur foi en épousant le spiritisme. C'est aussi profond que cela.

Ce qui suit est de même force. Nous avions, sans aucune prétention à la *formule*, vu dans la pratique du spiritisme les *extrémités du supernaturalisme religieux*. Extrémités de la misère, extrémités des choses humaines (Bossuet), extrémités du supernaturalisme, cela s'entend. Que croyez-vous que va comprendre M. Gabalda? Il comprendra que, dans notre pensée, le spiritisme est l'aboutissant nécessaire de la religion; qu'il en est le développement naturel, la continuation, l'*extrémité*, comme qui dirait la queue : « Il y a le surnaturel divin et le surnaturel diabolique... Les faits de cet ordre (du dernier) ne peuvent être considérés comme les extrémités du premier; ils en sont, au contraire, l'antipode. » Et pour rendre sa pensée plus dogmatique, notre confrère ajoute avec assurance : « Supernaturalisme religieux *ne veut rien dire*, » apparemment parce que les œuvres surnaturelles du démon, tenues pour vraies par l'Église, n'appartiennent pas à la religion.

Franchement M. Gabalda ne nous paraît avoir de vocation ni pour le rôle de père de l'Église, ni pour celui de logicien.

— L'Abeille médicale élève des doutes sur la légitimité du rapprochement établi par nous entre la *fièvre de foin* ou *catarrhe d'été*, et les observations que nous avons empruntées, pour les consigner dans notre avant-dernier numéro (p. 65) à un travail de M. Laforgue (de Toulouse) et à notre propre pratique. « Qu'est-ce qui oblige notre confrère, dit M. Bossu, à considérer comme des cas de *hay-fever* les deux faits qu'il rapporte, s'il n'y voit, et avec raison peut-être, aucune relation de cause à effet entre l'influence des prairies et les phénomènes observés?... Y a-t-il similitude de phénomènes dans les observations publiées par l'Union et par la Gazette, et celle, très détaillée et très explicite, de l'Abeille? » Similitude absolue, identité, ce serait trop dire; mais les affections observées par M. Laforgue ressemblent au catarrhe d'été par les points principaux : par leur apparition constante vers le mois de mai, par leur exacerbation au grand air et au soleil, par le coryza intense, les éternuments incoercibles, la conjonctivite, le catarrhe bronchique, la fièvre, l'agitation nerveuse. Que manque-t-il à ces caractères? Un signe de l'influence des prairies? Rien de plus vrai; mais cette influence, c'est précisément ce qui est à démontrer, ce que M. Phœbus cherche à reconnaître et à préciser. Dire, comme notre honoré collègue de la presse, que là où l'on n'aperçoit « d'autre étiologie que celle bien vague de l'ordre météorologique », il ne faut voir « que le simple catarrhe ou asthme modifié en raison de la constitution régnante ou de l'idiosyncrasie du sujet », n'est-ce pas faire un paralogisme? N'est-ce pas décider que le *hay-fever* est produit par les émanations du foin, quand il s'agit précisément de savoir s'il ne peut pas procéder de causes différentes? Or, nous avons fait remarquer

---

Nous ne citons que les parties du pays qui ont une renommée hors de l'Allemagne; il y a cependant des provinces tout entières qui méritent de la partager. Nous n'en citerons que deux où se trouvent des établissements d'eaux minérales qui occupent le premier rang, ainsi que des stations de petit-lait de quelque importance. L'une, la Bohême, est hérissée de roches magnifiques, et son sol, formé de débris volcaniques, se distingue par une rare fertilité; l'autre, la Styrie, présente dans toute son étendue l'aspect d'un merveilleux jardin, tant est grande la variété des espèces végétales qui en couvrent la surface. On peut comparer sans désavantage à ces deux provinces d'autres régions de l'Allemagne, qui laissent de longs souvenirs dans la mémoire de ceux qui les ont vues : il n'y a qu'à nommer après elles les provinces rhénanes, les bords des plus importants cours d'eau qui fertilisent cette vaste étendue de terrain, la région d'où se tire le sel gemme et où est situé l'établissement si connu d'Ischl, lieux qui répondent à tout ce que la fantaisie peut imaginer de plus riant ou de plus pittoresque. La nature ne fournit pas seule des éléments à ces paysages, qui en reçoivent aussi des œuvres de la main des hommes. Dans cette partie du continent que n'ont pas bouleversée les révolutions, les souvenirs sont encore debout avec les monuments qui les représentent; on se trouve en pleine histoire en présence de ces villes, qui ont conservé leurs vieilles murailles et leurs édifices d'autrefois, en présence de ces châteaux ou de ces cloîtres que l'on voit apparaître fréquemment sur son chemin, quelle que soit la partie de l'Allemagne que l'on visite. C'est quelque chose, c'est beaucoup pour un malade, qui a besoin d'oublier tout souci pour commencer une cure et la voir réussir; c'est beaucoup pour son bien-être de se trouver au milieu de scènes qui lui sont nouvelles, et peuvent créer en lui de favorables dispositions par les impressions qu'elles entretiennent sur son esprit.

Nous l'avons déjà dit, les stations de petit-lait sont très nombreuses sur le sol allemand, et tendent toujours à s'accroître. Il n'y a pas de saison qui n'en voie surgir de nouvelles, surtout dans le voisinage des grandes villes. Lersch, en ne comptant que les plus fréquentées, en trouvait plus de 300, en y comprenant celles

que, suivant M. Phœbus lui-même, cette affection débute ordinairement au mois de mai, ou au plus tard au commencement de juin. Chez le sujet même dont l'ABEILLE a rapporté l'histoire, elle se montrait « vers la lune de mai. » Est-ce là une époque de l'année où le foin soit en état d'affecter sérieusement l'économie? Puis, c'est une question de savoir, pour ceux mêmes qui ont étudié spécialement la maladie, si celle-ci ne frappe pas plus souvent sur la classe aisée des villes que sur celle des campagnes? Quelle est, de ces deux classes, celle qui hante le plus les prairies?

On voudra bien remarquer que nous ne prenons point de parti dans la question. Nous ne contestons pas absolument l'influence des herbes fourragères; nous doutons seulement, jusqu'à plus ample informé, que ce qu'on lui attribue ne dépende pas purement et simplement des circonstances météorologiques, ou tout au moins que, si cette influence existe, elle soit la cause exclusive du catarrhe d'été.

— M. Charles Bernard a dernièrement entretenu la *Société de médecine des hôpitaux* d'une anomalie du cœur des plus intéressantes, dont il vient d'observer un exemple chez un enfant de son service.

Cet enfant, né le 4 janvier, fut pris de muguet le 27 du même mois et mourut de cette maladie le 2 février sans avoir offert de troubles notables dans la circulation. C'est par hasard, et après avoir déjà divisé les vaisseaux et ouvert l'oreillette, que l'on reconnut un vice de conformation du cœur; aussi n'a-t-on recueilli qu'une observation incomplète en beaucoup de points.

Le cœur n'a que deux cavités : une oreillette et un ventricule; un seul vaisseau, l'aorte probablement, part du ventricule vers sa partie antérieure et droite; on ne retrouve pas sur l'oreillette, tant elle est mutilée, l'embouchure des veines qui y aboutissent; il a été également impossible de reconnaître l'état de l'artère pulmonaire et du canal artériel. (Cette observation sera publiée prochainement par M. Guibert.)

Les vices de conformations ont donné lieu à plusieurs travaux importants. Tout le monde connait le mémoire publié par M. Thore dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, ainsi que les thèses de MM. Deguise et Pize; mais peut-être connaît-on moins l'opuscule où un médecin très distingué de Londres, M. Peacock, a réuni 101 cas d'anomalies du cœur, y compris quelques faits observés par lui-même (*On Malformations of the Human Heart, with Original Cases.* London, 1858). Parmi ces cas se trouve celui d'un homme qui vécut *jusqu'à l'âge de 34 ans*, avec un cœur formé d'un ventricule et de deux oreillettes communiquant largement entre elles. Ceux que ce sujet intéresse trouveront dans cette monographie un exposé des symptômes corrélatifs aux divers vices de conformation, et des aperçus propres à l'auteur sur l'interprétation de ces symptômes, plus particulièrement de la cyanose, ainsi que sur la genèse de quelques-unes des anomalies.

— Un cas de mort par le chloroforme est annoncé par M. Barbosa, dans la GAZETTE MÉDICALE DE LISBONNE. La chloroformisation avait été pratiquée pour rendre plus commode l'extraction de deux petits kystes occupant la paupière supérieure droite, près de l'angle externe. L'inhalation avait eu lieu lentement, et l'on avait employé environ 8 grammes de liqueur anesthésique, versée par petites portions sur un linge qu'on approchait de la bouche à la distance de 2 centimètres. Le sujet était couché dans la position horizontale. A l'autopsie, 4 grammes furent trouvés congestionnés, et enchymosés en plusieurs autres par places. Les grands troncs veineux étaient remplis de sang; le ventricule droit du cœur contenait des caillots; les autres cavités étaient vides et la dimension normale.

—M. le docteur Chavanne, dans son très intéressant travail lu à la *Société de médecine de Lyon*, et publié par la GAZETTE MÉDICALE de la même ville (n^os du 16 janvier et du 1er février), a rassemblé toutes les observations de *peau bronzée* qu'il a pu rencontrer dans les principaux organes de la presse médicale. Ces observations sont au nombre de cinquante-cinq. En en retranchant celles où manque le résultat de l'autopsie, il en reste quarante-quatre qui peuvent être divisées en trois catégories, de la manière suivante :

1° *Peau bronzée avec altération des capsules surrénales.* Ces cas sont au nombre de trente-quatre (1). Chez tous on retrouve les symptômes principaux de la maladie, quoique, sur le plus grand nombre, des complications variées soient venues les obscurcir. Dans quelques cas, la mort est attribuable à l'une ou l'autre de ces complications (pneumonies intercurrentes, phthisies avancées, ramollissements des centres nerveux). Deux fois la coloration anormale de la peau a été légère, et dans ces deux cas, la marche de la maladie a été relativement rapide.

2° *Altérations des capsules surrénales sans peau bronzée.* M. Chavanne a réuni six faits de ce genre. Trois d'entre eux,

(1) Trois de ces cas ont été observés à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et publiés par MM. Gromier, Gubian et Frêne.

de la Suisse; aujourd'hui ce chiffre a presque doublé. Dans tous les cas, nous suivrons son exemple, nous choisirons. Ce serait fatiguer le lecteur que de donner dans ces pages un long et minutieux relevé de tous ces établissements, dont un grand nombre ne présentent pas encore les conditions indispensables pour y faire de bonnes cures.

Le docteur Helfft groupe les principales stations qu'il cite en deux catégories : celles qui appartiennent au midi de l'Allemagne, et celles qui appartiennent au nord. Cette classification pourrait, dans un autre pays que celui-là, être en même temps un moyen d'appréciation climatologique. C'est différent dans cette partie de l'Europe continentale. Comme nous l'avons dit précédemment, il y a des parties de l'Allemagne qui ressemblent à la Suisse pour les lacs, pour les montagnes, pour les neiges. Ces parties appartiennent au nord comme au midi; de sorte que, dans les méridionales, il y a des régions très froides, et dans les septentrionales des régions tempérées. La division adoptée par Helfft n'est donc qu'un moyen d'ordre dans l'énumération des stations, et rien de plus.

Dans les stations septentrionales, se place en première ligne Rehburg, situé dans le Hanovre. C'est une belle vallée ombragée par des bois, protégée par de hautes montagnes, où l'atmosphère est fraîche sans être jamais agitée par des vents violents. C'est du petit-lait de chèvre qu'on y distribue. Il faut que cette station soit une des plus fréquentées, puisqu'elle a été l'objet d'un grand nombre de monographies, en tête desquelles se place le travail du docteur Beneke, travail à part, comme on sait, et où la question a été prise de haut, mais qui se termine par une courte appréciation des avantages qu'offre la station de Rehburg. Liebenstein, dans la principauté de Saxe-Meiningen, mérite aussi d'être signalé; le climat y est doux, l'air salubre, le petit-lait bon. Rosenau, en Moravie, est encore une station qui réunit à la salubrité du lieu l'agrément du paysage; le petit-lait qu'on y trouve a une certaine renommée. Liebwerda, en Bohême, établissement du voisinage de Flinsberg, forme une station hydrologique connue pour ses eaux alcalines et ses eaux ferrugineuses; on y fait la double cure : celle par les eaux minérales et celle par le petit-lait. Schlangenbad, dans le duché de Nassau, est un des lieux les plus agréables de ceux qui

où le résultat de l'autopsie est indiqué en détail (1), offraient des capsules incomplétement dégénérées; dans tous on a retrouvé une certaine quantité du tissu normal de la glande. Presque toujours les malades sont morts de lésions d'autres organes (cancer et dépôts tuberculeux multiples, etc.)

3° *Peau bronzée sans altération des capsules surrénales.* Cinq observations ont été publiées sous ce titre. Trois fois on a constaté à l'autopsie des altérations graves du foie et en même temps d'autres lésions (ulcères des gros intestins) capables, suivant l'auteur, d'expliquer et la coloration morbide de la peau et la débilité profonde; comme c'est, du reste, l'opinion de M. le docteur Vernay, auteur d'une de ces observations (*Gazette médicale de Lyon*, 1857, p. 365) (2). Dans le quatrième cas (Stoane, *Medical Times and Gazette*, 29 août 1857), il s'agit d'un homme mort de phthisie pulmonaire. La coloration en apparence bronzée de la peau, avait succédé à un ictère grave; à l'autopsie il n'est pas question du foie. Les capsules qui sont déclarées saines, ont des dimensions assez considérables (5 à 6 centimètres de longueur, sur 2 et demi de large). Enfin, le cinquième cas, rapporté par M. Kent Spender (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 774) est celui d'une femme de cinquante-quatre ans, morte avec tous les symptômes de la maladie bronzée, et chez laquelle manquaient entièrement les capsules surrénales.

En présence de ces faits, nous sommes un peu moins rassuré que l'auteur à l'égard de la doctrine de M. Addison. Non pas que nous regardions cette doctrine comme actuellement ruinée; nous pouvons même ajouter que les journaux de médecine français, où l'auteur a évidemment recueilli ses matériaux, sont loin de reproduire tous les cas de *peau bronzée avec lésion des capsules*, enregistrés par la presse anglo-américaine. L'un des derniers numéros du MEDICAL TIMES (28 janvier) en publiait même un exemple remarquable, en ce que le dépôt pigmentaire était des plus prononcés et que l'altération des capsules (envahies par des tubercules ramollis) était également profonde. Mais si l'on peut rappeler, avec M. Chavanne, que M. Charcot a constaté au microscope, dans des capsules jugées saines au premier aspect, une dégénérescence graisseuse de leurs éléments glandulaires (*Gaz. hebd.*, 1857, p. 737); si l'on peut supposer que les vrais caractères de la cachexie d'Addison faisaient défaut dans des cas de coloration cutanée où les capsules étaient saines, on peut présumer aussi une erreur semblable dans des cas où les capsules ont été trouvées altérées. Nous craignons bien aussi que des observateurs peu familiers avec l'anatomie normale des capsules ne les aient déclarées malades quand elles étaient saines. Enfin, bien que nous ayons nous-même indiqué le biais par lequel le cas de M. Kent Spender pourraît être ramené à la doctrine d'Addison, en ouvrant l'hypothèse d'une atrophie morbide, nous ne pouvons dissimuler que les apparences soient ici en faveur d'une absence congénitale. Et si l'on objecte que ce vice de conformation a pu être une disposition favorable, loin d'être contraire, à la production de la maladie cutanée, nous rappellerons cet autre cas d'absence congénitale des capsules rapporté par M. Martini (*Glasgow Medical Journal*, juillet 1857), et où la peau n'avait présenté aucune coloration particulière.

C'est, en somme, une question qui ne nous paraît pas encore tranchée définitivement.

— Nous avons eu plusieurs fois occasion d'entretenir nos lecteurs de l'opération de Wützer (de Bonn) pour la cure radicale de la hernie (voir notamment t. IV, p. 11 et 191). On sait en quoi consiste ce procédé, qui dérive de celui de Gerdy, et qui a engendré à son tour le procédé de M. Maisonneuve, celui de M. Valette, et cinq ou six autres. On invagine la peau dans le canal à l'aide d'une baguette en buis ou en ivoire, à travers laquelle on fait passer une aiguille, qui traverse la paroi externe du canal. Une plaque de bois, placée sur l'abdomen et percée de deux trous, reçoit dans l'une l'extrémité de l'aiguille, et dans l'autre une vis, dont est munie la baguette invaginatrice. Cette vis étant alors maintenue par un écrou, la peau reste refoulée dans le canal, où on la laisse jusqu'à ce que des adhérences solides se soient établies entre les deux portions de peau transpercées, c'est-à-dire entre le fond de l'infundibulum et le point correspondant des téguments de l'abdomen. Les journaux anglais enregistrent fréquemment des observations de guérison par ce procédé; mais la plupart d'entre elles manquent d'une chose essentielle : le contrôle du temps. Néanmoins, elles sont de nature à accroître la confiance que mérite déjà, dans une assez grande mesure, l'opération de Wützer. Cette opération a été assez souvent pratiquée déjà pour qu'on en puisse apprécier les résultats avec quelque sécurité. M. Rothmund, dans un travail publié en 1853 (*Ueber Radical-Operation beweglicher Leis-*

(1) Letenneur, *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, t. XXXIII, p. 341. — Ferréol, *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 611. — Ogle, *Société de pathologie de Londres.*

(2) Les deux autres cas appartiennent à M. Puech (*Gazette hebdomadaire*, 3 octobre 1856).

---

sont consacrés, dans la région du nord, à la cure séro-lactée. Situé au pied du Taunus et dans une vallée bien cultivée, il est ouvert aux influences méridionales et abrité contre les vents froids. Cette station se distingue par deux conditions très favorables aux malades : le climat n'a pas ces transitions brusques et fréquentes qui affectent violemment les organisations impressionnables, et puis le petit-lait ressemble, par l'arome dont il est parfumé, au meilleur de ceux qu'on va boire dans les stations les plus en renom des prairies alpestres.

Le docteur Helfft signale dans les régions méridionales les stations suivantes : c'est d'abord Baden-Baden, qui pour nous est placé au nord-est, et qui est connu de la France pour son voisinage des bords du Rhin. Vallée bien abritée, climat doux, promenades agréables, bon petit-lait, eaux minérales actives, et principalement eaux chloro-sodées, qui se prennent en mélange avec l'eau minérale organique : voilà les ressources et les avantages qu'y trouvent les malades, aux confins de la France et aux portes de l'Allemagne. Badenweiler, dans le Haut-Brisgau, est une station où l'air est tonique et même excitant. Son séjour ne convient pas à tous les malades; il peut produire d'excellents effets sur les anémiques et les convalescents s'ils aident la cure de petit-lait avec des eaux minérales appropriées. Gleisweiler, près Landau et sur la chute du Rhin, est protégé par la montagne du Diable contre les influences qui soufflent de la mer du Nord; le climat y est doux, et la vallée où est située la station se distingue par une végétation magnifique. Beuron, dans la principauté de Hohenzollern-Sigmaringen, est pittoresquement placé sur les bords du grand fleuve qui coupe l'Allemagne en diagonale et va se perdre dans la mer Noire. Les sites du Danube ne ressemblent pas à ceux du Rhin; ils sont plus sévères, et conviennent aux esprits qui aiment les grandes scènes de la nature. Le climat y est agréable et doux; parce que des montagnes s'opposent à l'influence directe des vents de température froide. La Bavière a de nombreuses stations de petit-lait; mais l'une des plus importantes à plus d'un titre, c'est celle qui est située non loin de ses frontières, et forme l'un des établissements les plus fréquentés de l'empire autrichien.

tenbrüche, Munich), et sur lequel M. Broca a fait, le 23 octobre 1854, un rapport à la Société de chirurgie, en avait déjà pu réunir 140 cas. Or, sur ce nombre considérable, le résultat n'a été nul que 6 fois, 4 fois il y a eu seulement amélioration; 13 récidives ont été constatées. Restent 117 *guérisons*, dont un grand nombre ont été constatées un an et plus après l'opération.

Du reste, ce n'est pas pour recommander le procédé de Wützer que nous en parlons ici, mais pour appeler l'attention sur des modifications dont il a été successivement l'objet dans ces derniers temps.

La première est de M. Wood, de *King's College Hospital*, et cette modification, les Anglais, qui se plaisent à attacher le nom des inventeurs à leurs découvertes, et à qui l'on doit la *maladie de Bright*, la *maladie d'Addison*, la *maladie de Cruveilhier* (atrophie musculaire progressive), etc., l'appellent résolument l'*opération de Wood*. La hernie étant réduite, on incise la peau du scrotum parallèlement à l'épine du pubis et un peu au-dessous d'elle; puis on sépare le tissu cutané du *fascia superficialis*, et avec le doigt introduit dans la plaie on refoule le fascia dans l'anneau externe. Le long de ce doigt, on porte une forte aiguille armée d'une ligature, et l'on passe dans les bords de l'anneau des fils dont on fait ressortir les extrémités par le même point de la peau, pour les nouer sur un morceau de bois placé au-devant du canal.

Le Medical Times, dans son numéro du 4 février, relate deux opérations faites selon le procédé de Wood, l'une par M. Curling, l'autre par M. Ferguson, avec cette différence que les bords du canal n'ont été coaptés que par une seule ligature, tandis que M. Wood les traverse en trois endroits, de manière à rendre le rapprochement plus complet.

The Lancet rapporte également une opération pratiquée par M. H. Lee; mais ce chirurgien n'a pas incisé et détaché la peau; il l'a invaginée comme dans le procédé de Wützer, puis transpercée en même temps que les deux piliers. L'aiguille, armée d'un fil, a été portée dans l'infundibulum, poussée à travers le pilier externe, et retirée en laissant libre l'extrémité externe de la ligature. L'autre extrémité ayant été passée ensuite à travers le pilier interne, les deux chefs ont été noués en avant.

Le malade de M. Ferguson a succombé à la péritonite; les deux autres ont guéri, du moins la hernie était restée réduite quand les sujets ont quitté l'hôpital.

Il y a bien encore une modification de procédé de Wützer, récemment proposée en Angleterre. Il s'agit d'une petite machine très ingénieusement compliquée, dont l'inventeur est M. Fourneaux-Jourdan. Nous en parlerons quelque autre jour.

Nous ne connaissons pas l'ensemble des résultats donnés jusqu'ici par le procédé de Wood. Quelques chirurgiens anglais le vantent beaucoup. Employé dans sa pureté ou légèrement modifié, comme on l'a vu, il a ceci de commun avec le procédé de Gerdy et avec celui de Wützer qu'il tend aussi, non pas seulement à fermer l'anneau externe, mais à oblitérer le canal. Il repose donc sur un bon principe. Mais, au fond, ce n'est qu'un procédé de suture sous-cutanée, analogue à la ligature sous-cutanée des varices; et il semble, *à priori*, que la non-invagination de la peau doive lui créer une infériorité sur l'opération de Wützer.

En second lieu, la plaie scrotale communiquait plus ou moins avec le conduit à oblitérer, et, pouvant y amener l'air, ne peut-elle devenir la cause éloignée d'une inflammation suppurative de ce conduit, et, par continuité, donner lieu à une péritonite? On a vu que l'opéré de M. Ferguson a succombé à cette affection.

— Il y a deux ans environ, nous avons déjà rapporté dans ce journal une opération remarquable de polype de l'œsophage, pratiquée avec succès par M. Middeldorpf, l'un des chirurgiens les plus distingués et les plus laborieux de l'Allemagne. Nous recevons de la même source un nouveau fait, non moins intéressant, et qui constitue, à notre connaissance, le premier cas de succès authentique de guérison de fistule stomacale par l'anaplastie. (Voy. au *Bull. des livres*, p. 112.)

Le sujet était une femme de quarante-sept ans, et la maladie, qui datait de la jeunesse, reconnaissait pour cause première une contusion de l'hypochondre gauche; des douleurs très vives se montrèrent dans cette région depuis la vingtième jusqu'à la trente-deuxième année; une nouvelle contusion fit apparaître alors, au niveau des cartilages costaux, une tumeur qui, petite au début, grossit pendant huit ans et se termina par un abcès. Celui-ci s'ouvrit vingt ans après le début des douleurs; une fistule stomacale s'ensuivit. On fit d'abord le traitement palliatif avec des bandages, puis enfin, en 1857, on tenta une opération plastique pour obtenir la cure radicale. Au bout de treize jours, rien ne sortait plus par la plaie, qui resta fermée depuis le trente-cinquième jour après l'opération jusqu'au soixante-neuvième. A cette époque, les douleurs reparurent, et un pertuis très ténu se montra au point où existait auparavant la fistule. On en obtint l'occlusion avec la pierre infernale. A la fin du traitement, il restait une ouverture très étroite qu'on bouchait très aisément avec un petit emplâtre. Les douleurs cessèrent et l'état général de la malade s'améliora.

On nous a peut-être déjà compris, car qui ne connaît Ischl, même en France! Le pays auquel il appartient est une Suisse, avons-nous dit, avec ses montagnes élevées, ses rochers abruptes, ses forêts séculaires et ses lacs; c'est, de plus, un sol à sel gemme, où le chlorure sodique se prépare en grand, et où se fait la cure des eaux salées. Le climat est tempéré, troublé quelquefois par des vicissitudes, mais beau en général pendant les trois mois d'été. Le petit-lait s'y consomme en larges proportions; il y en a de toute espèce, principalement du petit-lait de brebis, qu'on prescrit de préférence contre la phthisie pulmonaire. Vienne est encore une station de petit-lait, mais une station où il est transporté du dehors, et qui a l'avantage de fournir pendant l'hiver ce remède aux malades d'une ville où la tuberculose exerce de grands ravages. Aux alentours de cette capitale les stations se multiplient : Klosterneubourg, Voslau, Baden près Vienne surtout sont des contrées où les cures de petit-lait fixent une nombreuse clientèle. J'ai assisté souvent à Baden à la distribution du matin, qui se fait sous un spacieux portique placé au milieu de beaux ombrages, et j'ai pu remarquer, à l'expression pathologique peinte sur les visages des buveurs, combien de phthisiques avaient recours à ce moyen réputé salutaire.

Nous reprenons Helfft, que nous avions un moment abandonné, pour ajouter à ce qu'il ne dit pas, car les stations sont nombreuses en Allemagne. La Hongrie possède plusieurs établissements de petit-lait; mais le plus considérable et le plus fréquenté c'est Fured, sur le lac Balaton. Malgré sa situation continentale, ce lieu n'est pas défavorable, même à la phthisie; la campagne est agréable, le lac a de belles eaux, le petit-lait est bon. Aux avantages de la cure, les malades pour qui la marche est pénible trouvent une ressource excellente, pour l'esprit comme pour le corps, dans la promenade sur le lac. N'oublions pas Achselsmanstein, dans le Salzburg, et non loin d'Ischl, qui mérite d'autant moins d'être passé sous silence que l'air qu'on y respire est réputé très bon dans la tuberculose; c'est même une station à signaler. Nous ne quittons pas l'empire autrichien en franchissant le Sœmmering et en pénétrant dans la Styrie, cette province séparée du Tyrol par les

Tel est le sommaire de l'observation remarquable que M. Middeldorpf rapporte avec les détails les plus circonstanciés. Mais le mémoire contient de plus un résumé complet de l'histoire des fistules stomacales, tant au point de vue nosographique, qu'au point de vue thérapeutique.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires, par Boinet, membre de la Société de chirurgie.

(Suite. — Voir les numéros 1 et 5.)

L'observation qui précède nous a suggéré les réflexions suivantes :

Chez cette jeune fille, ceux qui prononcèrent qu'il y avait probablement grossesse et qu'il fallait attendre, s'appuyèrent sans doute sur la suppression des règles depuis plusieurs mois, sur le développement uniforme et rapide du ventre, à la suite de cette suppression, sans aucun trouble des fonctions, sur l'absence de douleurs dans cette cavité, sur la fraîcheur, sur la santé si belle de cette jeune fille, sur son âge, enfin sur l'idée qu'elle pouvait avoir quelque intérêt à cacher sa grossesse, etc.; d'autres crurent qu'il y avait grossesse extra-utérine. Ceux-ci se fondaient d'abord sur toutes les raisons énumérées plus haut, ensuite sur ce qu'il existait de la matité dans le flanc gauche, sur la douleur qu'y déterminait la pression, sur l'état normal du col de l'utérus, enfin sur l'absence de tout phénomène physiologique du côté des mamelles. La sonorité remarquable qui existait dans tout le côté droit du ventre, jointe aux signes précédemment décrits, fit penser qu'il existait une grossesse compliquée de la mort du fœtus, dont la décomposition avait donné naissance à un épanchement enkysté, à des gaz, et par conséquent à l'intumescence du ventre et à la tympanite.

Ces raisons, de part et d'autre, n'étaient pas tout à fait sans fondement, mais ils ne devaient, ni les uns ni les autres, en conclure ce qu'ils en concluaient, parce qu'il y a des jeunes filles ou des jeunes femmes qui peuvent avoir un gros ventre, une suppression des règles, offrir en apparence tous les signes de la grossesse sans être enceintes. La rétention des règles, l'hématocèle rétro-utérine, l'hydropisie ascite ou enkystée, la tympanite, les tumeurs développées dans les ovaires ou le bassin, etc., nous en offrent d'assez fréquents exemples. Ces affections peuvent se présenter avec le plus grand nombre des signes de la grossesse. Ce n'est donc point le développement du ventre ni sa forme, la cessation des règles qui caractérisent la grossesse, ce n'est pas non plus l'âge de la personne ni les rapports sexuels qu'elle a pu avoir, puisqu'on en rencontre qui offrent toutes ces conditions, sans qu'on soit pour cela en droit de conclure que c'est une grossesse. Toutes les circonstances que je viens d'énumérer doivent bien, à la vérité, se rencontrer dans la grossesse, mais l'absence des circonstances suivantes devait rendre plus circonspect dans le jugement que l'on avait à porter :

1° L'idée d'une grossesse, au moins d'une grossesse normale, devait être rejetée, puisqu'en touchant le col, on ne le trouvait point effacé, comme il aurait dû l'être dans une grossesse de sept ou huit mois : au contraire, il était long d'un pouce à peu près, son ouverture était resserrée, les seins n'avaient éprouvé aucun changement;

2° En touchant la malade, placée sur les genoux, on ne sent pas le ballottement qui accompagnerait la grossesse, et l'utérus ne paraît pas avoir acquis un plus grand développement;

3° Par le rectum, on sent la matrice dans sa position ordinaire, son volume ne paraît pas augmenté;

4° Le défaut de mouvements perceptibles du fœtus, s'il y en avait un de sept ou huit mois. En effet, jamais la malade n'a ressenti aucun mouvement ni battement dans le ventre, et l'auscultation ne fait entendre ni bruit circulatoire placentaire ou autre.

Était-ce une grossesse compliquée de la mort du fœtus? Mais l'absence de symptômes généraux, l'état de santé de la malade, sa fraîcheur, son embonpoint, l'état de l'utérus, sa position, etc., doivent faire rejeter cette opinion.

Il était tout à fait impossible de croire à la rétention des règles dans l'utérus, à l'existence d'un polype, d'un corps fibreux, d'un mole ou d'un faux germe, puisque l'utérus avait son volume normal, qu'il n'avait pas changé de position. Du reste, l'introduction d'une sonde de femme dans la cavité utérine avait levé tous les doutes, en même temps qu'elle avait démontré qu'il n'y avait ni hydrométrie ni tympanite utérine ; dans ces cas d'ailleurs, il y a toujours une altération si profonde de la santé, que la méprise devient, par cela même, presque impossible, quand on y réfléchit un peu. Ainsi, il était donc bien évident que le siége de la maladie n'était pas dans l'utérus.

Il me reste à examiner maintenant si ce développement du ventre était dû à une accumulation de matières fécales ou à toute autre tumeur de l'abdomen, à une hématocèle rétro-utérine, à une tumeur fibreuse ou squirrheuse, à une tympanite, ou enfin à une hydropisie enkystée de l'ovaire.

Le diagnostic porté par Récamier pouvait-il être admis, un amas de matières fécales dans l'intestin. La régularité des selles chez cette jeune fille, qui avaient lieu toutes les vingt-quatre heures au moins une fois, souvent deux fois, l'état des matières fécales, qui n'indiquaient ni de la constipation, ni de la diarrhée ; l'absence de coliques, la régularité des digestions, l'absence dans la région iliaque gauche de dureté, de bosselures, d'inégalités causées par

---

Alpes noriques. Il y a là aussi des établissements de petit-lait qui sont en même temps des stations importantes d'eaux minérales, comme Neuhaus, Röhitsch et Gleichemberg. La Styrie ressemble, pour la beauté de sa végétation et la richesse de ses produits, à notre province de Normandie ; elle a, de plus, d'imposantes forêts de belles montagnes. Si son climat est rude pendant l'hiver, elle a des mois de beau soleil et de douce chaleur pendant l'été. N'est-ce pas assez pour y appeler les malades ? Mais, pour atteindre la station méridionale qui mérite la faveur publique entre toutes les autres, il faut s'engager dans les Alpes même, et se placer en vue de l'Italie, dont les campagnes commencent au pied de cette gigantesque barrière granitique. Là sont situés Minden, Bossen ; mais ni l'une ni l'autre de ces deux stations n'égale Méran.

Qu'est-ce que c'est que Méran ? se demandent peut-être ceux qui lisent ce nom, et qui peuvent ne l'avoir aperçu que pour la première fois. Ce n'est pas seulement un lieu de cure de petit-lait, où ce produit présente une qualité supérieure, c'est encore une station estimée pour la cure de raisin ; c'est enfin une station de climat très célèbre en Allemagne, connue jusqu'au fond de la Russie, et qui se peuple pendant l'hiver de nombreux malades. Voilà en quoi consistent les stations principales du petit-lait qui appartiennent à la région méridionale ou occidento-méridionale de l'Allemagne. Cette région n'est pas la moins bien partagée.

Pour clore ce rapide aperçu géographique des stations qui appartiennent en propre au continent allemand, il ne reste plus qu'à signaler cette lisière de montagnes qui sert de limite au territoire dans sa région orientale. Il s'agit des Carpathes, cette chaîne de montagnes peu visitée et peu connue. Sur les plateaux qu'ils supportent, s'étendent de belles prairies bordées par de grands bois, au milieu desquelles vivent des populations de bergers, qui se nourrissent des produits de leurs troupeaux, et fabriquent un petit-lait excellent. A ceux qui ne craignent pas la fatigue d'un long voyage, qui ont assez de santé pour ne pas souffrir d'un séjour dans les montagnes, où ils ne trouveront pas le luxe et le confort des hôtelleries de la Suisse ; à ceux-là je dirai : Allez aux Car-

les matières fécales accumulées et durcies dans l'intestin, l'examen du rectum, etc., devaient faire abandonner cette idée.

J'ignore sur quelles raisons se fondait M. Jobert pour dire que ce pouvait être une tumeur résultant d'un épanchement sanguin qui se serait organisé dans l'abdomen. Rien dans les renseignements commémoratifs ne pouvait appuyer cette opinion. Pouvait-on plutôt croire à une hématocèle rétro-utérine ? Chez cette jeune fille les règles s'étaient arrêtées subitement à la suite d'une émotion vive, et une douleur assez forte à la pression seulement se faisait sentir dans la région iliaque gauche. Mais la marche de la maladie n'avait pas été celle de l'hématocèle ; au début, il n'y avait eu ni nausées, ni vomissements, ni frissons et fièvre intense, ni décoloration de la peau ; la douleur éprouvée par cette jeune fille ne se manifestait que par une pression assez forte : elle ne ressemblait ni à des coliques, ni à ces douleurs expulsives qui ont lieu dans les hématocèles rétro-utérines, et la consistance de la tumeur qui était molle, rénitente, n'offrait pas ces bosselures, ces reliefs, ces noyaux durs que l'on rencontre dans l'hématocèle ancienne. Le toucher eût indiqué une tumeur placée à la partie postérieure de l'utérus, plus ou moins fluctuante et séparée du doigt par les parois du vagin. Il n'y avait aucun trouble dans les voies digestives, point de constipation. En résumé, le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine repose sur l'abondance du flux menstruel, la marche rapide des accidents, leur ressemblance avec ceux d'une péritonite, le développement énorme et rapide de la tumeur, l'état anémique presque instantané, la projection du col utérin en avant, la présence d'une tumeur rétro-utérine et le caractère des douleurs, que les malades comparent aux douleurs de l'accouchement. Rien de semblable n'a été observé chez cette jeune fille, dont le début de la maladie a été si insidieux qu'elle n'a pu l'indiquer.

Pouvait-on supposer une tumeur fibreuse ou squirrheuse ? Le caractère de mollesse, d'élasticité, de rénitence, de même que l'âge de la malade, devait faire écarter la première de ces affections. Quant à la seconde, il était impossible d'y songer en tenant compte de la marche de la maladie, de la santé si florissante de cette jeune fille, et de l'étude de tous les symptômes qu'elle présentait.

Reste donc une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche. C'est cette maladie que Blandin avait diagnostiquée à cause de la matité de la région iliaque gauche, de la douleur qu'on déterminait dans ce point par la pression. L'âge de la malade, l'état de sa santé générale, la marche de la maladie, étaient les raisons qu'il donnait, sans vouloir cependant affirmer son diagnostic. En suivant la méthode d'exclusion, on arrive à cette maladie, à l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et c'était, en effet, celle qui existait. Il y avait matité dans la région iliaque gauche, douleur à la pression, rénitence et élasticité dans le point où existait de la matité, sonorité très prononcée dans le flanc droit, intumescence du ventre, etc. Ce dernier signe ne pouvait avoir une valeur bien grande, car le développement uniforme, symétrique du ventre n'a lieu le plus souvent que lorsque l'affection est ancienne ; alors la fluctuation devient sensible. Dans l'hydropisie enkystée ou tout autre tumeur accidentelle, le changement qu'elles apportent dans la forme de l'abdomen est local, du moins pendant un certain temps ; mais la malade assurait n'avoir jamais remarqué de tuméfaction, d'un côté ou de l'autre, à aucune époque. Ici, on n'avait pas tenu assez compte d'un phénomène qu'on observe chez les jeunes filles ou jeunes femmes qui n'ont jamais eu d'enfants et qui sont atteintes de kystes de l'ovaire ; c'est que la tumeur, en même temps qu'elle se développait dans la fosse iliaque gauche, refoulait le paquet intestinal qui remplissait la fosse iliaque droite, de telle sorte que tout l'abdomen était également tendu et présentait un développement uniforme symétrique et une sonorité très prononcée à droite. Chez cette jeune fille, le toucher ne fournissait aucune indication. Quand le kyste est un peu considérable, le fond de la matrice est entraîné, enlevé par le kyste et s'incline de son côté ; le museau de tanche répond alors au côté opposé : mais si je pense qu'il existait un kyste de l'ovaire, c'est à cause de la marche de la maladie, de la matité dans le côté gauche, de la douleur à la pression, de la sensation d'eau, que la malade disait sentir dans son ventre, et de l'absence des phénomènes caractéristiques des autres maladies que j'ai passées en revue.

On aurait pu encore soupçonner une tumeur hydatique, développée dans le ventre ; j'en connais plusieurs exemples. En 1837, la femme d'un architecte, âgée de vingt-huit ans, et ayant eu un accouchement heureux, vint me consulter pour une douleur qu'elle ressentait dans le côté gauche, au-dessous des fausses côtes. En l'examinant, je reconnus l'existence d'une tumeur globuleuse, non adhérente aux parois abdominales, médiocrement mobile, peu douloureuse à la pression, assez profondément située et du volume des deux poings. On pouvait croire à une grossesse extra-utérine, à une tumeur ovarique ou à une accumulation de matières fécales. Mon ami, M. le professeur Nélaton, l'examina plusieurs fois avec moi sans jamais pouvoir se prononcer sur la nature de cette tumeur. Après un mois d'examen attentif, nous n'étions pas plus avancés sur le diagnostic que le premier jour, lorsque la sortie par les selles de nombreuses hydatides, l'affaissement et la disparition de la tumeur, vinrent nous apprendre quelle était sa nature.

L'exemple suivant est un kyste multiloculaire pris pour une grossesse :

Il s'agit d'une dame de trente-neuf à quarante ans, n'ayant jamais eu d'enfants, mais désirant beaucoup en avoir ; son ventre se développait progressivement, en même temps que les règles cessaient de paraître. Un premier médecin est consulté, puis un second : tous deux pensent, probablement d'après le récit de la malade et le développement du ventre, qu'il y a grossesse. L'époque de l'accouchement arrive ; on appelle le médecin : il examine la malade et annonce que déjà l'accouchement ne peut tarder. Tout l'annonce : elle éprouve dans le flanc droit et dans le bas-ventre des douleurs assez vives ; c'est le commencement du travail. On attend huit jours, quinze jours, et cet accouchement ne se termine

---

pathes, si vous voulez faire un traitement de bains de petit-lait, car c'est là que vous aurez en abondance un remède pur de tout ingrédient qui en diminuerait la puissance.

Parmi les auteurs allemands, Helfft, qui nous a principalement servi de guide, traite surtout des établissements situés en Allemagne. Lersch nous parlera avec plus de détail de la Suisse, et c'est lui qui nous éclairera dans l'appréciation des stations placées au sein de ces belles montagnes. Le canton le plus visité c'est Appenzell, où le petit-lait se prépare par grandes masses, et peut être distribué à un grand nombre de malades. Le canton de ce nom compte quatre établissements de cure, Gais et Heinrichsbad, Weisbad et Gonthen. Le premier, malgré l'élévation de son niveau (2,806 pieds), est assez protégé contre le nord et le nord-est pour que l'air y soit doux pendant le cours de la belle saison ; mais un village voisin a un climat qui mérite la préférence des malades. Heinrichsbad est aussi abrité contre les vents ; mais l'humidité y est grande, et le brouillard ne s'y dissipe qu'avec lenteur ; c'est moins un séjour d'été pour ceux qui souffrent que pour les voyageurs qui courent seulement à la recherche d'impressions. Weisbad présente des avantages dignes de remarque : lieu abrité, température égale, humidité modérée, belles promenades. En général, les phthisiques s'y trouvent dans de bonnes conditions pour y faire, sans trouble, la cure du petit-lait. Gonthen ou le Gontherbad est trop exposé aux déplacements de l'air. Cette mobilité de température en fait une mauvaise station, qu'il pourrait être imprudent d'affronter. Les noms de deux de ces établissements indiquent qu'ils ne sont pas dépourvus d'eaux minérales ; ces eaux concourent au traitement du petit-lait, qui se fait dans l'Appenzell sur une grande échelle, pour qu'on y consomme chaque jour 350 kilogrammes de ce produit.

La Suisse porte encore sur les pentes de ses grandes Alpes des stations qui méritent d'être mentionnées. Du reste, le petit-lait est partout où il y a des troupeaux ; et, par leurs beaux pâturages, le lait est la richesse de cantons qui commencent l'Allemagne aux frontières orientales de la France. C'est d'abord Interlaken, situé dans l'Oberland de Berne, entre les lacs de Thun et de Brientz,

pas ; probablement que la malade a mal compté. On attend encore. Sur ces entrefaites, le médecin qui soigne habituellement la malade, et qui attend l'accouchement depuis un mois, est obligé de s'absenter ; un confrère qu'il a désigné pour le remplacer est appelé par la malade, qui, à chaque douleur qu'elle éprouve, croit qu'elle va accoucher. La position est devenue plus grave, l'oppression plus grande, la respiration plus gênée, les fonctions plus difficiles. On compte de nouveau, et tout calcul fait, on trouve que la malade a dépassé son terme depuis un mois au moins. Y aurait-il quelque chose d'anormal? Après un examen fait avec soin, ce nouveau médecin ne croit pas la malade enceinte. Un accoucheur célèbre est appelé, lequel déclare, à son tour, qu'il n'y a pas grossesse, mais un kyste de l'ovaire. La malade, qui ne peut abandonner l'idée qu'elle n'est pas enceinte, veut consulter un autre médecin. Appelé à mon tour, je constate un kyste multiloculaire, ayant : 1° à gauche, une poche principale renfermant 15 à 18 litres d'un liquide épais, filant, coloré ; 2° à droite, une seconde poche moins grande, et 3° une tumeur volumineuse, dure, inégale, probablement de mauvaise nature. Une ponction faite dès le lendemain, à cause de la grande oppression qu'éprouve cette dame, justifie ce diagnostic.

J'ignore sur quelles raisons se basaient nos confrères pour croire à une grossesse et attendre un accouchement pendant plus d'un mois : probablement sur le développement progressif du ventre, quoiqu'il ne fût pas parfaitement uniforme ; sur la cessation des règles, sur les douleurs éprouvées par la malade, sur ce fait encore que la fluctuation était des plus obscures, à cause de l'épaisseur du liquide renfermé dans le kyste. Mais à ces signes, qui, en effet, doivent se rencontrer dans la grossesse, il en manquait de beaucoup plus importants : c'étaient les mouvements de l'enfant, le bruit placentaire, le bruit fœtal, l'état des seins, qui étaient à peine apparents, mous et flasques. D'un autre côté, le toucher indiquait que la matrice était très élevée ; que le col avait plus d'un centimètre de longueur ; qu'il était porté en haut, en arrière et à gauche. D'autre part, tous les signes d'un kyste multiloculaire étaient de la dernière évidence : c'était une fluctuation circonscrite, obscure, dans le côté droit du ventre, une tumeur volumineuse très sensible au palper dans le côté gauche et moyen de l'abdomen, et plus à gauche une seconde poche fluctuante. De plus, l'état général de la malade était mauvais et annonçait des lésions graves : elle était maigre, ayant la peau sèche, jaunâtre ; tout en elle dénotait une profonde altération de l'économie. Peut-être que la tumeur est de nature cancéreuse. La douleur ressentie dans le flanc droit existait depuis le début de la maladie et longtemps auparavant que la malade se crût enceinte. Avec de tels signes, une pareille erreur est difficile à comprendre.

Un de nos confrères de province, M. le docteur Dufay (de Blois), a bien voulu me communiquer l'observation suivante ; elle est instructive à plus d'un titre :

Une jeune femme de dix-huit ans est prise, la première nuit de son mariage, d'une violente hémorrhagie utérine qui fut combattue avec succès et ne se renouvela pas plus tard. Pendant une année, aucun signe de grossesse ; seulement, au bout de ce temps, nausées, vomissements, sensibilité dans le ventre et continuation des règles, qui cependant sont moins abondantes que par le passé et finissent par disparaître complétement six mois après. On désire ardemment une grossesse, on y croit, d'autant plus volontiers que le ventre grossit régulièrement ; que les seins sont devenus plus gros et plus sensibles ; que la jeune mère se figure sentir de temps en temps les mouvements de l'enfant. M. Dufay, appelé dans ces circonstances, applique la main sur le ventre et constate, en effet, de petites secousses qu'il attribue également aux mouvements d'un fœtus ; mais ces mouvements lui paraissent moins limités et moins brusques que ceux qu'on perçoit dans les grossesses ordinaires, et il attribue cette différence à l'épaisseur des parois abdominales de sa cliente, qui est douée de beaucoup d'embonpoint ; comme il ne peut entendre non plus les battements du cœur de l'enfant, il en accuse encore l'épaisseur de la paroi abdominale... Il constate cependant un bruit de souffle assez manifeste qui, probablement dans ce cas, comme il le fait d'ailleurs remarquer, résultait de la compression des gros vaisseaux.

Au neuvième mois de cette prétendue grossesse, des douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, annoncent un commencement de travail, puis des douleurs expulsives assez fortes pour arracher des cris à la malade ont lieu pendant deux jours. Le toucher fait reconnaître que le col est ramolli, diminué de longueur, et admet le bout du doigt. M. Dufay a recours à l'extrait de belladone pour aider la dilatation : alors les douleurs diminuent, puis disparaissent complétement. Quelques jours après, la malade fait une chute en avant dans la rue, et M. Dufay, appelé environ une heure après, trouve le ventre moins tendu, fluctuant ; la percussion donne un son sonore à la partie supérieure et mat à la partie inférieure ; absence complète de douleurs dans tout le ventre. Des purgatifs répétés, des diurétiques, amenèrent une diminution rapide de la sérosité épanchée, et la santé s'est si bien rétablie que la malade a eu trois grossesses heureuses ; seulement, l'ovaire gauche était resté le siége d'une douleur qui a disparu au commencement de la première vraie grossesse.

Notre confrère de Blois pense qu'il a eu affaire à un kyste ovarique qui s'est rompu au moment où la malade a fait une chute, et dont le liquide s'est épanché dans le péritoine ; il attribue les prétendus mouvements ressentis par la mère et perçus par la main appliquée sur le ventre à des spasmes musculaires qui se sont renouvelés depuis, la malade étant très nerveuse, et les douleurs expulsives à une névralgie utérine qui reparaît de temps en temps d'une manière intermittente et simulent parfaitement les douleurs du travail de l'accouchement. Tous ces phénomènes névralgiques disparaissent toujours sous l'influence des préparations belladonées.

Il est évident que, dans ce cas, toutes les apparences étaient en faveur d'une grossesse normale ; mais cependant, si la percussion

---

mais trop profondément encaissé dans la vallée pour que le soleil l'échauffe de bonne heure. Aarmulh, station assez estimée, n'en est pas bien loin. Sur le Rigi et le Weisseinstein, on peut encore faire des cures ; mais ce n'est pas aux phthisiques et aux malades épuisés qu'il faut recommander ces stations, bien que le climat n'y soit pas trop défavorable. Nous citerons enfin avec Lersch, qui nous sert toujours de guide, Engelberg, canton d'Unterwald, Dottenwyl, au nord de celui de Saint-Gall, et enfin Rorschach, sur le lac de Constance. Quel que soit le mérite des stations de montagne, nous préférons, dans la tuberculose, et cela se comprend facilement, les stations basses et à fleur d'eau, c'est-à-dire sur la mer quand c'est possible, et sur les lacs quand la mer est loin. L'air y est en général calme, parce que le bassin est abrité, et doux parce qu'il est humide. Presque toujours les phthisiques s'y trouvent bien. Nous recommanderons Rorchach, sur le lac de Constance, au même titre que Fured, sur le lac Balaton.

D'après les différences topographiques que nous venons de signaler dans cette rapide esquisse, peut-on se diriger, jusqu'à un certain point, pour la différence qu'on doit mettre touchant l'époque de voyages et la durée des séjours ? Malheureusement, il n'y a rien d'absolu à tirer d'une classification. Dans le midi, comme dans le nord de l'Allemagne, comme dans la Suisse, beaucoup de stations sont situées dans des pays montagneux et à des hauteurs quelquefois considérables au-dessus du niveau des mers. Comme l'état de la température se modifie en raison de ces niveaux, il en résulte qu'une station méridionale peut être plus froide et avoir des étés plus tardifs qu'une station septentrionale. Mais, en général, les stations de l'Allemagne, et beaucoup de celles qui couvrent le sol de la Suisse, sont dans des situations qui créent pour elles un climat spécial : bien abritées contre les vents froids, orientées en plein soleil, l'air s'y entretient longtemps dans des conditions favorables de température. Ces avantages, quelque marqués qu'ils soient, n'avancent pas beaucoup l'avènement de la belle saison ; surtout quand l'hiver a été froid, il se fait beaucoup attendre. Il vaut mieux, pour toute précaution, que le malade qui quitte, pour le climat continental de l'Allemagne, notre climat tempéré, ne se presse pas

et le palper du ventre avaient été faits avec soin, notre confrère eût reconnu la véritable maladie. Ce qui empêche, dans ces cas, de connaître la vérité, c'est que les malades sont si convaincues de ce qu'elles désirent qu'elles se trompent et éloignent le médecin d'un examen sérieux et attentif.

Dans une autre circonstance, une femme de trente et quelques années est admise à la Charité, dans le service de M. Briquet, pour une tumeur molle, élastique, rénitente, située entre les fausses côtes et le nombril du côté droit. Cette femme raconte que plusieurs chirurgiens des hôpitaux, dans le service desquels elle a demeuré à plusieurs reprises, lui ont dit qu'elle avait un rein mobile. Examinée avec soin par plusieurs médecins, les uns pensent à un kyste du foie, les autres à un abcès, les autres à un engorgement ramolli des ganglions mésentériques. Cette tumeur était circonscrite, sans changement de couleur à la peau, non douloureuse à la pression, et ne gênait les organes environnants que par compression. Elle n'était et n'avait été le siége d'aucun travail inflammatoire, et la malade n'y sentait ni battements, ni élancements, ni douleur. Les garde-robes et les fonctions digestives étaient régulières; la fluctuation, qui, selon moi, était très évidente, était niée par tous les assistants et attribuée à un phénomène d'élasticité dont cette tumeur leur paraissait être le siége. En raison du lieu occupé par cette tumeur et du commémoratif, je pensai avoir affaire ou à une hydropisie enkystée du péritoine ou à un kyste hydatique, et surtout à cette dernière maladie, parce que, dans les antécédents de la malade et dans la marche de la maladie, je ne trouvais rien qui pût rappeler une inflammation du péritoine, même locale. Il fut décidé que, pour éclairer le diagnostic, je pratiquerais une ponction exploratrice, qui, en effet, vint nous confirmer, par la sortie d'un plein crachoir de liquide séreux, clair comme de l'eau de roche, que cette tumeur était un kyste hydatique dont le siége était probablement dans les replis du péritoine. Je dirai en passant que cette simple ponction a amené une cure radicale.

Certains kystes ovariques s'enflamment, suppurent et renferment de la matière purulente. Dans ces cas, les malades sont toujours atteintes d'une fièvre continue, lente, de frissons irréguliers, de lassitudes, de faiblesse générale, de perte complète de l'appétit, de vomissements, de diarrhée, d'amaigrissement considérable, de douleurs dans le ventre et surtout dans le kyste de tous les symptômes, en un mot qui annoncent les grands foyers de suppuration. Ces kystes se rencontrent le plus souvent chez les femmes encore jeunes, et, pour peu qu'on n'y prenne garde, on peut s'en laisser imposer et attribuer à une fièvre grave, à une fièvre typhoïde, des symptômes qui dépendent d'une toute autre maladie. Nous en avons rapporté plusieurs exemples dans notre *Traité d'iodothérapie*, page 461, au chapitre de la *cure radicale de l'hydropisie des ovaires par les injections iodées*, et *Moniteur des hôpitaux*, 1853, tome I, page 11-47, n° 144.

Mais il n'y a que l'inattention, une grande préoccupation, le défaut d'examen ou l'ignorance qui peuvent entraîner à de si grosses erreurs. C'est ainsi que, dans le cas suivant, un kyste de l'ovaire a été pris pour une fièvre typhoïde : une femme de trente-cinq ans, ayant eu plusieurs enfants, est atteinte, au mois de mai 1856, d'une longue maladie, et les symptômes qu'elle éprouva furent pris par le médecin de la localité pour ceux d'une fièvre typhoïde. Elle fut longtemps à se rétablir, et, pendant la convalescence, *il survint* dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse qui bientôt devint fluctuante, s'ouvrit spontanément et obligea ensuite cette malade à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Richet, vers les premiers jours de février 1857. Elle était envoyée à l'hôpital pour un abcès de la fosse iliaque droite. Cette femme était parfaitement réglée et d'un bon appétit; seulement, elle se plaignait de douleurs continuelles dans le bas-ventre. Depuis son ouverture spontanée, qui est située au-dessus de l'arcade crurale, cette tumeur n'avait pas cessé de laisser échapper chaque jour une notable quantité de pus. A l'aide d'un morceau d'éponge préparée, M. Richet dilata l'ouverture fistuleuse assez largement pour y introduire le doigt, et reconnut qu'il existait un large foyer purulent dans lequel il découvrit une tumeur saillante renfermant quelque chose de dur et de rugueux. Ayant débridé cette ouverture fistuleuse à l'aide du bistouri, il parvint à retirer successivement avec des pinces plusieurs dents, des fragments d'os, puis un paquet de poils et de cheveux; plus de doute, *le prétendu abcès de la fosse iliaque, suite de fièvre typhoïde, n'était autre chose qu'un kyste fœtal.*

Les jours suivants, la suppuration était tellement abondante et fétide, et la malade avait un tel désir d'être débarrassée de son infirmité, que M. Richet tenta l'extraction de la poche kystique. La malade succomba quelques jours après l'opération. (*Société de chirurgie*, séance du 11 mars 1857; *Gazette des hôpitaux*, page 136, 1857.)

L'erreur de diagnostic commise chez cette malade n'a eu lieu probablement que parce que le médecin n'a tenu compte que des symptômes généraux, symptômes qui évidemment provenaient de la formation du pus dans le kyste. La longueur de la maladie, l'apparition d'une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque droite, son ouverture spontanée et les débris d'un fœtus trouvés à l'autopsie, tout indique qu'il devait exister depuis longtemps dans le ventre une tumeur plus ou moins considérable, tumeur qui n'aurait pas échappé à l'investigation du médecin s'il s'était donné la peine d'interroger avec soin la cavité abdominale. Une première erreur de diagnostic en avait entraîné une seconde, en lui faisant considérer comme un abcès de la fosse iliaque, dû à une fièvre typhoïde, un kyste fœtal suppuré.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

de partir trop tôt; il est mieux pour lui d'attendre que la saison se soit prononcée pour commencer une cure.

Les mêmes recommandations s'appliquent à la durée du séjour. Dans les climats continentaux ou excessifs, l'hiver passe à l'été presque sans l'intermédiaire du printemps ; l'été passe également à l'hiver sans l'intermédiaire de l'automne. Il y a souvent des retours d'été pendant l'automne, en général très beaux dans quelques contrées de l'Allemagne; il faut rarement s'y fier. S'attarder pendant la durée de l'automne est donc tout autant une faute, une erreur de conduite, que se trop presser d'arriver. Dès le déclin de l'été, lorsque les matinées fraîchissent et semblent annoncer l'approche toujours précoce des gelées, il faut songer au départ. Les Allemands qui font des traitements d'eaux minérales ou de petit-lait se hâtent de regagner leurs habitations bien closes de la ville aux premières menaces de l'hiver. A plus forte raison, les habitants des régions tempérées, ceux de notre pays, doivent-ils les imiter. La vraie saison, celle qui présente toutes les garanties au malade, soit qu'il s'agisse d'une station de la Suisse ou d'une station d'au delà des Alpes, s'étend depuis la fin de la première quinzaine de juin jusqu'au commencement de la seconde quinzaine de septembre. C'est avec prudence qu'on devrait se conduire si les exigences du traitement ou toute autre cause imposait la prolongation du séjour. Outre les conditions climatologiques qui tiennent au pays et à la station, il faut aux malades, et surtout aux organisations gravement atteintes, quelque chose de plus, qui dépend du lieu lui-même et de la manière dont l'établissement est organisé. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple pris parmi les malades les plus impressionnables, et qui recourent en plus grand nombre au traitement séro-lacté, les phthisiques ne peuvent se passer de ces commodités de la vie qui épargnent la fatigue, et sont un continuel moyen de protection pour l'organisme en détresse. Peuvent-ils espérer de trouver ces avantages dans les lieux qui sont encore à l'état de développement, et où ils se trouveraient exposés aux influences directes de l'air lorsqu'ils feraient leur cure matinale? Ils doivent choisir de préférence les stations qui ont acquis une vieille renommée, où les malades accourent, où tout est prévu

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

CHIRURGIE. — *Rapport sur divers moyens désinfectants.* — *Note* de MM. *Corne* et *Demeaux*. — *Additions, éclaircissements*, etc., par MM. *Follet* et *Rigault*, *Cabanes* et *Vialles*, *Marchal* et *Boinet*, *Deleau*, *Bonnafont* et *Henry* fils, *Lemaire* et *Lebœuf*, *Burdel* et S. A. *Pirondi*, *Autier* et *Billiard*, *Herpin* et *Hervieux*, *Étienne*, *Simon*, *Moride*, *Calvert*, *Royssac*, *Bonnamy*, etc. — M. le rapporteur, après quelques généralités sur les expériences tentées en France et à l'étranger au moyen de la poudre de plâtre et de coaltar, donne un résumé succinct des essais qu'il a faits lui-même à l'hôpital de la Charité, ainsi que les observations recueillies aux lits des malades par M. Beaumets, un des internes du service.

M. Velpeau indique quelles sont les propriétés et quels sont les inconvénients de ce mélange. « En chirurgie, dit-il, les inconvénients du plâtre coaltaré sont : 1° de salir le linge des malades; 2° de se durcir et de peser sur les plaies ou autour des plaies; 3° de donner aux compresses dont on se sert pour les cataplasmes une couleur rousse ou jaune très tenace; 4° d'avoir besoin d'être renouvelé souvent; 5° en détruisant l'odeur putride, de conserver une odeur bitumineuse que tout le monde n'aime pas : inconvénients de médiocre importance, il est vrai, et qu'il ne doit pas être impossible de faire disparaître, mais qu'il était utile de signaler.

Puis M. le rapporteur examine les modifications diverses qui ont été successivement proposées au topique Corne et Demeaux : la substitution du goudron végétal au coaltar, par M. Renaud (d'Alfort); de la chaux hydraulique, de la terre commune, de la poudrette et de toutes sortes de poudres végétales ou minérales au plâtre, par MM. Royssac (de Marseille), Vialles et Cabanes (de Béziers); enfin l'émulsion de coaltar par la teinture de saponine, par MM. Lebœuf et Lemaire. M. Velpeau estime que si les modifications de la poudre Corne imaginées jusqu'ici n'ont pas été très heureuses, elles n'en confirment pas moins un fait important, à savoir qu'au fond c'est le coaltar qui joue le principal rôle comme désinfectant dans ces divers mélanges.

L'efficacité, ou tout au moins les avantages du plâtre coaltarisé, ont été reconnus et constatés par de nombreux praticiens, entre autres par les chirurgiens de l'armée d'Italie; par MM. Sirus Pirondi (deMarseille), Bonamy (de Toulouse), Simon (de Bonchamps), Follet et Rigault (d'Amiens), Bonnefont et Henry, Isambert et Bertherand, Calvert, Burdel (de Vierzon), etc.

M. le rapporteur signale ensuite les substances variées qui ont été proposées pour remplacer le plâtre coaltarisé à titre de désinfectants. Il les range en trois séries.

Dans la première il place toutes celles qui ont été essayées par la commission sans résultat satisfaisant. Ce sont : le *chlorate de potasse*, préconisé par M. Billard (de Corbigny); la *craie et le blanc d'œuf*, par M. Moussu (de Saint-Nicolas); le *sucre* en poudre, par M. Herpin (de Metz); le mélange de *glycérine* et d'eau de *laurier-cerise*, par M. Autier (d'Amiens).

Dans la deuxième série, M. Velpeau range les substances qui, à divers titres, sont dignes d'être prises en considération, telles sont : le *charbon*, emprisonné dans des pièces de linge ou d'étoffe selon le procédé de MM. Malapert et Pichot; le *boghead* (poudre de coke), proposé par M. Moride (de Nantes) ; le *plâtre* et le *charbon*, le *gaz acide carbonique*, proposés par M. Herpin (de Metz) ; les *eaux bitumineuses de Visos*, par M. Desmartis (de Bordeaux).

Dans un troisième groupe, M. Velpeau comprend les agents qui ont depuis longtemps conquis leur place dans la classe des désinfectants : la *teinture d'iode*, indiquée par MM. Marchal et Boinet; le *perchlorure de fer*, par M. Deleau; l'*azotate de plomb*, la *créosote*, les *solutions chlorées* ou *chlorurées ;* l'*éponge chlorée*, indiquée par M. Hervieux, et le *sous-nitrate de bismuth*, par M. Frémy.

M. Velpeau résume enfin son rapport dans les propositions suivantes :

1° Le coaltar mêlé au plâtre, selon la formule de M. Corne, peut désinfecter les matières organiques en putréfaction. Mêlée dans les vases aux déjections alvines, cette poudre, faisant disparaître la mauvaise odeur, permet d'espérer qu'à son aide l'industrie opérera un jour des réformes profondes dans nos systèmes actuels de latrines et de vidange; sous ce rapport, la terre ordinaire, la poussière ou le sable substitués au plâtre, comme le préfère M. Cabanes (de Béziers), sont pour le moins aussi efficaces.

2° Appliqué à la thérapeutique, selon la proposition de M. Demeaux, le coaltar plâtré n'a tenu qu'une partie de ses promesses. Comme désinfectant dans les salles d'autopsie, dans les lits des gâteux, partout où il y a des matières infectes, ses propriétés sont incontestables. Il en est de même pour les foyers putrides ou gangréneux, pour les suppurations fétides, pour les plaies sanieuses, les cavernes ichoreuses, la pourriture d'hôpital, les claplers putrilagineux; mais sur les plaies vives, les plaies à nu, les plaies et les ulcères ordinaires, les autres topiques doivent lui être préférés. A cet égard, nos conclusions d'aujourd'hui diffèrent à peine de celles qui terminaient notre appréciation du 25 juillet 1859.

3° Associé à la charpie, au linge, aux pommades, au cérat comme l'indique M. Demeaux, il ne nous a donné aucun résultat utile, et rien ne prouve que, pris à l'intérieur, il ait produit le moindre bien jusqu'ici.

4° Comme absorbant, il laisse aussi beaucoup à désirer, quoiqu'il ne soit pas sans action. En cataplasmes surtout, il n'absorbe que très incomplétement. Du reste, le coaltar mêlé à la terre ou à d'autres poudres absorbe encore moins que le topique Corne, et n'est guère applicable sous cette forme à la thérapeutique, à en juger par nos propres recherches. Les liquides anormaux, il ne faut

---

d'avance pour le bien-être et la satisfaction des clients. — Dans ces établissements, où la population est considérable pendant la saison, il y aurait peut-être quelque chose à craindre pour une certaine classe de malades, l'excès de mouvement et de bruit. A l'exception des établissements les plus rapprochés de nos frontières, cet inconvénient grave n'existe pas en Allemagne. Il règne sur les stations de ce grand pays une sorte de climat moral que nous ne soupçonnons pas, nous qui considérons les eaux minérales moins peut-être comme des lieux de cure que comme des lieux de plaisir. Tout s'y fait sans agitation, sans tumulte, sans cette effervescence qui tient à notre caractère et à nos habitudes, mais que les Allemands ne comprennent pas. J'ai visité Carlsbad, Franzensbad et tant d'autres eaux de premier ordre; j'ai habité Tœplitz, un des établissements les plus fréquentés de tout le continent allemand, et j'ai toujours remarqué combien étaient grands le calme et la paix qui régnaient sur l'atmosphère de ces lieux consacrés au traitement des maladies et au repos de ceux qui souffrent.

— Dans le courant de l'année 1859, le service de santé de l'armée belge a perdu : 4 médecins principaux, MM. Gouzée, Tallois, Lebeau et Delamarre, mis à la retraite. — 2 médecins de régiment, MM. Versé et Henrotay, le premier mis à la retraite, le second décédé. — 6 médecins de bataillon de 2e classe, MM. Biget, Nihoul, Kums, Herpain, Vanraepenbusch et Wibin, le premier mis à la retraite, les cinq derniers démissionnaires. — 2 médecins adjoints, MM. Deman et Delestrée, démissionnaires.

— D'après la nouvelle loi sur la réorganisation de l'instruction publique en Piémont, il a été décrété qu'une chaire spéciale d'oculistique sera instituée à la Faculté médico-chirurgicale de Turin. On parle de M. Sperino comme devant occuper cette chaire.

— Trois médecins célèbres d'Angleterre viennent de mourir, MM. Alexander, directeur général du corps de santé de l'armée anglaise, Todd et Hale Thompson.

pas l'oublier, le pus en particulier, sont des composés très différents de l'eau. Telle substance, le plâtre par exemple, qui absorbe l'eau avec force, peut très bien ne point s'imbiber de pus. Il n'en est pas moins vrai, cependant, qu'en poudre ou en cataplasmes, le coaltar plâtré rend quelques services à titre d'absorbant dans les plaies et les suppurations fétides ou putrides.

5° La cellulose et la poudre d'amandes, la glycérine et l'eau de laurier-cerise, le chlorate de potasse uni au talc, à l'argile, à la marne, au kaolin, ne sont ni assez efficaces ni d'un emploi assez commode pour rester dans la pratique, tels qu'ils nous ont été proposés.

6° La saponine et le coaltar ne nous ont pas semblé former un topique préférable à beaucoup d'autres liqueurs connues dans le pansement des plaies, à la teinture d'aloès par exemple. Nous en dirons autant du coaltar mêlé au charbon indiqué par M. Herpin; le gaz carbonique ne semble pas devoir être employé non plus, à moins de procédés nouveaux susceptibles d'en rendre l'usage facile.

7° La poudre de boghead ne serait utile qu'à défaut de coaltar plâtré; et le charbon à enveloppe spongieuse ne se moule pas assez bien sur les cavernes, sur les anfractuosités, pour entrer dans la pratique générale.

8° Par son bas prix, par son action à la fois douce, absorbante et désinfectante, ainsi que par ses propriétés siccatives, la poudre de bismuth rendra de véritables services à défaut de poudre ou de cataplasme au coaltar plâtré. Il est même préférable à ces derniers quand les plaies ou les blessures sont accompagnées ou entourées de chaleur ou d'irritation.

9° La teinture d'iode et le perchlorure de fer sont plutôt des modificateurs de la surface des plaies, des foyers purulents, que des absorbants et des désinfectants. Ils ont leur application spéciale en chirurgie, et, sous ce rapport, les noms de MM. Boinet et Marchal (de Calvi) ne seront pas séparés de ceux de quelques autres praticiens; mais de tels agents ne sont pas comparables au coaltar plâtré.

10° L'éponge imbibée d'eau chlorurée, telle que la propose M. Hervieux, est de nature aussi à rendre quelques bons offices dans les clapiers blafards, dans les foyers gangréneux.

Relativement à la question de priorité, si vivement débattue, M. Velpeau reconnaît que dès 1815 Chaumette, qu'en 1833 M. Guibourt, en 1837 M. Siret, ont signalé les cendres de houille, le plâtre, le salpêtre, les marnes, la chaux calcinée, l'huile empyreumatique, et même le goudron comme désinfectants; qu'en 1844 le docteur Bayard obtenait de la Société d'encouragement une médaille pour un composé de cette nature.

Mais les auteurs ci-dessus indiqués, et M. Corne lui-même, ne se sont occupés que de la désinfection et de la solidification des matières animales au point de vue des engrais, en se servant aussi quelquefois d'huiles lourdes, d'huiles carburées, en guise de coaltar. C'est M. Demeaux qui semble avoir eu le premier la pensée d'appliquer aux plaies fétides, à la pratique chirurgicale, la poudre imaginée ou adoptée et vantée par son voisin.

Beaucoup d'autres efforts sont encore nécessaires. A le bien prendre, nous n'en sommes guère jusqu'ici qu'à de simples ébauches, qu'à des essais : tant que la pratique ne sera pas en possession d'un moyen simple, facile, économique, à la portée de tout le monde, capable de désinfecter sur-le-champ et sans inconvénients, le progrès ne sera point accompli, il y aura place pour de nouvelles tentatives.

Précautions à prendre. — Pour obtenir de la proposition Corne et Demeaux les effets qu'elle peut produire, certaines précautions sont, en outre, indispensables, et c'est sans doute pour avoir négligé quelques-unes de ces précautions que divers expérimentateurs ont cru à l'inefficacité absolue du moyen.

C'est le plâtre à mouler en poudre fine, et non le plâtre commun, qui doit être employé. Le coaltar, ou les huiles carburées qu'on y mêle en proportion de 2 à 4 pour 100 et par trituration ou par broiement, par division mécanique, doivent lui donner une teinte grise tout en lui laissant sa qualité pulvérulente et sèche. Les pièces anatomiques, les objets à désinfecter, doivent être roulés dans cette poudre et mis en contact avec elle par tous les points de leur surface. Il faut en couvrir les foyers gangréneux ou putrides de couches épaisses et à pleines mains plusieurs fois le jour. S'il s'agit de sang, de pus, de déjections, etc., on en met assez pour former une sorte de pâte de l'ensemble, en ayant soin de renouveler la première couche de poudre, dès qu'elle n'absorbe plus, par une couche nouvelle.

Associé à l'huile blanche, jusqu'à consistance de bouillie épaisse, on en fait des cataplasmes d'un emploi commode, à la condition d'être épais et larges.

De cette façon, dans les limites sus-indiquées, le mélange de coaltar et de plâtre est un bon désinfectant, et il y a lieu d'en recommander l'usage dans l'économie domestique aussi bien que dans les hôpitaux. Ce qui s'est passé sous nos yeux ne laisse aucune incertitude sur la réalité d'une telle propriété, ni sur la possibilité d'une telle application.

Conclusions. — Nous proposons à l'Académie :

1° D'adresser des remercîments à MM. Corne et Demeaux pour leur intéressante communication;

2° De remercier aussi MM. Cabanes et Vialles (de Béziers), Moride (de Nantes), Herpin (de Metz), Burdel (de Vierzon), Calvert, Simon, Étienne, Lemaire et Lebœuf, Bonnafont et Henry fils, Marchal (de Calvi), Deleau, Boinet, Pirondi, Autier, Bonamy, Hervieux, Follet et Rigault, Billard et Charvet, Manne et Desmartis, pour les notes ou éclaircissements qu'ils ont adressés, soit à l'Académie, soit aux membres de la commission, et pour leurs diverses publications.

3° De déclarer que la question des désinfectants, soit en chirurgie, soit en hygiène publique, est encore digne de toute la sollicitude des philanthropes, des hommes de science et de l'industrie.

Après quelques observations présentées par M. *Jobert (de Lamballe)* et par M. *Bussy*, observations auxquelles répondent MM. *Velpeau*, rapporteur, et *J. Cloquet*, membre de la commission, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PHYSIOLOGIE. — *Expériences relatives aux générations dites spontanées*, par M. L. *Pasteur*. — Dans la première partie de son travail, l'auteur s'attache à l'étude microscopique de l'air. A l'aide d'une méthode qui lui est propre, il est parvenu à reconnaître qu'il y a constamment dans l'air commun, en quantités variables, des corpuscules dont la forme et la structure annoncent qu'ils sont organisés. Ce sont des corpuscules analogues à ceux que divers micrographes ont signalés dans la poussière déposée à la surface des objets extérieurs.

En outre, M. Pasteur s'est assuré, par des expériences nombreuses et variées, que ces corpuscules sont des germes féconds de productions végétales. Voici, ajoute-t-il, les particularités de l'expérience qu'il importe le plus de remarquer.

1° Les productions organisées commencent toujours à se montrer au bout de vingt-quatre à trente-six heures. C'est précisément le temps nécessaire pour que ces mêmes productions apparaissent dans cette même liqueur lorsqu'elle est exposée au contact de l'air commun. 2° Les moisissures naissent le plus ordinairement dans le petit tube à coton, dont elles remplissent bientôt les extrémités. 3° Il se forme les mêmes productions qu'à l'air ordinaire. Pour les infusoires, c'est le *bacterium*. Pour les mucédinées, ce sont des *penicilium*, des *ascophora*, des *aspergillus*, et bien d'autres genres encore. 4° De même qu'à l'air ordinaire la liqueur fournit tantôt un genre de mucédinée, tantôt un autre, de même dans l'expérience il y a développement de moisissures diverses.

En résumé, dit l'auteur en terminant, nous voyons d'une part qu'il y a toujours parmi les poussières en suspension dans l'air commun des corpuscules organisés, et d'autre part que les poussières de l'air mises en présence d'une liqueur appropriée, dans une atmosphère par elle-même tout à fait inactive, donnent lieu à des productions diverses, le *Bacterium termo* et plusieurs mucédinées, celles-là mêmes que fournirait la liqueur après le même temps si elle était librement exposée à l'air ordinaire.

Médecine. — M *Goyon* envoie de Clermont une note sur le *croup* et sur un procédé de trachéotomie, avec tubage de la glotte, qu'il a imaginé, mais dont il ne paraît pas qu'il ait fait l'application. (*Comm.* : M. Cloquet.)

Académie de Médecine.

Séance du 14 février 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté après quelques observations présentées sur sa rédaction par MM. *Robinet* et *Gaultier de Claubry*.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : Deux rapports de M. le docteur *Nerrière* sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Favernay (Haute-Saône) dans les mois d'août et d'octobre 1859. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de MM. *Coignet* frères, qui attestent que le phosphore rouge qu'ils emploient pour la fabrication de leurs allumettes ne renferme aucune trace de phosphore blanc, et que le phosphore rouge est fabriqué dans leurs ateliers à vase ouvert et sans pression. — *b*. Une note adressée par M. *Waudaux*, au nom de la *Compagnie générale* de fabrication des allumettes sans phosphore ni poison, relative aux procédés suivis par la compagnie. — *c*. Un mémoire intitulé : *De la diète respiratoire dans le traitement des maladies de poitrine*, ou moyen de modifier l'oxygène de l'air à respirer, par M. le docteur *Sales-Girons*. (*Comm.*: MM. Bousquet, Gibert et Bouillaud.)

M. Sales-Girons commence par établir que la respiration aurait été aussi facilement susceptible de diète que la digestion si l'on y avait songé. Renouvelant sa théorie déjà connue, l'auteur démontre par des faits probants que l'air atmosphérique par son oxygène est une des principales causes d'entretien et d'aggravation des maladies de poitrine ou du moins de leurs lésions organiques.

De la série des expériences qu'il a faites dans le but d'atteindre et de modifier l'agent nuisible, M. Sales-Girons cite quelques substances déjà utilement employées contre ces lésions. Ces substances, convenablement disposées par lui dans un petit appareil que le malade peut aisément porter dans la vie ordinaire, appliqué devant la bouche et les narines, modifieraient comme il convient l'air atmosphérique à son entrée dans les voies de la respiration, et lui ôteraient, sans nuire à l'hématose, ce qu'il a de trop excitant sur les muqueuses lésées. C'est là ce que l'auteur appelle diète respiratoire, car l'appareil peut être porté une grande partie de la journée.

M. *Gavarret* dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Bains à l'hydrofère. Expériences physiologiques et observations cliniques faites à l'hôpital Saint-Louis selon la méthode et avec l'appareil de M. Mathieu* (de la Drôme), par M. le docteur *Hardy*, médecin de cet hôpital. (*Comm.*: M. Gavarret.)

M. *le Président* annonce la mort de M. le docteur *Vallot*, membre correspondant à Dijon.

Lecture.

M. *Littré* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur *Dekigalla* (de Scyros) sur la lèpre et sur la nécessité de l'établissement d'une léproserie en Grèce.

Après avoir signalé le triste état des lépreux en Grèce, où la lèpre est endémique, l'auteur affirme et cherche à démontrer, par des observations, l'hérédité ainsi que le caractère contagieux de cette maladie. Il remarque que la contagion est plus difficilement transmise des nourrissons aux nourrices que des nourrices aux nourrissons.

Parmi les causes de cette maladie, il faut compter la situation géographique, puisque, en effet, elle n'est endémique que dans un certain nombre de localités; mais il est avéré aussi qu'elle peut régner partout, et l'Europe en fit la cruelle expérience, alors que, après les croisades, elle était couverte de léproseries instituées pour le soulagement de cette terrible affection. Ces deux faits se concilient si, constatant d'une part le caractère contagieux de la maladie, on constate en même temps qu'elle a la funeste propriété de former loin des lieux d'origine des foyers parfois redoutables, ce que démontre l'historique de la lèpre du moyen âge.

Le mémoire de M. Dekigalla, dit en terminant M. Littré, mérite l'attention, car où prendre, de maladies qui ne règnent pas chez nous, la connaissance à meilleure source que chez ceux qui les observent dans leur pratique journalière? et n'importe-t-il pas de les étudier dans un temps où, les distances étant rapprochées et les pays les plus lointains étant ouverts, un médecin peut se trouver tout à coup placé en présence des affections exotiques?

Discussion sur les allumettes chimiques.

M. *Poggiale* reproduit contre M. Gaultier de Claubry les arguments et les faits qu'il a déjà présentés dans la dernière séance.

Il ajoute qu'il a été surtout sensible au reproche que lui ont adressé MM. Trébuchet et Bouchardat. Il n'a jamais eu la pensée d'accuser l'administration de ne s'être pas occupée avec assez de sollicitude de cette importante question; mais enfin il devait dire, et il a dit, que les efforts de l'administration n'avaient encore abouti à aucun résultat satisfaisant.

L'Académie a été consultée. Sa compétence, sa grande autorité lui donnent le droit et lui imposent le devoir de dire à l'administration ce qu'elle pense sur la question des allumettes chimiques. Si la commission n'a pas cru devoir proposer purement et simplement la prohibition des allumettes au phosphore blanc, c'est qu'elle savait de source très certaine que cette mesure ne pouvait être prise pour le moment, à cause des difficultés insurmontables que présente sa réalisation. C'est pourquoi la commission s'est crue obligée de recommander dans la disposition des ateliers des améliorations propres à diminuer les accidents et les dangers pour la santé des ouvriers. Toutefois, M. Poggiale consent très volontiers à se ranger à l'avis de M. Tardieu, et à demander carrément la prohibition du phosphore blanc.

Quant aux exclusions proposées par M. Gaultier de Claubry, l'orateur ne saurait trop répéter qu'elles ne portent que sur des minuties, des détails frivoles que l'on peut faire figurer dans le corps d'un rapport, mais qui seraient déplacées dans les conclusions d'un rapport officiel.

En résumé, dit en terminant M. Poggiale, ce que nous demandons, ce que nous voulons, c'est l'adoption de mesures efficaces pour diminuer les dangers et les accidents inhérents à la fabrication et à l'usage des allumettes chimiques, sans préoccupation d'aucun intérêt privé.

M. *Trébuchet* déclare qu'il n'a pas eu l'intention d'adresser de reproches, soit à la commission, soit au rapporteur : il a simplement voulu rappeler les tentatives importantes réalisées par le conseil de salubrité de la Seine et par le conseil supérieur d'hygiène touchant la question des allumettes chimiques.

M. *Poggiale* est invité à donner lecture des conclusions de son rapport, que l'Académie doit voter successivement.

La *première* et la *deuxième* conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion. (Voir *Gazette hebdomadaire* du 13 janvier, n° 2, p. 27.)

La *troisième*, après une discussion à laquelle prennent part MM. *Gaultier de Claubry*, *Michel Lévy*, *Devergie*, *Caventou*, *Chevallier*, *Bouchardat* et *Poggiale*, est modifiée ainsi qu'il suit, sur la proposition de M. *Robinet*: « Les allumettes au phosphore amorphe *pur*, ou celles sans phosphore, etc. »

La *quatrième conclusion* est adoptée avec un amendement proposé par M. *Guérard :*

« La commission exprime donc le vœu que, dans la fabrication des allumettes, on substitue au phosphore blanc le phosphore amorphe ou la pâte inflammable sans phosphore, *ni autre substance toxique*, etc. »

M. *Poggiale* consent, d'après la proposition qui en a été faite par M. Tardieu, à supprimer la *cinquième* conclusion de son rapport.

M. *le Président* prononce la clôture de la discussion sur les allumettes chimiques.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 17 FÉVRIER 1860.

Suite de la discussion sur la phthisie pulmonaire.

Observations sur les affections nerveuses, par M. Bourguignon.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement de la chloro-anémie par la fève de Saint-Ignace, seule ou associée au fer, par le docteur EISENMANN (de Würzbourg).

Amblyopie et surdité guéries par l'iodure de fer, par le docteur CORNAZ (de Neufchâtel).

M. Eisenmann, qui s'est, comme on sait, beaucoup occupé des maladies du système nerveux, pense que la chlorose est primitivement une affection nerveuse et que l'altération du sang n'est qu'un phénomène secondaire résultant de l'innervation morbide. Il appuie cette manière de voir des considérations suivantes :

Elle se développe spécialement sous l'influence des constitutions médicales qui prédisposent aux affections nerveuses. Elle affecte de préférence le sexe féminin, qui a une prédisposition marquée pour les névroses. Elle se développe à une époque de la vie où les névroses de toute sorte sont très fréquentes. Son début est marqué par l'apparition de phénomènes nerveux, tandis que le sang ne présente pas encore la moindre altération. L'altération particulière du sang peut manquer même dans des cas où la maladie est complétement développée. Lorsqu'on la néglige, elle doune souvent lieu (*sic*) à des affections spinales chroniques et même mortelles.

Donc, la chlorose doit guérir par l'emploi des moyens thérapeutiques qui exercent une action spéciale sur la moelle. Telle est la teinture de fèves de Saint-Ignace. La première malade chez laquelle M. Eisenmann mit ce moyen en usage était « une forte et robuste meunière, âgée de trente ans environ, qui disait avoir la chlorose depuis huit ans et qui s'était fait soigner par tous les médecins des environs sans obtenir un résultat. Elle présentait tous les symptômes de la chloro-anémie; de plus, de l'œdème aux extrémités inférieures et même un épanchement peu considérable dans la cavité abdominale. Je lui fis prendre deux fois par jour de 10 à 15 gouttes de la teinture de fèves de Saint-Ignace, et, sous l'influence de ce seul médicament, tous les phénomènes morbides, y compris l'œdème des jambes et l'épanchement abdominal, disparurent dans l'espace de huit semaines environ. »

Puis, M. Eisenmann obtint un succès analogue chez deux jeunes filles chlorotiques; il est vrai qu'elles « avaient encore le teint fleuri et que la maladie n'avait pas encore fait des progrès considérables. » Mais les résultats les plus avantageux lui ont été fournis par le traitement suivant :

	gr.
Poudre de fèves de Saint-Ignace...........	0,06
Lactate de fer ou limaille de fer porphyrisée.	0,18
Rhubarbe............................	0,18 à 0,24
Oléo-saccharum de menthe...............	0,36

M. Prendre deux paquets par jour. Avec cela, régime tonique et nourrissant, exercice en plein air. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 septembre 1859.)

Nous ne nous arrêterons pas à discuter l'aventureuse théorie de M. Eisenmann, et nous nous bornons à enregistrer ses succès, dont l'explication se trouve peut-être dans cette phrase de son travail : « Dans les cas où l'estomac trop sensible des malades ne supportait pas le fer, je commençais le traitement en donnant la fève de Saint-Ignace seule, et je n'ajoutais le lactate de fer, et ensuite le fer en substance et la rhubarbe, que lorsque la sensibilité de l'estomac avait cédé. » La fève de Saint-Ignace n'aurait-elle pas simplement agi en stimulant les fonctions digestives?

— Mentionnons le cas d'amblyopie et de surdité, symptômes de chlorose, guéris par l'iodure de fer, que M. Cornaz publie avec de longs détails et qui, s'il n'est tout à fait exceptionnel, est au moins un exemple d'un de ces accidents assez peu communs pour qu'il soit bon de les rappeler de temps en temps au souvenir des praticiens. (*Écho médical*, n° 9, 1859.)

Traitement des vomissements des femmes enceintes par le calomel, par M. le docteur E. BAGOT.

M. Bagot rapporte comme preuve de l'efficacité de ce mode de traitement l'histoire d'une femme chez laquelle il a suffi à lui seul, dans deux grossesses consécutives, pour arrêter des vomissements extrêmement graves. Le calomel fut donné à doses réfractées, dans le but de provoquer la salivation. La première fois, les vomissements s'arrêtèrent dès que la salivation fut obtenue ; dans la seconde grossesse, ils cédèrent quelques jours après le début de la stomatite. Une troisième grossesse s'accompagna encore de vomissements incoercibles qui faisaient redouter une terminaison fatale. Un médecin, auquel la malade raconta que la salivation mercurielle l'avait sauvée deux fois, administra une préparation mercurielle dont M. Bagot ignore la nature; la stomatite désirée survint, mais elle resta sans influence sur les vomissements. M. Bagot fut alors consulté : il prescrivit le calomel à petite dose trois fois par jour, chaque dose étant suivie de l'administration d'une potion contenant 15 gouttes de chloroforme. L'effet de cette médication fut « presque magique. » Les vomissements s'arrêtèrent après l'administration d'un très petit nombre de doses; l'estomac supporta des aliments légers, et bientôt la malade, dont l'émaciation et la faiblesse étaient extrêmes, reprit des forces et de l'embonpoint. Elle accoucha à terme, d'un enfant vivant, sans avoir éprouvé de nouveaux accidents. (*Dublin Medical Press*, 12 octobre 1859.)

Moyen de combattre la transpiration anormale des pieds, par M. GAFFARD, pharmacien à Aurillac.

Ce moyen, que M. Gaffard recommande vivement, consiste à faire pénétrer entre les orteils, tous les huit jours ou même tous les jours s'il le faut, quelques gouttes d'un liquide dont voici la formule :

Oxyde rouge de plomb.................	1 grammes.
Sous-acétate de plomb liquide, du Codex....	29 —

Broyez le sesquioxyde de plomb dans un mortier de porcelaine pour le bien diviser ; ajoutez peu à peu le sous-acétate, et réunissez dans un flacon, que l'on aura le soin d'agiter à chaque prise du topique.

Ce liquide, sans arrêter complétement la transpiration qui se produit aux orteils et sur les surfaces qui sont en contact, en modère subitement la production, la régularise et fait cesser les désordres qui en sont le résultat. Dès son application, la transpiration devient inodore, et la peau reprend son épaisseur primitive sans cesser d'être souple. (*Répertoire de pharmacie*, août 1859.)

Polypes ou fongosités de l'urèthre; instrument pour en favoriser l'extraction, par le docteur G. MÉRAN.

M. Méran a fait construire son instrument à l'occasion d'un cas dont le diagnostic avait été d'abord fort obscur. C'était un rétrécissement uréthral chronique, accompagné de cystite légère, avec sensibilité exagérée de la vessie et diminution de sa cavité, et donnant lieu à de fréquentes rétentions d'urine. La dilatation graduée avait produit des améliorations rapides, mais passagères. Un jour, en retirant une sonde creuse, M. Méran la trouva obstruée par des caillots sanguins et une lentille de tissu mou, fongueux. Il était, dès lors, certain qu'il s'agissait d'un ou de plusieurs polypes. Pour en opérer l'extraction, il fit construire une sonde droite à large fenêtre rectangulaire, destinée à recevoir le corps étranger; une deuxième sonde, contenue dans la première, et munie d'une fenêtre tout à fait semblable, devait, par un mouvement de rotation, servir à couper le polype faisant hernie dans l'intérieur des deux

sondes. Les dimensions de l'instrument et de la fenêtre, et la position de cette dernière avaient été calculées d'après le siége et la longueur connus du rétrécissement.

L'opération réussit dès la première tentative ; on retira un cylindre de polype de 15 millimètres de long, de 4 millimètres d'épaisseur. Le saignement fut insignifiant, et la douleur à peu près nulle. Après trois nouvelles séances, faites à quelques jours d'intervalle, on cautérisa le point qu'avaient occupé les polypes à l'aide d'un crayon de sulfate de cuivre fixé dans la sonde, au niveau de la fenêtre. On amena encore, plus tard, quelques parcelles de polype, et on répéta la cautérisation. A partir de ce moment, le calibre normal du canal était parfaitement rétabli, et il ne restait plus qu'à traiter l'affection vésicale. La guérison sera-t-elle définitive ? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer, et M. Méran craint même une récidive d'après la composition histologique des polypes, qui paraissaient se rapprocher des cancroïdes. Quoi qu'il en soit, son instrument lui a paru d'une application assez facile ; dans les mouvements de rotation, les bords tranchants de la fenêtre pinçaient, à la vérité, quelquefois légèrement la muqueuse, mais ce fait était indiqué par la sensation du malade, et il suffisait d'opérer une rotation en sens inverse pour faire cesser le pincement. (*Union médicale de la Gironde*, n° 8, 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies charbonneuses, par L.-A. Raimbert, médecin des hospices de Chateaudun, médecin des épidémies, lauréat de l'Académie de médecine, etc. In-8. Paris, Victor Masson, 1859.

Relation historique et médicale de l'épidémie cholérique qui a régné à Marseille pendant l'année 1854, par le docteur Sirus-Pirondi, professeur à l'École de médecine de Marseille, chirurgien en chef des hôpitaux, etc. Brochure in-8 de 176 pages. Paris, Labé, 1859.

Si l'on veut bien tenir compte du nombre, malheureusement trop considérable, d'affections charbonneuses que les médecins sont appelés à observer dans certaines parties de la France ; si l'on songe à l'obscurité dont sont encore entourées plusieurs des questions qui se rattachent à l'étude de ces maladies ; si l'on réfléchit enfin combien ces desiderata peuvent entraîner avec eux de doutes et de confusion dans l'esprit du praticien, alors cependant que la vie du malade dépend avant tout d'un diagnostic rapide et certain, on ne sera pas surpris du grand nombre de travaux qui ont été faits sur ce sujet, de l'intérêt constant qui s'y attache, tandis que la rareté relative des maladies charbonneuses à Paris explique aisément l'espèce d'oubli dans lequel on laisse tomber ici cette étude, oubli que justifie d'ailleurs l'impossibilité de rassembler, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, les matériaux d'une œuvre vraiment utile. Malheureusement, les travaux auxquels nous faisions allusion plus haut, disséminés pour la plupart dans les publications périodiques ou dans les mémoires des sociétés savantes, sont loin d'avoir répandu, autant qu'on pouvait l'espérer, les notions intéressantes qu'ils contiennent ; bien plus, un certain nombre d'entre eux, qu'ont inspirés des concours spéciaux ou la sollicitude des associations départementales, sont restés confinés dans l'étroite sphère qui les a vus naître et demeurent encore aujourd'hui lettre close pour le plus grand nombre des médecins.

Frappé de cet état de choses, et riche d'ailleurs en observations et en expériences personnelles, M. le docteur Raimbert a voulu utiliser tous ces matériaux épars ; mais, loin de se borner au rôle toujours facile de compilateur, il apporte, lui aussi, son contingent de recherches et d'études, et nous donne aujourd'hui un traité, *ex professo*, dont plusieurs chapitres sont marqués au coin d'une véritable originalité.

Étudiant d'abord les affections charbonneuses chez les animaux, l'auteur, après avoir rappelé que les expériences de l'Association médicale d'Eure-et-Loir ont démontré que *le sang de rate* du mouton, *la maladie de sang* de l'espèce bovine, *la fièvre charbonneuse* du cheval, *la pustule maligne* de l'homme, sont de même nature ; que ces affections sont virulentes et septiques ; qu'elles se transmettent par inoculation, non-seulement aux animaux de la même espèce, mais à plusieurs espèces différentes (1), l'auteur, disons-nous, a cherché à pousser plus loin ses investigations et à déterminer la nature du virus charbonneux. Dans ce but, il a introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins et de chats des matières animales putréfiées, et a ainsi déterminé la mort de ces animaux. D'une autre part, il a inséré successivement d'un lapin à un autre, jusqu'au cinquième, du sang et des tissus pris à l'animal qui avait été le sujet d'une première inoculation. Le résultat a été le même : tous les lapins ont succombé dans un espace de temps qui a varié de vingt-quatre à trente-six heures. Ces expériences nous semblent mériter l'attention à un double titre : elles prouvent d'abord que des animaux, choisis même parmi ceux qui ont une grande résistance vitale (les chats), succombent à l'introduction dans leur organisme de matières animales putréfiées ; elles démontrent, en outre, que le pouvoir toxique de ces matières ne s'affaiblit pas par la transmission. Mais c'est là toute l'importance que nous pouvons leur reconnaître ; nous ne voyons rien qui autorise M. Raimbert à en déduire *la nature putride du virus charbonneux*. Et, en effet, toutes ces expériences peuvent se résumer ainsi : le virus charbonneux tue et ne s'affaiblit pas ; les matières animales putréfiées tuent (dans les conditions précitées) et leurs qualités nuisibles ne s'affaiblissent pas. Or, il y a ici deux ordres de faits parallèles et non point deux ordres de faits corrélatifs. Nous ne nions point que le virus charbonneux soit de nature putride, nous nions seulement que ces expériences le démontrent. D'ailleurs, une question préjudicielle voudrait, avant tout, être discutée : qu'est-ce que la *nature d'un virus ?* comment peut-on la déterminer ?

Quoi qu'il en soit, l'étiologie des affections charbonneuses des animaux est étudiée avec le plus grand soin, et l'auteur, après avoir successivement discuté l'influence des climats, du sol et des conditions hygiéniques, rapporte à trois conditions principales l'évolution de ces maladies : « Une alimentation très azotée, qui animalise le sang outre mesure ; une température élevée, succédant à des pluies abondantes ou alternant avec elles ; enfin, et par-dessus tout, le dégagement d'effluves, de miasmes qui, pénétrant dans l'organisme des animaux par les voies respiratoires, y remplissent à l'égard du sang les fonctions d'un ferment, l'altèrent et y développent une sorte de putridité qui porte une atteinte profonde à la vie. »

Passant ensuite à l'étude de ces maladies chez l'homme, M. Raimbert les classe ainsi : la pustule maligne, forme la plus commune ; la fièvre charbonneuse et le charbon symptomatique, formes très rares. L'histoire de la première forme est tracée d'une façon complète ; elle abonde en renseignements de la plus grande utilité, notamment en ce qui concerne la communication de la pustule maligne de l'homme à l'homme, et les résultats de l'inoculation aux animaux, du virus puisé sur l'homme. On sait que les expériences de MM. Maucourt, Gendrin, Salmon et Maunoury ont démontré que le virus charbonneux, en passant par l'organisme de l'homme, ne perd pas ses propriétés toxiques.

Pour la description des symptômes, M. Raimbert a adopté, en la modifiant un peu, la division de M. Bourgeois, et il arrive ainsi à distinguer trois périodes dans la marche de la pustule maligne : 1° une période d'inoculation, ordinairement très courte, caractérisée uniquement par une sensation de démangeaison dans le point où va se montrer la vésicule initiale de la pustule ; 2° une période d'éruption révélée par l'apparition successive, sans douleur notable, d'une tache, d'une papule, d'une vésicule séreuse, puis d'une petite eschare arrondie, entourée d'une aréole vésiculeuse, aplatie, ne contenant jamais de pus, et reposant sur une base dure, de volume et

(1) Le lecteur désireux de connaître les détails de ces expériences en trouvera le résumé dans une note que M. Raimbert a ajoutée à son ouvrage, note qui est extraite des *Comptes rendus de l'Association médicale d'Eure-et-Loir*, 1849-1852.

de couleur variables : 3° une période d'intoxication, qui se manifeste par des symptômes ayant la plus grande analogie avec ceux des fièvres putrides. Cette division nous semble préférable, en effet, à celle d'Enaux et de Chaussier, parce qu'elle est moins arbitraire et ne coupe pas la marche de la maladie en temps complétement artificiels. Du reste, les variétés d'aspect que peut présenter la pustule, la relation qui existe entre certaines modifications des phénomènes objectifs et la rapidité de l'intoxication générale, sont exposées avec un soin remarquable, et justifiées par de nombreuses observations. Nous croyons devoir transcrire ici les conclusions de l'auteur sur ce point : « En général, la pustule maligne la moins grave, est celle dont l'eschare centrale est large et siége, avec une aréole vésiculaire d'une étendue très variable, souvent petite ou nulle, au milieu d'une zone d'un rouge vif, sur unc tumeur dure, douloureuse, facile à circonscrire malgré le gonflement diffus qui l'environne, et qui est le point de départ de traînées rougeâtres, dues à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, et à laquelle participent les ganglions auxquels ils se rendent. De même celle-là est presque toujours d'une gravité extrême, qui a une eschare petite, située au centre d'une tumeur non circonscrite et indolente, et dont l'aréole vésiculaire, plus ou moins prononcée, n'est entourée d'aucune rougeur, indice d'une réaction inflammatoire conservatrice. »

Mais nous conseillons tout particulièrement la lecture attentive du chapitre que M. Raimbert a consacré au diagnostic de cette redoutable affection. Nous l'avons déjà dit, d'un diagnostic rapide dépend le salut du malade, et, dans bien des cas, les manifestations sont douteuses. C'est donc là un point d'une difficulté réelle, et chacun, ce nous semble, doit être reconnaissant, comme nous-même, des efforts qu'a faits l'auteur pour y porter la lumière, et du soin qu'il a pris de montrer dans des observations, qui sont autant de tableaux cliniques, les principales sources d'erreur. Les mêmes éloges sont justement dus à l'étude de l'œdème malin, que M. Bourgeois n'a signalé jusqu'ici qu'aux paupières, mais que M. Raimbert a rencontré sur d'autres régions du corps.

Quant au charbon malin spontané ou symptomatique d'une fièvre charbonneuse, l'auteur décrit séparément la tumeur gangréneuse et la fièvre charbonneuse. N'ayant pas observé la première forme, il se borne à rappeler les caractères qui lui ont été assignés par Fournier; elle n'est que le signe extérieur d'un état spécial de l'organisme et de sa réation contre le principe qui l'infecte, c'est-à-dire de la fièvre charbonneuse. Elle paraît naître sous l'influence des causes générales qui produisent les affections analogues chez les animaux, ou bien elle succède à l'usage de viandes provenant d'animaux morts du charbon, ou à l'absorption par les voies respiratoires, de molécules ou d'émanations imprégnées du virus spécifique. Malgré les deux observations de M. Maunoury et quelques faits qui lui sont personnels, M. Raimbert pense que l'existence d'une fièvre charbonneuse simple, c'est-à-dire sans tumeur extérieure, ne repose encore que sur des bases incertaines.

Sans entrer ici dans des détails qui nous entraîneraient trop loin, nous devons dire que l'auteur a exposé avec soin les diverses méthodes de traitement qui ont été tour à tour proposées. Mais, pour lui, il n'en est qu'une d'efficace, c'est la cautérisation soit avec le fer rouge, soit avec le bichlorure de mercure, qui ne lui semble pas mériter la proscription dont il a été l'objet. Tous les autres moyens thérapeutiques que l'on a préconisés, vomitifs, purgatifs, émissions sanguines, feuilles de noyer, etc., ne lui paraissent avoir dû leur succès qu'à des erreurs de diagnostic ou à des guérisons spontanées, comme il en rapporte lui-même des exemples.

Nous bornerions ici notre analyse, si nous ne tenions à combler une lacune historique qui nous a surpris. M. Raimbert avance que ce n'est que dans la seconde moitié du siècle dernier que l'on a commencé a établir quelques distinctions entre les diverses tumeurs extérieures dont la gangrène est l'attribut, et il reproche même à Fournier (*Obs. et exp. sur le charbon malin, avec une méthode assurée pour le guérir*, Dijon, 1769) de n'avoir pas toujours su distinguer la pustule maligne, l'anthrax furonculeux et le charbon malin. Certes, si l'on veut dire qu'un diagnostic précis n'avait pas été fait entre ces affections, et qu'une certaine confusion régna pendant longtemps sur ce sujet, ces remarques sont pleines de vérité ; mais il serait injuste d'en exagérer la portée. Nous sommes des premiers à convenir que les descriptions de Galien, de Celse, d'Arétée, de Paul d'Egine, d'Aétius, par exemple, manquent de précision, et s'appliquent indistinctement à des tumeurs de nature très différente ; mais il n'est pas moins vrai qu'on retrouve dans leurs tableaux un grand nombre de traits que peut revendiquer à bon droit l'histoire de la pustule maligne proprement dite ; il n'est pas moins vrai que ces auteurs avaient parfaitement saisi l'indication thérapeutique principale, puisque Celse (lib. V, cap. VIII) conseillait le feu, et Aétius (cap. *De pustulis in febribus*) la chaux vive. A la vérité, on les a accusés d'avoir fait, sous le nom d'anthrax, la description des varioles ; mais ce reproche, qni a été principalement formulé par Hahn et Triller (*Opuscul. méd.*, v. II, p. 13), n'a pu tenir devant l'argumentation serrée de Werlhoff (*Disquisitio de variolis et anthrace*, Op. t. II, III, p. 745). Aussi, Joseph Frank, à qui nous empruntons les citations précédentes, n'hésite-t-il pas à attribuer aux auteurs anciens que nous avons nommés plus haut, la première mention des affections charbonneuses, tout en reconnaissant qu'on en rencontre une notion plus claire dans les écrits des Arabes, et surtout chez Avicence. En tous cas, l'on trouve, dès le XVIe siècle, bien longtemps avant Fournier, une exacte description de ces maladies, due à des auteurs italiens et espagnols, parmi lesquels il nous suffira de citer Tossi de Serra (*De anthrace seu carbunculo tractatus*, Venet., 1576), P. de Herera (*De carbunculis animadversiones*, Pintiæ, 1604), tandis que, quelques années plus tard, on commençait à s'occuper en France du même sujet, ainsi que le prouve un mémoire de De la Vigne (*Ergo anthraci ferrum et ignis?* Paris, 1616). Si nous nous permettons ces remarques, c'est que nous aurions désiré que M. Raimbert, dont le travail est si complet au point de vue clinique, eût moins perdu de vue le côté scientifique ; c'est que nous aurions voulu qu'au lieu de se borner à un simple aperçu historique, il eût mis au jour et discuté les passages controversés des anciens. Nul mieux que lui, en raison des connaissances spéciales qu'il possède sur la question, n'était à même de remplir une pareille tâche, et de nous montrer la série non interrompue de travaux qui ont conduit à l'interprétation et au groupement actuels des maladies charbonneuses.

— Il semblerait, au premier abord, que la relation d'une épidémie cholérique ne peut avoir d'importance que pour les médecins de la ville même qui en a été le théâtre, que son utilité, en tout cas, ne va pas au delà des intérêts restreints de la localité, et que la science n'a que peu de profit à attendre de travaux de ce genre. Il n'en est pourtant pas ainsi. Il s'agit en effet d'une maladie mystérieuse encore, insaisissable dans ses allures, et dont la marche envahissante et rapidement mortelle est le seul élément bien connu. Or, ce n'est qu'en l'étudiant dans ses plus petits détails, qu'en tenant compte de toutes les circonstances qui en accompagnent l'invasion et la disparition, qu'on peut espérer acquérir sur elle des notions plus précises, et, par suite, des moyens plus efficaces pour combattre un fléau dont les désastreuses visites se sont notablement rapprochées. Or, c'est là justement le but et l'utilité des relations bien faites d'épidémies locales : c'est par le groupement et la comparaison de toutes ces études partielles, c'est grâce aux conséquences qui en ressortent naturellement, que l'on pourra plus tard se placer à un point de vue plus général, et asseoir ses conclusions, non plus sur le terrain toujours mouvant de l'hypothèse, mais bien sur les bases inébranlables de l'expérience et de l'observation.

Ce sont sans doute des considérations de ce genre et la foi dans l'utilité de son œuvre qui ont guidé M. le docteur Sirus-Pirondi, et lui ont permis de surmonter les difficultés arides du travail auquel il s'est livré. Il n'est pas une question pouvant se rattacher de près ou de loin à l'épidémie, qui n'ait été l'objet de recherches approfondies. Il nous suffira, pour le prouver, d'indiquer ici la marche suivie par l'auteur. Il a divisé sa relation en six parties : la première comprend l'étude des causes de l'épidémie. Là sont discutées les influences atmosphériques, celles qui dépendent des conditions hygiéniques et morales de la population, celles qui pourraient tenir à la ville elle-même. Après avoir tenu compte de tous ces élé-

ments divers, M. Pirondi se croit autorisé à conclure que le choléra n'a pas été formé *de toutes pièces* à Marseille, mais qu'il y a été mporté. Dans la deuxième partie, il étudie l'importation et le mode de propagation du choléra. Dans la troisième, il rappelle l'invasion de la maladie en Provence, et décrit avec soin l'état sanitaire de Marseille, au moment où l'épidémie sévissait à Avignon et à Arles. La quatrième partie est consacrée à l'exposition des symptômes et du traitement du choléra en 1854. Nous ne nous arrêterons point sur les phénomènes malheureusement trop connus par lesquels il se révèle, mais nous devons dire quelques mots des divers modes de traitement qui ont été mis en usage. Et d'abord il résulte de relevés comparatifs, que l'influence des médicament dits préservatifs est complétement nulle ; et que, là où de bonnes règles hygiéniques sont observées, le résultat est le même, abstraction faite de toute médication préventive. Quant aux moyens mis en œuvre une fois la maladie confirmée, ceux qui ont semblé le mieux réussir, sont l'esprit de camphre, l'ipéca à doses fractionnées, le sulfate de strychnine et la *teinture mère* d'ellébore blanc. M. Pirondi ajoute d'ailleurs qu'il n'y a là rien d'absolu ; chaque médicament a eu ses succès et ses revers, en sorte qu'il faut se borner à consigner le résultat de ses observations, sans se permettre aucune conclusion.

La cinquième et la sixième partie de ce mémoire sont remplies par l'examen des mesures préventives et prophylactiques, et par des relevés statistiques qui abondent en renseignements utiles.

Tel est le cadre que s'est proposé de remplir le médecin de Marseille, et il s'est consciencieusement acquitté de sa tâche. Nous sommes persuadé, en ce qui nous concerne, de l'utilité d'un tel travail, et cette conviction sera partagée sans doute par tous ceux qui le liront avec l'attention qu'il mérite à tous égards.

S. JACCOUD.

VI

VARIÉTÉS.

— Les membres du jury du concours pour trois places de médecins du Bureau central sont : MM. Becquerel, Beau, Cendrin, Horteloup, Puche, Cullerier, Malgaigne, *juges titulaires* ; Hardy et Ciraldès, *suppléants*. — Les candidats inscrits sont : MM. Archambault, Axenfeld, Barnier, de Beauvais, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Caillault, Canuet, Chauffard, Desnos, Dufour, Dumont-Pallier, Favre, Frémineau, Cèry, Grange, Cros, Cuyot, Isambert, Labat, Laboulbène, Lamaestre, Landry, Lorain, Luys, Magnac, Maingault, Millard, Moynier, Parrot, Piberet, Prost, Simonnet, Thibierge, Triboulet, Vidal, Voisin, Zambaco.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'approuver un vote émis par le conseil municipal de Montpellier et par le conseil général de l'Hérault, relatif à l'érection à Montpellier des statues de Lapeyronie et de Barthez. Un arrêté du préfet de l'Hérault institue une commission pour surveiller l'exécution de ces deux monuments.

— Ont été nommés à sept emplois de médecin aide-major de 1re classe, les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent : MM. Durant, Lhonneur, Raux, Cuimberteau, Frilley, Hacherelle et Denoix.

— On lit à la partie officielle de la *Gazette médicale d'Orient* :

« Les élèves qui s'étaient révoltés contre l'autorité afin d'empêcher l'adoption d'un règlement qu'ils supposaient contraire à leurs intérêts, n'ayant pas tardé à reconnaître leur faute, ont trouvé grâce auprès de l'auguste monarque, toujours enclin à pardonner.

— Le docteur Mosler (de Giessen) vient de constater un singulier cas d'éternument spasmodique.

Une fille de vingt-deux ans, qui avait conservé, à la suite de fièvre typhoïde, une affection de l'oreille droite, a été prise tout à coup d'un éternument continu. Malgré tous les soins qu'on s'est empressé de lui donner, les accès ont duré quatre-vingts heures.

En admettant seulement dix éternuments par minute, ce qui est au-dessous de la réalité, on aurait pour ces quatre-vingts heures le chiffre énorme de 48,000 éternuments. Ce n'est qu'à la longue que le docteur a réussi à délivrer la malheureuse jeune fille de ces accès.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE. — 3e livraison. Séméiotique des bruits du cœur du fœtus, par *Frankenhauser*. — Enroulement du cordon autour du fœtus comme cause de dystocie, par *Kauffmann*. — Favus du sein, par *Fischer*. — Cas d'avortement, par *Kauffmann*. — Remarques sur la composition chimique du lait de vache, par *Hoppe*. — Cas de grossesse extra-utérine, par *Abarbanett*. — Kystes de l'ovaire (suite) — Trois cas d'accouchement prématuré artificiel, par *Cohen*. — 4e livraison. Deux opérations césariennes, par *Meissner*. — Moyens accessoires de l'inspection vaginale, par *Ploss*. — Accouchement prématuré artificiel dans un cas d'œdème pulmonaire, par *Kirsten*. — Grossesse extra-utérine ; opération, succès complet, par *Sehreger*. — Historique de la céphalotripsie, par *Hüter*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT. — No 23. Carlsbad et Marienbad, par *Sehnetter*. — 26. Présentations frontales, par *Spaeth*. — 27. Présentations frontales (suite). — Hernie diaphragmatique, par *Flöget*. — 28. Céphalotripsie dans un cas de présentation frontale, par *Nusser*. — 29 et 30. Contributions à la chirurgie opératoire, par *Heyfelder*. — 31. Étranglement par torsion d'une anse intestinale, par *Bunzel*. — Contributions à la chirurgie opératoire (suite), par *Heyfelder*. — 32. Les pneumatoses du corps humain, par *Patruban*. — 33. Pneumatoses (fin). — Clinique. — 34. Observations de herniotomie, par *Ulrich*. — 35. Herniotomie (suite). — 36. Eaux minérales de la Croatie, par *Preyss*. — 37. Altérations syphilitiques des cheveux, par *Sigmund*. — Flexion de l'utérus accompagnée de symptômes hystériques, par *Eder*. — 38. Chirurgie opératoire (suite). — 39. Mort tardive par le chloroforme, par *Linhart*. — Chirurgie opératoire (suite). — 40. Eaux minérales de la Croatie (suite). — 41. Les eaux de Szegedin, par *Attstædter*.

VERHANDLUNGEN DER PHYSICALISCH-MEDICINISCHEN GESELLSCHAFT IN WUERZBURG. — Tome X. — 1re livraison. Petites communications, par *Osann*. — Sur l'état actif et l'état passif de l'hydrogène et de l'oxygène, par *le même*. — Quelques détails sur la médecine javanaise, par *Heymann*. — Systosarcome congénital de la région sacrée, par *Förster*. — Sur la recherche des petites quantités d'arsenic et d'iode, par *Osann*. — Sur quelques éléments du houblon, par *Wagner*. — Sur les cellules ganglionnaires dans le muscle ciliaire de l'homme, par *Mütter*. — Observations météorologiques faites à Aschaffenburg, par *Kittel*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — No 36. Traitement de l'ophthalmie granuleuse (fin). — Causes du marasme, etc. (fin). — 37. Diététique (suite). — Sur l'ischurie, par *Kerkeis*. — 38. Traitement de l'épilepsie par la castration, par *Althans*. — Galvanocaustique (suite). — Ischurie (suite). — 39. Valeur de quelques préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, par *Sigmund*. — Ischurie (fin). — 40 et 41. Ablation de tumeurs du corps thyroïde à l'aide du cautère électrique, par *Schuh*. — Plique polonaise (suite). — 42. Préparations mercurielles (suite). — Galvanocaustique (suite).

ZEITSCHRIFT FUER WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE. — Tome X. — No 1. Contribution à l'anatomie de la partie membraneuse de la lame spinale, par *Deiters*. — Recherches sur les corpuscules vitellines des poissons, par *Filippi*. — Sur la composition chimique du tissu cartilagineux, par *Friedleben*. — Les planaires des environs de Gratz, par *Schmidt*. — Les muscles de l'avant-bras et de la main chez les mammifères et chez l'homme, par *Aeby*. — Les mycétozoaires, par *de Bary*. — Sur les organes génitaux des nématodes, par *Schneider*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — No 1079. Méningite cérébro-spinale, par *Düben* et *Malmsten*. — Adhérences du péricarde, par *Düben*. — Foie syphilitique, par *Abelin* et *Düben*. — 1080. Rétrécissement et ulcération de l'S iliaque, par *Malmsten* et *Düben*. — Rétrécissement du rectum, par *Düben* et *Lundberg*. — L'affaire Smethurst, par *Donovan*. — 1081. L'affaire Smethurst, par *Geoghegan*. — 1082. Cas d'hydrophobie, par *Santesson*. — 1083. Cas de thrombose, par *Santesson*. — 1084. Traitement des vomissements des femmes enceintes par le calomel, par *Bagot*. — 1085. Observations anatomiques, par *Retzius*. — Cas de monstruosité, par *Mitroy*.

Livres.

DE LA FRÉQUENCE DES ALTÉRATIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS DANS LES AFFECTIONS DITES UTÉRINES, par le docteur *Siredey*. In-4 de 141 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

ÉTUDES SUR LA MORT VOLONTAIRE. DU SUICIDE POLITIQUE EN FRANCE, DEPUIS 1789 JUSQU'A NOS JOURS, par le docteur *Des Étangs*. In-8 de 536 pages. Paris, Victor Masson. 7 fr. 50

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, par *F.-A. Longet*. Tome II, 2e édition, revue, corrigée et augmentée. In-8 de 948 pages, avec figures dans le texte. Paris, Victor Masson. 12 fr.

DE FISTULIS VENTRICULI EXTERNIS ET CHIRURGICA EARUM SANATIONE, ACCEDENTE HISTORIA FISTULÆ ARTE CHIRURGORUM PLASTICA PROSPERE CURATÆ, par *Al.-Th. Middeldorf*. Breslau, 1859.

GRUNDRISS DER PHYSIOLOGIE DES MENSCHEN (Précis de physiologie de l'homme), par le docteur *K. Vierordt*. 1re livraison. Grand in-8. Francfort, Meidinger Sohn et Comp. 4 fr.

HALF-YEARLY ABSTRACT OF THE MEDICAL SCIENCES BY RANKING AND RADCLIFFE. Vol. XXX : Juillet à décembre 1859. Londres, J. Churchill.

THE ANATOMY OF THE HUMAN LUNG (L'anatomie du poumon de l'homme), par *A.-T. Waters*. In-8. Londres, Churchill. 9 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 24 FÉVRIER 1860. — N° 8.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 31 août au 31 décembre 1859.

226. FAY, Basile, né à Théminette (Lot). [*De la névralgie sciatique et de son traitement.*]

227. DOUET, Jean-Auguste, né à Passavant (Maine-et-Loire). [*Considérations sur le traitement de l'angine couenneuse et du croup.*]

228. LERATON, Jean-Auguste, né à Banize (Creuze). [*De la goutte.*]

229. ANDRADE, Augustin, né à Paris (Seine). [*Des rétrécissements infranchissables de l'urèthre et de leur traitement par l'uréthrotomie externe sans conducteur.*]

230. LESUR, Félix, né à Vireux-Monin (Ardennes). [*De la gangrène spontanée des extrémités.*]

231. MERGIER, Étienne, né à Montlaurent (Ardennes). [*Des inflammations de la paume de la main.*]

232. RAMEAU, Clément-Joseph, né à Écommoy (Sarthe). [*De l'éruption des dents et des accidents qu'elle produit.*]

233. BENOIT, Camille-Jean, né à Privas (Ardèche). [*De la paralysie générale des aliénés.*]

234. REPIN, Pierre-Clément, né à Jupilled (Sarthe). [*De la colique nerveuse endémique des pays chauds, et en particulier du diagnostic différentiel de cette affection et de la colique de plomb.*]

235. GUILLIER, Auguste-Démosthène, né à Thury (Yonne). [*De l'agent électrique dans la matière organisée et dans l'homme en particulier.*]

236. ROUSSEAU, Jean-Baptiste, né à Genouillac (Creuse). [*Des caractères distinctifs de l'espèce humaine.*]

237. BERTIN, Joseph-Nicolas, né à Dampierre (Haute-Saône). [*De la version comme moyen d'extraction du fœtus, après l'écrasement de la base du crâne par le céphalotribe, dans le rétrécissement du bassin.*]

238. FLEURY, Alexandre-François-Alphonse, né à Paris (Seine). [*De l'analogie du choléra asiatique avec les fièvres pernicieuses et intermittentes, etc.*]

239. GYOUX, Marie-Charles-Philippe, né à Objat (Corrèze). [*Des opérations destinées à diminuer le volume du fœtus.*]

240. LHEUREUX, Félix-Julien, né au Mans (Sarthe). [*De l'éclampsie pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.*]

241. BALDY, Jules-Antoine, né à Catus (Lot). [*Des accidents de la ponction abdominale des kystes de l'ovaire, de leur traitement.*]

242. LAY, Jules-Henri, né à Saint-Front (Aisne). [*Quelques considérations sur les bubons.*]

243. ARNAL, Clément-Émile, né à Aulas (Gard). [*De l'anesthésie hystérique.*]

244. BAUGHET, Alphonse-Olivier-Théodore, né à Verneuil (Eure). [*Du mouvement et du repos. De l'influence qu'exerce la vie sédentaire sur la santé.*]

245. ARTHUS, Augustin-Eugène-Vincent, né à Combles (Somme). [*Des injections iodées dans les articulations; hydarthrose.*]

246. LEJEUNE, Napoléon-Louis-César, né à Fontaine-Enduémois (Côte-d'Or). [*De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures des os longs chez les adultes et les enfants.*]

247. DELBOURG, Achille-Désiré, né à Vandy (Ardennes). [*De l'iris et des symptômes de l'iris.*]

248. SGELLES DE MONTDÉSERT, Octave-Ernest, né à Carentan (Manche). [*Essai de philosophie médicale.*]

249. GAGNIARD, Edme-Jacques, né à Avallon (Yonne). [*Topographie médicale du Morvan avallonnais.*]

250. MOTET, Auguste-Alexandre, né à la Flèche (Sarthe). [*Considérations générales sur l'alcoolisme.*]

251. MONRAISSE, Pierre-Adolphe, né à Jassac (Cantal). [*Des palpitations.*]

252. SIOTIS, Antoine, né à Ténos (île de l'Archipel). [*Des causes de l'avortement.*]

253. DESPAIGNET, François-Alphonse, né à Mont-de-Marsan (Landes). [*Quelques considérations sur les gangrènes spontanées des extrémités.*]

254. LESAGE, Louis-Henri, né à Sardant (Creuse). [*Des préparations arsenicales employées à l'intérieur.*]

255. BERNARD, Émile-Jean, né à Huillé (Maine-et-Loire). [*De la paralysie dans la diphthérie et dans les maladies aiguës.*]

256. GIBERT, Paul-Eugène, né à Chartres (Eure-et-Loir). [*De la paralysie chez les enfants.*]

257. DESMONS, François-Joseph, né à Coupelle-Neuve (Pas-de-Calais). [*De l'état puerpéral et des soins qu'il réclame.*]

258. TALBERG, Marie-Eugène-Médéric, né à Mer (Loir-et-Cher). [*De l'asthme.*]

259. CARRÈRE, Jean-Louis-Joseph, né à Montfort (Gers). [*De la paralysie du nerf moteur oculaire commun.*]

260. Pauly, Bernard, né à Caudrot (Gironde). [*Des calculs biliaires, des altérations et des symptômes qu'ils produisent.*]

261. Lucot, Jean-Baptiste-Auguste-Isidore, né à Donjon (Allier). [*De l'alimentation considérée comme moyen thérapeutique.*]

262. Témoin, Silvain, né à Germigny (Cher). [*La Maternité de Paris pendant l'année* 1859.]

263. Clochard, Antoine-Benjamin, né à Montaigu (Vendée). [*De la coxalgie chez les adolescents.*]

264. Arnould, Jean-Jacques, né à Nancy (Meurthe). [*Quelques considérations pratiques sur les affections chroniques de la matrice et sur leur traitement.*]

265. Dubois, Ange-Charles-Alphonse, né à Meaux (Seine-et-Marne). [*Quelques considérations sur l'anatomie pathologique des hémorrhagies méningées.*]

266. Pinera (de), Henri, né à la Havane (Cuba). [*De la péricardite.*]

267. Brard, Georges-Ernest, né à Jonzac (Charente-Inférieure). [*De la rate et de ses principales affections.*]

268. Vincent, Antoine, né à Giez (Haute-Marne). [*Quelques mots sur l'ovaire et l'ovarite.*]

269. Cartier, Julien, né à Fresselines (Creuse). [*De la dysenterie.*]

270. Péter, Charles-Félix-Michel, né à Paris (Seine). [*Quelques recherches sur la diphthérite et sur le croup, faites à l'occasion d'une épidémie observée à l'hôpital des Enfants en* 1858.]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Bourbon.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Bordeaux, ce 19 février 1860.

DE LA SCARIFICATION OCULAIRE. — PARALYSIE DU NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE.

Lettre adressée à M. le docteur Sichel, *professeur d'ophthalmologie.*

« J'approuve parfaitement la loyauté de ceux qui, avant de produire des textes, prennent l'engagement solennel d'en constater par eux-mêmes l'exactitude et le vrai sens. »

(Lettre de Mgr L. Eugène, évêque de Chartres, à Mgr l'évêque de Viviers, octobre 1856.)

Très savant et très cher confrère,

Je suis heureux de faire cesser vos regrets d'érudit; je viens combler une lacune que vous avez signalée dans le courant de votre savante étude sur l'ophthalmologie d'Hippocrate (1). Cette dissertation de Hampe, recherchée par vous, avec une si consciencieuse persévérance, dans les plus grandes bibliothèques de l'Europe, je l'ai trouvée (2); la bibliothèque de la ville de Bordeaux la possède, et j'ai fait de mon mieux, afin de tracer une analyse fidèle de cet ouvrage.

Hampe paraît, en effet, être le premier en date parmi ceux qui ont fait connaître la pratique et la doctrine de Woolhouse, ou plutôt des Woolhouse, en ce qui concerne la scarification de la conjonctive palpébrale; et ce sujet, il l'a traité avec beaucoup de développements. Il mérite donc tout l'intérêt que vous attachez à son travail sur l'autorité de Triller. Avant de vous faire connaître ce travail dans ses parties principales, laissez-moi, toutefois, toucher à quelques questions secondaires; si je ne m'abuse, elles ont leur importance pour l'histoire littéraire de la médecine. Laissez-moi aussi solliciter votre indulgence, savant maître, et celle du lecteur; nul ne saurait mieux plaider pour moi que celui-là même qui est devenu la cause de ma tentative. « *Quapropter*, dit Hampe, *iste labor*, QUANTULUSCUNQUE *sit*, *quem in rem minus excultam paucisque cognitam insumere non dubitavimus*, *ut spero*, *in bonam partem accipietur*, *defectuum veniam impetraturus*. » (Op. c., Proemium, pag. 4.)

D'abord, il ne me semble point que ni les granulations palpébrales, ni leur scarification, aient été réhabilitées, au siècle dernier, par Woolhouse, quoique cette erreur ait été partagée par un écrivain très érudit, et, ce qui plus est, son contemporain. Je veux parler de Heister. Il est plus que probable que l'autorité de ce dernier a beaucoup contribué à la propager et à la maintenir jusqu'à nos jours. Cette générosité, quoique excessive, forme un trait qui mérite d'être relevé et conservé dans la biographie du célèbre professeur de Helmstædt; car Woolhouse était pour lui un adversaire infatigable et rien moins que respectueux : *ubi atrocibus injuriis in me invehitur*, ajoute Heister au titre des *Dissertations sçavantes* (*sicut ab ipso appellantur*), etc. de Woolhouse (1); et leur longue polémique au sujet de la cataracte, du glaucome, etc., eut beaucoup de retentissement (2). Cette conduite, inspirée par le respect, sans accommodements, de la vérité historique, peut aussi être d'un bon exemple dans la littérature médicale présente et à venir.

Heister aurait été moins affirmatif, s'il avait connu le travail de Hampe, et, notamment, sa partie historique, dont je parlerai dans un instant. Dans son chapitre, d'ailleurs instructif, *De scarificatione oculorum*, il ne cite que le mémoire de Mauchart, qui fut son élève, dit-il, avant d'être celui de Woolhouse, et la dissertation de Platner. Mais ce qui peut surprendre davantage, c'est qu'il paraît avoir ignoré qu'un oculiste de grand renom avait déjà parfaitement décrit l'ophthalmie granuleuse et conseillé contre elle la scarification.

Maître-Jan (et non Jean, comme écrit tout le monde; il est curieux qu'on prétende corriger l'orthographe d'un nom propre) dit ceci : « Dans la partie intérieure de l'une et de l'autre paupière, il y a des âpretés, inégalités, ficosités, — *trachoma*. Elle se subdivise en trois espèces ou degrés : *sycosis*, *ficositas* ou *ficosa palpebra* (« il s'y élève des petites éminences à peu près comme des grains de figue »), et *tylosis* ou *callositas palpebranum* (3). L'étiologie, ainsi que la thérapeutique de ces affections, est traitée d'une manière approfondie, et on y lit le passage suivant, qui est assurément très explicite : « C'est aussi ce qui obligeait nos anciens (quoiqu'ils se servissent de collyres plus violents que les susdits, comme on peut le voir dans Galien, dans Paul, dans Aëce et autres) de *ratisser la partie intérieure des paupières* avec la pierre-ponce ou l'os de sèche, ou les feuilles de figuier, pour, en excoriant ces gales prurigineuses, faire écouler le sang. — Pratique rude, qui leur devait beaucoup faire appréhender l'augmentation de la fluxion et de l'inflammation » (ouv. cit., page 528). On peut se demander comment Maître-Jan ne cite

(1) J. Sichel, *Du traitement chirurgical des granulations palpébrales, exposé dans un des livres hippocratiques*; in *Gazette hebdomadaire*, n°s 50 et 51, année 1859, p. 803.

(2) Joannes-Henricus Hampe, *De scarificatione oculari Hippocratica, ejusque in plurimis oculorum affectibus utilitate.* Duisburgi ad Rhenum, 1721, in-4.

(1) *Bibliotheca chirurgica*, p. 55, in Laurentii Heisterii *Institutiones chirurg.*, t. I, Amstelædami, 1750, in-4.

(2) L. Heisteri, *De cataracta, glaucomate et amaurosi tractatio.* Cum figur. aen. Altorfii, 1713, p. 170, 181, surtout 213 et suiv., § 78, intitulé : *Woolfhusii objectio.*

(3) *Traité des maladies de l'œil*, etc., par Antoine Maître-Jan, chirurgien-juré du roi à Méry-sur-Seine. Troyes, 1707, in-4, p. 521.

De Saint-Yves fait également mention, quoique très brièvement, de cette maladie (*Nouveau traité des maladies des yeux*. Paris, 1722, in-8, ch. vii, p. 95).

pas Celse, qui a fort bien traité ce sujet et conseille, en outre de la feuille de figuier, un stylet affilé, *asperato specillo*, et, pour certains cas, une lancette, *scalpello*. J'ai dit : conseillé; le mot est peut-être un peu fort, car Celse ajoute qu'il faut réserver ces moyens pour des cas très intenses et très invétérés, et les employer rarement (1). Est-ce à dessein que Maître-Jan, qui était peu partisan d'opérations, ne voulait pas parler de celle-ci ?

Même du temps de Woolhouse, elle n'était pas tombée en désuétude autant qu'on pourrait le croire d'après tous les auteurs qui s'accordent à dire qu'il l'avait arrachée à l'oubli. Hampe lui-même (et il n'est certainement pas suspect d'avoir voulu amoindrir le mérite de son maître) nous apprend qu'il avait vu chez Glaschke, praticien distingué de Francfort, deux *râcloirs* des paupières, *blepharoxysta*, de formes différentes. Tous les deux étaient en argent. Le premier était composé de deux valves, dont l'une était, à l'intérieur, garnie de pointes très fines et très aiguës. L'autre râcloir avait des pointes en acier, recourbées l'une sur l'autre, *invicem;* elles étaient pour le moins, *saltem*, au nombre de trois. Mais aucun de ces instruments, ajoute Hampe, n'est comparable à celui de Woolhouse, soit pour la facilité de le manier, soit pour la sûreté dans l'opération, soit enfin pour le bon marché (Op. c., page 9).

Il est un autre point qui mérite d'être constaté, et qui, à ce que je crois, n'est pas encore connu. C'est que Woolhouse appartenait à une famille d'oculistes, qui l'avaient précédé dans l'invention ou le perfectionnement de l'instrument et de l'opération sur lesquels votre érudition vient, de nouveau, d'appeler l'attention des médecins. Hampe mentionne cette circonstance itérativement et en termes précis. Après avoir examiné les scarificateurs oculaires anciennement connus, il affirme qu'aucun d'eux ne vaut celui qui a été corrigé par la famille Woolhouse, *Woolhousiana familia* (Op. c., page 8). Ailleurs il dit que c'est, à ce qu'il sache, aux aïeux, *majoribus*, du sieur Woolhouse, qu'on est redevable d'avoir conservé et perfectionné un secret, *arcani*, d'une si haute utilité (Op. c., page 27).

Il règne, d'ailleurs, au sujet de ce médecin, un grand vague dans l'histoire, et si l'on y retrouvait quelque trace d'une autre personne de ce nom, on serait tenté de croire que les écrits cités par vous sous ce nom, et d'autres encore, pourraient bien avoir pour auteurs plusieurs membres de la même famille. Ainsi Hampe, en 1721, ne mentionne qu'un seul travail de son maître : ce sont *les Expériences des différentes opérations manuelles et guérisons spécifiques*, que le sieur *de Woolhouse a pratiquées aux yeux*, 1711 ; et il y a lieu de s'étonner qu'il ne renvoie pas, notamment, à l'opuscule intitulé *Catalogue d'instruments*, etc. Cet opuscule datait déjà, vous le savez, de 1696 ; il donnait la description de cinquante-sept instruments, ainsi que l'explication de leur usage, et l'auteur affirmait en avoir inventé plusieurs. Tels étaient : un phlébotome oculaire, le paracentherium ocularium, « fort curieux instrument pour la nouvelle opération de l'hydropisie de l'œil, » et « une autre espèce de lancette pour la ponction de l'œil dans l'hypopion (2). » N'y trouverait-on pas quelque scarificateur conservé par tradition dans la famille Woolhouse et moins parfait que celui célébré vingt-cinq ans plus tard par Hampe?

Toujours est-il que les données que nous possédons relativement à notre personnage sont à la fois très incomplètes et contradictoires. Vous paraissez croire qu'il était venu en France comme médecin oculiste du roi fugitif Jacques II (*Gazette hebdomad.*, page 802), et le docteur Andreae, de Magdebourg, formule ce fait encore plus explicitement (1). Or, la révolution qui détrôna Jacques II eut lieu, comme chacun sait, en 1688, et celui-ci arriva à la cour de Louis XIV le 4 janvier 1689, tandis que Woolhouse écrivit en 1711 qu'il exerçait la médecine à Paris depuis vingt-sept ans. C'est, du moins, ce qu'affirme la *Biographie médicale de l'Encyclopédie des sciences médicales* (tome II, page 197), c'est-à-dire Éloy, presque contemporain de Woolhouse; car on sait que cet ouvrage est la réimpression, avec quelques additions, du *Dictionnaire historique* du médecin lorrain. Celui-ci dit aussi, il est vrai, que Woolhouse était médecin de Guillaume III, roi d'Angleterre. A l'extrême rigueur, les deux versions, la vôtre et celle d'Éloy, peuvent être exactes. Certes, la médecine est politiquement neutre, et un oculiste peut prêter son concours tour à tour au roi qui s'en va et au roi qui arrive; mais, enfin, la chose n'est pas vraisemblable, par des considérations qui, dans le médecin, regardent l'homme et le citoyen. Dezeimeris paraît déjà avoir éprouvé quelque perplexité à cet égard, car il dit seulement que « lorsque Woolhouse fut rentré dans sa patrie, *le roi d'Angleterre* le nomma son médecin oculiste; (2) » mais quand rentra-t-il, et, conséquemment, lequel des deux rois le nomma? Cette réticence de Dezeimeris mérite d'autant plus d'être remarqué que son article est la simple, quoique incomplète reproduction, de celui de la *Biographie universelle* de Michaud (t. LI, p. 197. Paris, 1828), et que celle-ci mentionne expressément Jacques II. Evidemment, le consciencieux auteur du nouveau dictionnaire historique avait déjà des doutes sur ce point et n'avait pu les éclaircir.

Je me félicite de pouvoir les lever au moins jusqu'à un certain point. Il est bien avéré que Woolhouse « était attaché au service de Jacques II, et demeurait ordinairement à la résidence de ce roi, à Saint-Germain-en-Laye, » car il fit annoncer « qu'il se trouvait tous les lundis et tous les jeudis à Paris, dans la rue de Bussi, vis-à-vis la rue de Seine, au roi d'Angleterre (3). » Pour en finir sur ce que je sais relativement à Woolhouse, je vous dirai qu'il n'était pas né dans une famille noble, ainsi que le répètent tous ses biographes, mais qu'il fut anobli, soit pour son mérite, soit aussi pour prix de sa fidélité au roi déchu. Car, en 1696, il s'appelait encore simplement « M. Woolhouse, oculiste anglais, *serviteur* du roy de la Grande-Bretagne; » c'est le titre qu'il prend sur le *Catalogue d'instruments*, etc. (4); tandis qu'en 1708 il s'intitule : « M. de Woolhouse, Anglais, oculiste du roi de la Grande-Bretagne (5); » et, en 1711, « sieur de Woolhouse, *gentilhomme* et oculiste du roy d'Angleterre (6). »

Enfin la contexture des titres de ses publications paraît justifier les reproches qu'on lui faisait d'avoir des allures peu scientifiques. Ainsi, il a toujours soin d'ajouter son adresse à son nom, et cela avec une minutie qui ne laisse pas que d'être curieuse. Dans l'intitulé qui suit, vous remarquerez aussi une rédaction fort ambiguë ; était-elle involontaire? ou n'était-elle pas plutôt calculée, pour faire croire au public que lui,

(1) A. Corn. Celsi, *De medicina*, t. I, lib. VI, p. 329, édit. Leon. Fargue. Argentorati, 1806.
(2) *Journal des sçavans*, année 1696, p. 436.

(1) Aug. Andreae, *Die Augenheilkunde des Hippocrates*, 1843, p. 135.
(2) *Dictionnaire historique de la médecine*, t. IV, p. 420, édit. de 1858.
(3) *Journal des sçavans*, année 1696, p. 436.
(4) *Ibidem*, p. 435.
(5) *Mercure galant*, octobre 1708, p. 4.
(6) *Journal des sçavans*, année 1712, p. 127.

Woolhouse, était l'auteur d'un Traité des maladies de l'œil? Voici ce titre : « Réflexions sur le système prétendu nouveau » de messire Antoine Maître-Jan......, imprimé à Troyes » en 1707, touchant la cataracte, publié dans un traité des » maladies de l'œil, fait par M. de Woolhouse, anglais, ocu- » liste....., demeurant à l'hôtel Nostre-Dame, rue Saint- » Benoist, près les Murs de l'Abbaye. » (*Mercure galant, loc. cit.*) Ce fut dans ce Recueil, destiné à tenir le public au courant des affaires publiques, des événements de guerre, des grands et petits faits et gestes de la cour, que parut la première partie de ces *réflexions* (mois d'octobre, novembre et décembre 1708, janvier, février, mars et avril 1709); ce qui n'arrivait guère pour des publications scientifiques. Les très nombreuses citations textuelles d'Hippocrate, Galien, Oribase, etc., font, en effet, une étrange figure au milieu des nouvelles très diverses, destinées aux gens du monde. Aussi, un de ses adversaires, Brisseau le fils, pouvait-il dire spirituellement « si M. Woolhouse ne prouve rien touchant la question de fait, dont il s'agit ici, du moins il fait connaître qu'il a de l'érudition. Une expérience seule, faite selon toutes les circonstances nécessaires, prévaut cent mille raisons, et M. Woolhouse qui a beaucoup d'esprit... (1). »

Au demeurant, ce personnage de Woolhouse doit intéresser les médecins. Une partie de sa vie s'était passée à parcourir l'Europe et à y faire retentir son nom; il avait été attaché à la personne d'un roi qui avait traversé bien des vicissitudes et joué un des premiers rôles dans une grande révolution; homme du monde, actif, remuant, peut-être lui-même était-il mêlé aux mille entreprises et intrigues qui ne cessaient même pas avec la mort de Jacques II : c'est dire que la vie de ce médecin-oculiste a été assez accidentée pour mériter d'être éclaircie. D'autre part, ses écrits renferment de l'érudition, des idées et des pratiques neuves. Ses contemporains s'en occupaient beaucoup, et ils ont été prisés par des hommes tels que Méry, Littre, La Hire père et fils, qui s'associaient à ses travaux sur la cataracte, etc., et Sprengel, qui en a fait de nombreux extraits : c'est dire qu'il ne serait pas sans utilité de les connaître au complet. Mais cette notice bio-bibliographique ne pourra être composée qu'à l'aide de documents anglais, qui paraissent avoir été négligés jusqu'à présent. Je dis : paraissent; car, en lisant ce qui a été publié sur ce sujet, on reconnaît à chaque instant combien est fondé le reproche qu'un judicieux et incisif critique, M. Verneuil, a souvent adressé aux écrivains d'omettre l'indication des sources auxquelles ils ont puisé.

Je m'arrête ici dans cette excursion sur un terrain où vous ne vous êtes placé qu'incidemment. Vous aimez trop les recherches historiques, très savant et très cher confrère, pour m'en vouloir de vous y avoir suivi, n'est-ce pas? Veuillez aussi me pardonner d'avoir tardé à vous faire part de mon heureuse trouvaille; la pratique, hélas! toujours si absorbante, et d'autres travaux littéraires, obligatoires à jour fixe, ont imposé ces délais à ma propre impatience.

(1) Brisseau le fils, médecin-major, etc., *Traité de la cataracte et du glaucoma.* Paris, Laurent d'Houry, 1709, in-8, p. 257.

MARC BORCHARD,
Médecin des hôpitaux et des tribunaux de Bordeaux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

M. le docteur Beyran, dont nous sommes habitué à lire de bonnes communications dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE, a donné lecture à l'Académie de médecine d'un mémoire *Sur la paralysie syphilitique du nerf moteur oculaire externe.* Le mérite de ce travail est de présenter un tableau exact des circonstances symptomatologiques qui différencient la paralysie du nerf moteur externe des autres affections susceptibles de produire le strabisme convergent, telles que la rétraction ou la contracture du muscle droit interne. Peut-être le caractère différentiel tiré de ce que, dans le strabisme convergent, l'œil dévié reprend sa direction normale quand on ferme l'œil sain, est-il présenté en des termes trop absolus. Le muscle rétracté peut brider l'œil assez fortement pour ne pas lui permettre de revenir à la rectitude; seulement, il est excessivement rare que la déviation soit aussi fixe que dans le cas de paralysie du nerf moteur externe.

— Nous signalerons aussi d'une manière toute spéciale à l'attention du lecteur un remarquable mémoire relatif à l'*odontogénie*, présenté par M. Ch. Robin à l'Académie des sciences. On sait ce dont notre savant confrère est capable en matière d'anatomie physiologique.

II

REVUE CLINIQUE.

MÉDECINE LÉGALE : RAPPORT SUR UN CAS DE FOLIE SIMULÉE, par M. le docteur BILLOD, médecin de l'asile des aliénés de Sainte-Gemmes.

A propos de trois cas de simulation de folie, qui ont été soumis à mon examen dans ces derniers temps, et dont la relation doit être publiée dans un des prochains cahiers des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, j'ai avancé que le défaut de notion spéciale sur les caractères essentiels de l'aliénation mentale, conduisait d'ordinaire les individus qui simulent cette affection à adopter un genre de folie qui n'était pas dans la nature, ou du moins qui s'éloignait des types connus. J'ajoutais, par contre, qu'une étude préalable des maladies mentales pouvait conduire à la simulation d'un type dont les caractères se confondraient assez avec ceux de la folie véritable, pour que la vérification fût, à la rigueur, impossible.

Bien que le fait énoncé dans le rapport ci-après n'ait pas eu pour but une simulation de folie, et que son caractère mensonger ne puisse laisser dans l'esprit le moindre doute, comme après tout l'explication de ce fait par une hallucination de l'ouïe rentrait dans les explications possibles, il nous a semblé se rattacher, jusqu'à un certain point, à la question de diagnostic dont il vient d'être parlé, et nous avons pensé qu'à ce titre sa publication pourrait offrir quelque intérêt. Peut-être aussi, à défaut de cet intérêt scientifique, en empruntera-t-il à ses analogies avec un fait qui a eu, dans ces dernières années, un retentissement presque universel, et dont il ne serait en quelque sorte que le plagiat, je veux parler du miracle de la Salette.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL.— *Affaire M.....* —L'inculpé se nomme M..... (Louis), il est né à Ch........ où il a son domicile, et où il exerce la professeur de colporteur; il est âgé de trente-deux ans : marié depuis dix ans, père de deux enfants, tous deux du sexe féminin, et âgés, le premier de sept ans, et le second de cinq. Sa femme est enceinte de huit à neuf mois. Ses enfants sont bien portants, et ne présentent aucune particularité sous le rapport nerveux et mental. Le père et la mère sont morts, le premier d'une maladie de poitrine que l'inculpé qualifie de *catarrhe rouge;* il ignore la maladie dont est morte la seconde; il sait seulement que ni l'un ni l'autre n'ont été aliénés ou épileptiques. Il n'a qu'un frère, lequel est employé chez M. D....., fabricant de matelas à Ch......., et jouit de toute la plénitude de sa raison. Un cousin,

du côté de sa femme, a été aliéné et l'est encore, paraît-il, mais il n'est pas à sa connaissance que de son côté aucun cas d'aliénation mentale, d'idiotisme ou d'épilepsie se soit manifesté, soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux.

M..... est d'une taille moyenne, d'un tempérament nervoso-bilieux et d'une constitution assez forte. Sa physionomie est intelligente, mais elle semble exprimer un défaut de franchise et une habitude de dissimulation. Le regard, du moins, semble trahir un effort pour paraître assuré, surtout lorsque l'inculpé fait le récit du fait incroyable qui a motivé la présente expertise. Rien d'ailleurs dans l'expression du visage ne semble révéler une nature extatique ou contemplatique.

La santé de M..... paraît être excellente. La peau est fraîche, le pouls est régulier, les fonctions des organes digestifs et de leurs annexes s'exécutent normalement. On ne constate aucun tremblement, aucune vacillation dans la démarche, aucune diminution dans les forces, aucun symptôme de paralysie générale ou partielle, soit du sentiment, soit du mouvement, aucune lésion des cinq sens, aucun symptôme enfin d'une altération, si légère qu'elle soit, des centres nerveux.

L'inculpé dit avoir eu, il y a sept ans, une maladie dont les caractères principaux étaient de la diarrhée alternant avec de la constipation, des coliques, de la fièvre, etc., et qui a duré trois ans; mais son rétablissement était complet, et cette maladie qu'il a attribuée aux fatigues de son état, alors de scieur de long, n'a exercé aucune influence sur son moral, et n'a laissé aucune trace. On ne signale chez M..... l'habitude d'aucun excès, soit vénérien, soit alcoolique; il assure n'avoir jamais été adonné à l'onanisme, et n'avoir jamais eu de maladie syphilitique.

Lorsqu'on demande à l'inculpé s'il sait lire ou écrire, il répond : « Un peu, je n'ai été à l'école que six mois; » mais il nous semble que ses facultés sont plus développées que ne le comporte une instruction aussi restreinte, et que M..... y a sans doute suppléé par des lectures et des exercices ultérieurs.

Cet individu est accusé d'être l'auteur d'un incendie qui s'est déclaré chez lui et sur ses propres marchandises dans la nuit du 20 au 21 septembre 1859, dans le but apparent d'exploiter une double police d'assurance dont le montant, s'élevant à 6,000 fr., serait supérieur à la valeur des marchandises consumées. L'appréciation des charges qui pèsent contre l'inculpé ne m'appartenant pas, j'en viens au fait qui par sa nature merveilleuse a motivé l'ordonnance qui nous commet à l'effet d'examiner l'état des facultés intellectuelles de M.....

Pour l'exposé de ce fait, je ne puis mieux faire que de reproduire le propre récit qu'en fait l'inculpé lui-même dans ses interrogatoires devant M. le juge d'instruction, de même que pour faire apprécier l'état de ses facultés intellectuelles je n'aurai qu'à reproduire une partie des conversations que j'ai eues avec lui à la prison. Je ferai suivre l'un et l'autre de l'appréciation médicale qui doit servir de base à mes conclusions.

Extrait des interrogatoires que M. le juge d'instructon a fait subir à l'inculpé.

Demande. Ne prétendez-vous pas avoir des visions et ne vous attribuez-vous pas un pouvoir surnaturel?

Réponse. Oui, monsieur, je ne prétends pas à un pouvoir surnaturel, mais j'ai eu une vision. Encore, une vision c'est avoir vu quelque chose, et je n'ai rien vu. Voici ce qui m'est arrivé : tous les ans, depuis une grande maladie, dont je me suis guéri par l'intercession de la sainte Vierge, je vais faire un pèlerinage à la chapelle de Saint-Laurent de la Plaine. Le 28 octobre 1855, j'étais dans la chapelle, agenouillé devant la statue de la Vierge, lorsqu'une voix douce s'est fait entendre et m'a dit :

— Ici l'inculpé se lève et récite avec volubilité un long discours que nous écrivons sous sa dictée sur une feuille séparée, puis il ajoute :

Je suis allé trouver M. de Las-Cazes pour lui faire part de l'obligation où j'étais, par ordre de la sainte Vierge, d'aller voir l'Empereur; mais il n'a pas pu ou n'a pas voulu m'aider. Je ne pouvais plus dormir tant j'étais agité par l'impossibilité de remplir ma mission; alors je me suis rendu à Paris avec mes propres ressources; c'était en janvier 1857; après bien des rebuffades, aux portes du palais des Tuileries d'où les gardiens me repoussaient sous prétexte qu'il était aussi difficile de parler à l'Empereur que de prendre la lune avec les dents, l'un d'eux a été frappé de mon obstination à revenir sans cesse, et il m'a fait entrer dans un appartement du côté de la rivière, où un officier, nommé Fleury, m'a inscrit pour une audience du surlendemain. C'était un jeudi, et c'est un samedi que j'ai vu l'Empereur. On m'a fait entrer dans un appartement où il était seul, après que des généraux m'ont eu longuement interrogé. Deux messieurs, que l'on appelait des chambellans, étaient à la porte, je crois que l'un deux était M. de Walsh, mais je n'en suis pas certain. J'ai dit à l'Empereur la chose secrète que je tenais de la Vierge, et que je ne veux pas vous faire connaître. On lui avait passé par écrit le discours que je vous ai récité. L'Empereur a répondu : Je suis bien aise de vous avoir vu, et il m'a offert quelque argent que j'ai refusé; mais en sortant du palais, un officier m'a remis une somme que je ne veux pas faire connaître, de la part de Sa Majesté.

D. Où demeuriez-vous donc à Paris?

R. A l'hôtel de Provence, rue Fontaine-Molière. Je suis resté six jours, du lundi au samedi. C'est la semaine où Verger a été exécuté.

D. Vous avez fait une faillite à la suite de laquelle vous avez obtenu de vos créanciers un arrangement pour lequel vous leur payez 40 pour 100 de leurs créances. Est-ce à la même époque où vous avez eu votre vision?

R. Non, monsieur. C'est l'année dernière que j'ai été obligé de demander arrangement à mes créanciers.

D. Ne vous faites-vous pas passer pour sorcier aux yeux de vos voisins?

R. Moi! c'est une calomnie, je ne crois pas aux sorciers, je défends bien aux plus grands sorciers de m'ensorceler. Je n'ai jamais été condamné.

Interrogatoire du 26 septembre 1859.

D. Dictez vous-même ce que vous a dit la voix dans la chapelle de Saint-Laurent de la Plaine.

R. La voix a dit :

Mon enfant, va-t-en chez le comte de Las-Cazes, tu lui diras que c'est moi qui *t'a* envoyé chez lui; tu lui diras qu'il faut qu'il soit annoncé au prince qui gouverne la France, qu'il soit fait une loi en trois actes, c'est-à-dire une loi qui renferme trois choses :

La première, qu'il soit défendu de blasphémer le saint nom de mon fils.

La deuxième, qu'il soit défendu de travailler le saint jour du dimanche.

Ces deux choses seront défendues par les chefs des travaux, d'après la loi des gouverneurs.

La troisième chose est qu'il faut que l'indigent soit secouru par les gouverneurs ou par leurs ordres.

L'empereur Napoléon en donnera connaissance à tous les gouverneurs qui sont alliés avec lui, afin que mes paroles retentissent par tout le monde. Ces choses seront annoncées à l'empereur Napoléon par toi-même, ou par le comte de Las-Cazes lui-même.

Oh! mon enfant, si mes paroles ne s'accomplissent pas exactement, il arrivera de grands malheurs dans le monde, car *le bras de mon fils est si lourd que je ne puis plus le retenir.*

Tous ces grands travaux qui font vivre tant de monde, tomberont entièrement en ruine, et les chefs seront détruits; les récoltes seront belles jusqu'au moment de les couper; lorsqu'on les coupera il y aura peu de grains, car les blés et les raisins sécheront avant d'être mûrs. Les noix et les pommes de terre tomberont en pourriture. Il existera une grande famine. Le monde restera sur la terre en très petit nombre. Tous les enfants au-dessous de sept ans tomberont morts entre les mains de leurs mères, afin de n'être pas victimes des crimes de leurs parents. Tout mon peuple sera irrité l'un contre l'autre, et le malheur sera

sur la terre à son comble, car le bras de justice contemplera sa foudre.

Oh! mon enfant, si mes paroles s'accomplissent exactement, il y aura une récompense pour mon peuple, aussi réjouissante comme les châtiments seraient effrayants. Le commerce brillera avec justice et sera élevé sur tout, excepté sur le grain. Il viendra des récoltes abondantes de tous fruits, de pommes de terre, de vin et de grains.

L'empereur Napoléon sera aimé et craint de tout le monde, et tout le monde entier tremblera devant sa prestance lorsqu'il combattra un royaume pour y établir cette loi, il ne perdra jamais une seule bataille.

Va, mon enfant, et ne crains rien. Tu trouveras des hommes de secours qui te soutiendront dans ta misère, et tu annonceras toi-même à l'empereur Napoléon un secret de lumières que je te défends de dire à d'autres qu'à lui-même.

Ici la voix m'a révélé ce secret de lumière que je ne veux pas vous faire connaître et que j'ai communiqué à l'Empereur, ainsi que je vous l'ai dit dans mon premier interrogatoire, il y a quelques jours.

D. Vous ne cherchez pas à vous faire passer pour fou, cependant ce que vous racontez sur votre prétendue vision est de la folie; n'avez-vous pas imaginé tout cela pour vous donner de l'importance dans votre pays, et obtenir de l'argent de la bienveillance de l'Empereur si vous parveniez jusqu'à lui?

R. Je suis de très bonne foi. Je ne me crois pas fou le moins du monde ; la religion ne défend pas du tout de croire aux visions. Je n'ai nullement cherché à me donner de l'importance. Quant à l'argent que l'Empereur m'a fait remettre, je n'en voulais pas, puisque je l'ai refusé.

— L'extrait ci-dessus complétant l'ensemble des commémoratifs et antécédents de l'inculpé, je passe à l'examen direct de ses facultés intellectuelles, et j'arrive à la reproduction des divers points de ma conversation avec cet individu qui m'ont paru les plus propres à faire ressortir l'état desdites facultés.

D. Avez-vous des habitudes de piété?

R Comme tout homme doit le faire. J'allais à la messe et à vêpres quand je le pouvais ; je communiais à toutes les bonnes fêtes de l'année ; je fais ma prière matin et soir.

D. Faites-vous quelquefois des lectures ?

R. Oui, monsieur.

D. Quels sont les livres que vous lisez ?

R. ***L'Imitation de Jésus-Christ**, les **Quatre-Fils Aymon**, les **Saints-Pères du Désert**.*

D. Avez-vous lu des livres sur le miracle de la Salette?

R. Non, monsieur.

D. Avez-vous entendu parler de ce miracle?

R. (Après un peu d'hésitation.) Oui, monsieur.

D. Connaissez-vous les paroles adressées par la sainte Vierge aux enfants?

L'inculpé fait d'abord une réponse négative, puis, sur ma déclaration que la preuve existe du contraire, il se ravise et me reproduit quelques-unes de ces paroles, et notamment celles relatives à la défense de blasphémer le nom de Jésus, de travailler le dimanche, auxquelles il joint, par confusion avec les paroles qu'il prétend lui avoir été adressées à lui-même par la sainte Vierge, l'obligation de soutenir l'indigent.

D. Comment connaissez-vous ces paroles, puisque vous assurez n'avoir lu aucun livre sur ce sujet?

R. J'ai vu l'image sur le dos de laquelle elles se trouvent.

D. En 1848, vous êtes-vous occupé de politique?

R. Non, monsieur, j'étais conscrit à cette époque, j'ai été exempt par mon numéro.

— Par ses réponses à quelques questions appropriées, l'inculpé me prouve qu'il est au courant des événements politiques de l'époque, tels que guerres de Crimée, d'Italie, etc.

D. Croyez-vous avoir des ennemis?

R. On en a toujours quelques-uns, mais je ne m'en connais pas.

D. Vous ne croyez être victime de l'inimitié de personne ?

R. Je ne le pense pas.

D. Avez-vous la conscience de vos actes, le sentiment du bien et du mal, du juste et de l'injuste, et, par exemple, sentez-vous que ce serait un crime de voler, de tuer ?

R. Oui, Dieu merci.

D. Êtes-vous riche?

R. Non, monsieur.

D. Avez-vous du talent, du génie?

R. Pas plus que d'autres. J'en ai eu assez pour faire mes petites affaires.

D. Avez-vous un pouvoir surnaturel?

R. Pas plus que d'autres.

D. Cependant, vous dites que vous avez entendu la voix de la sainte Vierge, et que vous avez reçu d'elle une révélation ?

R. Oui, mais cela ne prouve pas que j'aie un pouvoir surnaturel.

D. Voudriez-vous me reproduire les paroles que la voix vous a adressées?

R. Oui, monsieur.

Ici l'inculpé répète textuellement les paroles qui ont été reproduites plus haut, en ajoutant ces mots : « *Je suis Marie, mère de Jésus-Christ* » au commencement du discours, et ceux-ci : « *Je serai forcée de le laisser tomber*, » après avoir dit : « *Le bras de mon fils est si lourd que je ne puis plus le retenir*. » Ce qui complète l'identité de cette phrase avec une de celles qui composent le discours de la vierge de la Salette.

D. La voix était-elle forte?

R. Non, douce.

D. De quel côté venait-elle?

R. Je crois que c'était du côté de l'autel, et si près de moi, que je regardais partout pour voir, mais je n'ai rien vu.

D. Depuis combien de temps étiez-vous à la chapelle?

R. Depuis un quart d'heure. J'étais sur le point de sortir pour me rendre à la grand'messe à Saint-Laurent, car c'était un dimanche, le 28 octobre 1855, à neuf heures du matin ; je venais de faire une prière ou méditation, j'étais seul dans la chapelle.

D. Vous n'aviez éprouvé antérieurement aucun chagrin, aucune émotion ?

R. Non, monsieur.

D. Vous n'aviez pas mal à la tête? vous n'aviez pas passé de nuit sans sommeil ?

R. Non, monsieur.

D. Pendant la révélation vous n'avez point vu de fumée ni senti d'odeur?

R. Non, monsieur.

D. Avez-vous de la mémoire ?

R. Très peu, monsieur, et cependant je me suis parfaitement souvenu de tout ce qui m'a été dit.

D. Avez-vous parlé de cette histoire à M. le curé?

R. Pas de suite ; mais un an après, à mon confesseur d'abord. Je n'ai pas voulu plus tôt dans la crainte que l'on dise que c'étaient les prêtres qui m'occasionnaient cela (*sic*), du moment que ce n'était pas à eux que je devais m'adresser.

Lui faisant observer que le fait raconté présentait des analogies avec le miracle de la Salette, qui en différait cependant parce que les enfants avaient été l'objet d'une faveur plus étendue, car ils avaient vu, il répond : « C'est qu'ils étaient moins coupables que moi. Je suis même étonné qu'elle m'ait choisi, tout indigne que j'étais, *car tout bon que l'on soit, on n'est jamais digne de ces choses-là*.

Croyant remarquer une contradiction entre le fait d'être resté un an sans parler du miracle dont il prétend avoir été l'objet et celui de communier à toutes les fêtes, et partant de se confesser, je la lui signale, et il me répond : « *Je ne me suis pas cru obligé d'en parler parce que ce n'était pas un péché.* »

D. En avez-vous parlé à votre femme ?

R. Je n'en sais rien. (Puis, se ravisant) : Oui, je lui en ai parlé, elle était bien contente.

D. Vous faites-vous une idée de ce que c'est qu'un fou ?

R. C'est un homme qui a perdu la raison.

D. Un homme qui a perdu la raison est-il responsable de ses actions?

R. Non, car il ne sait pas ce qu'il fait, et les fautes doivent lui être pardonnables.

D. En supposant vraie l'histoire que vous racontez, on serait fondé à l'expliquer par une hallucination de l'ouïe, c'est-à-dire par une fausse sensation. Or, comme ce phénomène témoigne toujours d'une altération des facultés mentales, on pourrait vous soumettre au traitement des fous, et, par exemple, à la douche. Et, si l'on en venait là, je suis sûr que vous conviendriez bientôt de votre imposture; vous ne seriez pas le premier à qui l'on aurait ainsi fait jeter le masque.

R. (Sur un ton énergique.) Je suis sûr que ce n'est pas une illusion; je serais sous le couteau de la guillotine que je ne pourrais pas dire ce qui n'est pas : c'est comme si l'on voulait me forcer à dire que j'ai tué mon père.

D. J'ajoute que non-seulement on aurait le droit de vous enfermer comme fou dans un établissement spécial, mais encore que l'on aurait pour devoir de vous y maintenir indéfiniment, car les hallucinés, obéissant aveuglément d'ordinaire à leur voix, si la voix, après vous avoir parlé ainsi qu'elle l'a fait, vous disait de tuer, vous tueriez certainement; donc vous seriez dangereux

R. Non, monsieur, je n'obéirais pas si une voix me conseillait de mal faire. On distingue bien ce qui est mal de ce qui est bien. Le mal vient du diable et le bien de Dieu : je ferais le bien qu'elle me conseillerait, mais je ne ferais pas le mal.

D. En niant que la voix entendue par vous soit le fait d'une hallucination, et en croyant à sa réalité, vous feriez naître une présomption de folie, car les fous n'ont pas la conscience de leur état.

R. Cependant le cousin de ma femme, qui est fou, sait bien qu'il l'est.

D. Comment comprenez-vous le sens de ces paroles prononcées par la voix : « *Le bras de sa justice contemplera sa foudre?* » Contempler voulant dire regarder avec admiration, on ne comprend pas l'application qui en est faite ici : un bras ne peut regarder.

R. Je n'ai pas à les expliquer, puisqu'elles ne sont pas de moi.

Lui ayant fait observer que si la sainte Vierge lui a donné assez de mémoire à lui, qui reconnaît en avoir peu, pour retenir un si long discours, elle a dû aussi lui donner assez d'intelligence pour comprendre ses paroles, et que, d'ailleurs, la première condition d'un discours qui avait évidemment pour but un avertissement à donner aux hommes devait être la clarté, après des efforts visibles il me fait cette réponse :

« Je comprends qu'il a voulu punir les hommes. »

D. Cette réponse ne me fournit pas l'explication que je demande. Voyons, la voix n'a-t-elle pas voulu dire que Dieu, après avoir frappé avec son bras de justice, contemplera les effets de sa foudre.

R. Je ne connais pas les pensées de Dieu, mais je le crois comme vous.

D. Mais alors cette pensée est contraire à l'un des attributs de Dieu, la bonté. Il est évident que quand Dieu se trouve dans l'obligation de frapper les hommes, il doit en coûter à son cœur, et que, loin de contempler les effets de sa foudre, il doit en gémir.

R. C'est encore une bonté de sa part de nous prévenir. (Ici l'inculpé se perd dans des explications confuses et inintelligibles.)

D. Vous n'avez été à Paris qu'une fois?

R. J'y ai été deux fois : la première fois au mois de janvier 1857, dans la semaine où l'on a guillotiné Verger; la deuxième fois au mois de mars 1858.

D. La première fois, c'était pour faire connaître à l'Empereur le secret que vous avait confié la sainte Vierge; mais la deuxième fois, quel était votre motif?

R. C'était pour mes affaires et pour un motif que je ne veux pas faire connaître.

D. Libre à vous; mais libre à nous alors de penser qu'ayant obtenu de la munificence de l'Empereur un premier secours vous aviez espéré en obtenir un deuxième, et que vous aviez imaginé pour cela un nouvel expédient. Persistez-vous dans votre refus?

R. Eh bien! s'il faut le dire, c'était pour donner à l'Empereur un avis dans son intérêt. Je voulais lui donner connaissance d'une conspiration dans laquelle on avait voulu me faire entrer. Je me suis présenté une fois, et je n'ai pu obtenir audience. Alors j'ai vu un monsieur qui se nomme, je crois, M. Tascher, lequel m'a donné une lettre pour un fonctionnaire de la préfecture de police. Ce dernier m'ayant fait conduire auprès de M. le préfet, je lui ai fait connaître ce que j'avais à dire à l'Empereur.

D. Vos révélations ne semblent avoir eu aucune suite.

R. Comme c'était à Nantes quo j'avais appris cela, on aura écrit au préfet de Nantes.

D. Vous n'aviez nommé personne.

R. Non, je ne connaissais aucun nom.

D. Êtes-vous retourné à Paris depuis cette époque?

R. Non, monsieur.

Je borne là cette reproduction des interrogatoires de l'inculpé. Elle suffit pour permettre d'apprécier l'état de ses facultés intellectuelles, et pour faire ressortir leur intégrité parfaite.

Il résulte, en effet, de toutes les réponses de M..., que cet individu a la conscience de ses actes, qu'il possède le sentiment du juste et de l'injuste, du bien et du mal, et que l'intégrité de son libre arbitre, et, par suite, sa responsabilité, ne peuvent pas être un instant mises en doute. On ne trouve chez lui aucun affaiblissement ou aucune déviation de facultés caractérisant une aliénation mentale générale ou partielle, aucune hallucination d'aucun sens. Un fait seul pourrait faire naître une présomption de folie, c'est celui de la voix que cet individu soutient avoir entendue, et qu'il dit être celle de la sainte Vierge, et le moment est venu de dire ce que nous en pensons.

Ce fait n'est susceptible que de trois explications : *hallucination de l'ouïe, mensonge, ou fait surnaturel.*

Quelle est celle qui nous paraît devoir être admise? Nous n'hésitons pas à le déclarer : la seconde, c'est-à-dire le mensonge et l'imposture, et nous allons exposer les raisons qui nous donnent lieu de le penser.

Discutons d'abord l'hypothèse de l'hallucination de l'ouïe. Sans doute les exemples d'hallucinations ne sont pas rares, mais elles sont presque toujours concomitantes au délire, et constituent une partie intégrante de l'entité pathologique désignée sous le nom d'aliénation mentale. Or, tel n'est pas le cas dans lequel se trouverait le sieur M... Il y a chez cet individu une absence complète de délire concomitant qui, sans infirmer absolument le fait d'une hallucination réelle de l'ouïe, le rend déjà peu probable à raison de la rareté des cas dans lesquels les hallucinations se montrent isolées et indépendantes de tout délire.

Une autre raison de penser qu'il n'y a pas eu d'hallucination se tire de la nature même de cette hallucination. On sait, en effet, que les hallucinations de la vue sont presque les seules qui puissent se manifester indépendamment de tout délire, et que les hallucinations des autres sens, et notamment de l'ouïe, sont tellement rares dans ces conditions, qu'il est permis de les révoquer en doute, ou du moins que, suivant toute probabilité, lorsqu'elles existent, une analyse psychologique attentive doit permettre de les rattacher à un trouble mental plus ou moins généralisé. L'hallucination de l'ouïe suppose, en effet, un désordre cérébral plus grave, et si certaines dispositions d'esprit et de cœur, telles que celles qui résultent de travaux intellectuels excessifs et prolongés, de veilles, de préoccupations fortes, d'émotion, de chagrin ou d'un certain degré d'ascétisme religieux, favorisé ou non par des jeûnes ou des macérations, etc., peuvent donner lieu à quelques hallucinations ou illusions éphémères, et l'on pourrait en citer des exemples offerts par des savants illustres, et notamment par deux membres éminents de l'Institut, il est beaucoup plus rare que ce soit des hallucinations de l'ouïe que de la vue.

Il est évident, d'ailleurs, que le sieur M... ne se trouvait au moment où il prétend avoir entendu la voix de la sainte Vierge dans aucune des dispositions d'esprit et de cœur que nous venons d'énumérer, et que l'hallucination, si elle pouvait être admise, ne se rattacherait chez lui à aucune exaltation de quelque nature qu'elle soit. Elle ne serait pas restée, d'ailleurs, un fait isolé, et se serait à coup sûr reproduite plus ou moins fréquemment, car un des caractères de l'hallucination de l'ouïe est son extrême ténacité.

Si, après avoir éliminé l'hypothèse de l'hallucination pour expliquer le fait raconté par M..., nous éliminons celle du caractère surnaturel, qui ne peut pas soutenir le moindre examen, en raison de l'absurdité de ce fait, de l'invraisemblance résultant du choix fait par la mère de Dieu d'un tel interprète, du ton ampoulé et emphatique du langage qui lui est prêté, de certaines réminiscences des paroles adressées par la vierge de la Salette aux enfants, et de certaines autres analogies avec ce dernier miracle, dont elles ne seraient que le plagiat, pour ne pas dire la parodie; de plusieurs pensées contraires aux attributs de Dieu exprimées dans ce discours, de certaines expressions qui y sont employées, et, par exemple, de celle-ci : « *loi en trois actes*, » dont le caractère profane ne peut échapper à personne; si, dis-je, nous éliminons l'hypothèse du fait surnaturel, il ne reste plus que celle du mensonge, et personne ne doutera, après examen du fait et de toutes les circonstances qui l'environnent, que ce ne soit la seule admissible.

L'invraisemblance de la plupart de ces circonstances, et, par exemple, celle de s'être trouvé seul dans une chapelle publique un dimanche à neuf heures du matin, d'être resté plus d'un an sans parler d'un tel fait par la crainte futile qu'on le suspectât de se l'être laissé suggérer par les prêtres, l'évidence du but que l'inculpé a dû se proposer par son imposture, celui de se donner de l'importance et d'exploiter la bonté et la munificence du chef de l'État, qui a dû le considérer comme un pauvre visionnaire, évidence que fait ressortir encore une nouvelle tentative faite par M... un an après auprès de Sa Majesté l'Empereur, mais vaine cette fois, sous un prétexte aussi grossièrement mensonger que le premier, celui d'un avis relatif à une conspiration dont il aurait découvert la trame dans un voyage à Nantes, par suite de la proposition que lui auraient faite des conspirateurs assez imprudents pour livrer leur secret à un inconnu, conspiration dont la police, malgré toute son habileté, n'a pu trouver la moindre trace; certaines particularités de l'interrogatoire, et notamment le fait de nier d'abord qu'il ait connu les paroles de la vierge de la Salette, et de se raviser ensuite en disant qu'il les avait lues sur le verso d'une image; ses efforts évidents, quoique stériles, pour donner un sens à des mots qu'il avait puisés çà et là sans les comprendre, etc.; toutes ces circonstances, jointes à l'exclusion des hypothèses de l'hallucination et du caractère surnaturel, ne permettent pas de douter de l'imposture.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

1° Que le sieur M... jouit, à n'en pas douter, de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et, par suite, de son libre arbitre.

2° Que l'histoire racontée par lui et ayant trait à une révélation qui lui aurait été faite par la sainte Vierge ne peut être le fait d'une hallucination de l'ouïe, qu'elle ne suppose, partant, aucune altération des facultés mentales, et qu'elle revêt à mes yeux tous les caractères d'une imposture.

3° Qu'à supposer qu'elle eût été le fait d'une hallucination de l'ouïe, comme l'altération qu'elle supposerait remonte à trois ans, qu'elle aurait constitué un accident isolé, passager, et d'une influence nulle sur l'état des facultés intellectuelles de M..., et qu'elle ne présente enfin aucune connexité avec le crime qui lui est imputé aujourd'hui, elle lui laisse pour ce dernier tout son libre arbitre, et, par suite, toute sa responsabilité.

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur une forme particulière de syphilis congénitale tardive.

Mon cher confrère,

J'ai, dans le numéro du 1er janvier 1860 de la Gazette médicale de Lyon, donné l'analyse d'un travail de M. le docteur Jonathan Hutchinson. Ce travail, publié dans l'Ophthalmic Hospital Reports, a pour titre : *De différentes formes d'inflammation de l'œil consécutive à la syphilis héréditaire*. L'auteur n'y a pas rassemblé moins de 64 observations. Le fait qu'il s'est proposé de signaler doit, par conséquent, paraître complétement démontré.

Ce fait c'est que, chez les sujets issus de parents syphilitiques, il peut se développer une kératite, souvent accompagnée d'iritis. Avec cet état, et servant à le caractériser, coexiste le plus ordinairement une altération assez curieuse : les dents incisives supérieures offrent sur leur bord libre une encochure plus ou moins profonde.

Il est d'autant plus important de décider si cet état doit être rapporté à la syphilis que, loin d'être une des formes précoces de la diathèse héréditaire, il s'observe ordinairement à l'âge de huit à dix ans. M. Hutchinson cite même des sujets de dix-huit, vingt et un et jusqu'à vingt-cinq ans.

On comprend que, la lésion se développant aussi tard, il soit assez difficile de constater les antécédents des parents, et qu'il n'existe souvent alors, chez les sujets eux-mêmes, que des traces peu visibles des symptômes spécifiques qu'ils ont pu offrir dans les premiers mois de leur existence.

Effectivement, ces difficultés se rencontrent chez la plupart des malades de M. Hutchinson, et cet observateur distingué n'est parvenu à prouver la filiation diathésique de *sa kératite spéciale* qu'à force de patience et de sagacité, qu'en multipliant les cas, qu'en interrogeant non-seulement la santé actuelle et passée des malades et de leurs parents, mais encore celle de leurs frères et sœurs.

J'avais lu ce mémoire avec un intérêt d'autant plus vif que ma pratique, très attentive (ainsi qu'on peut le présumer) sur cette partie de la syphilis, ne me rappelait, non plus que mes lectures, rien de semblable à ce que notre collègue de Londres a fait connaître. J'en étais donc à ce point que, sans douter le moins du monde, j'attendais qu'une lumière directe vînt achever de m'éclairer, vînt m'apprendre si la *kératite syphilitique de la seconde enfance* est effectivement une réalité pathologique... La lumière n'a pas tardé. Elle s'est faite dans les circonstances les plus propres à dissiper complétement mes incertitudes.

Le 8 février 1860, je reçus la visite d'un de mes anciens clients, M. X.... Je l'avais traité d'abord, en 1849, d'un chancre induré. Il prit ses remèdes irrégulièrement, et après quelques accidents spécifiques je le revis, en 1856, atteint d'une paraplégie complète, dont je le débarrassai rapidement, après l'emploi infructueux de cautères juxta-rachidiens, par l'iodure de potassium.

Or, M. X.... a deux filles; l'une âgée de vingt-quatre à vingt-cinq ans, est parfaitement saine; la seconde, âgée de dix ans, procréée, par conséquent, ultérieurement à l'infection subie par son père, est justement celle qu'il m'amenait le 8 février 1860.

Cette jeune enfant, lymphatique, présentait une taie sur la cornée de chaque côté. Le médecin de la famille, M. le docteur C., qui l'accompagnait chez moi, me dit que ces taies étaient consécutives à une kératite longtemps rebelle, ayant récidivé à plusieurs reprises, qui venait de se terminer il y a quelques mois, et dont il avait eu beaucoup de peine à triompher.

Connaissant les antécédents du père, je procédai immédiatement à l'inspection de la bouche, curieux de vérifier l'existence du second trait porté sur le *signalement Hutchinson*. Eh bien! je le vis à l'instant, et le fis reconnaître à mon confrère : le bord libre de l'incisive supérieure gauche était sensiblement échancré.

Nous ne pûmes savoir s'il y avait eu jusque-là, chez cette enfant, quelques symptômes syphilitiques vulgaires, éruption, plaques muqueuses, coryza, etc. Mais celui que je constatai, celui pour lequel, d'ailleurs, on venait me consulter, c'était une perforation récemment établie et complète de la voûte palatine, perforation de 4 à 5 millimètres de diamètre, à bords ulcérés. La boisson passait par les narines. (M. Hutchinson a aussi observé chez trois de ses malades une perforation, soit de la voûte, soit du voile du palais.)

De concert avec mon confrère, l'iodure de potassium a été prescrit à la dose de 5 décigrammes par jour. Après qu'il aura été administré quelques mois, probablement à la quantité quotidienne de 1 gramme, nous sommes d'avis qu'il y aura lieu d'en prolonger

très longtemps l'emploi à plus faible dose; car il s'agit d'une disposition constitutionnelle d'autant plus difficile à détruire qu'elle n'a jamais été attaquée, et que, coïncidant avec les premiers instants de la vie intra-utérine jusqu'à l'âge actuel, elle est littéralement devenue une seconde nature.

Je dois ajouter que la constitution et la bonne santé vraiment remarquables de la mère, que les habitudes de tempérance de cette famille, que la pureté de l'air de leur résidence agreste sont autant de causes qui m'expliquent pourquoi la maladie est demeurée neuf ans latente, et s'est manifestée sous une forme si peu en rapport avec celle de la syphilis classique.

Agréez, etc. P. DIDAY.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Substitutions de parties dans l'accouchement. — Effets des contractions utérines.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai remarqué avec beaucoup d'intérêt, dans le t. VI, p. 814, de votre journal, un extrait du MONATSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE, dans lequel le docteur Spiegelberg, pour expliquer une certaine lenteur qui se produit quelquefois dans le travail, après que la tête de l'enfant est arrivée sur le périnée, insinue que cela provient de ce que les contractions utérines cessent de s'exercer sur la tête lorsque cette partie de l'enfant a franchi l'arcade pubienne, en sorte que la tête s'écarte plus ou moins de l'axe de l'orifice du bassin.

J'ai été frappé surtout de ce que l'explication du docteur Spiegelberg pouvait conduire à une loi du mécanisme de l'accouchement, qui pourrait être d'une haute importance dans la pratique, puisqu'elle serait applicable à quelques autres phénomènes qui se présentent accidentellement. Il m'a paru évident que les contractions utérines, en poussant le fœtus dans une cavité courbe comme le bassin, devaient, dans d'autres circonstances que celles indiquées par le docteur Spiegelberg, produire un effet semblable à celui dont il a donné l'explication, puisque les contractions qui ont lieu dans l'axe de l'orifice du bassin doivent déterminer, dans la portion présentée, un mouvement qui doit avoir lieu le long de l'axe de sortie, formant presque un angle droit avec le premier. Cet effet, dans les cas que je vais vous soumettre, afin qu'ils puissent servir d'éclaircissement à l'hypothèse du docteur Spiegelberg, a été observé par moi dans les cas de substitution d'une partie à une autre, lors de la présentation du fœtus. Je copie tout au long les notes que j'ai prises sur ces cas, avec les réflexions qu'ils m'ont suggérées à l'époque où je les ai transcrites sur mon registre, et l'on pourra voir que j'avais une présomption d'une *loi qui devait servir de règle à ces substitutions.*

OBS. I. — 13 juin 1853. *Enfant venu avant terme, quelque peu putréfié, mais pas assez pour que les os de la tête pussent se détacher.* — Après la rupture des membranes, je sentis quelque chose que, par un premier examen peu approfondi, je pensai être le derrière. En effet, il y avait dans le bassin quelque chose qui, au toucher, ressemblait à la fesse, et qui était terminé par derrière par une ouverture que je pris pour les organes génitaux d'un fœtus du sexe féminin. Mais, par un second examen fait avec plus de soin, j'ai reconnu que j'avais pris par erreur une épaule pour une fesse, et l'orifice externe de l'oreille pour la vulve; c'était en effet le côté de la tête et l'épaule qui étaient descendus dans le bassin, et laissant glisser mes doigts à partir de l'épaule, j'avais touché l'orifice de l'oreille, sans sentir le lobe, ce qui m'avait induit en erreur. L'épaule était près du pubis et la tête se trouvait en arrière dans la cavité du sacrum. Lorsque le travail fut plus avancé, l'épaule glissa en arrière du pubis et l'oreille après elle, en sorte qu'une présentation naturelle de la tête s'était substituée à la présentation compliquée qui existait d'abord. Lorsque j'ai reconnu que la présentation était dans cette voie, se régularisant elle-même, j'ai aidé le mouvement en soulevant l'épaule.

OBS. II. — 6-7 janvier 1854. — Les membranes s'étaient crevées juste avant mon arrivée. J'examinai et je trouvai le crâne en haut, près du pubis, et derrière lui, ou plutôt au-dessous de lui, un bras dans le creux du sacrum. J'attendis jusqu'aux dernières douleurs, pensant qu'il était possible que la tête pût descendre avec le bras, quoique ce dernier fût tombé si bas que tout l'avant-bras était placé en travers du bassin, d'un côté à l'autre, le coude étant courbé Mais quand je fis un nouvel examen, je trouvai que la tête avait glissé plus haut, et que je ne pouvais, avec les extrémités de mes doigts, sentir que le bras. J'introduisis alors immédiatement toute ma main, je cherchai un pied, et j'opérai la délivrance en retournant le fœtus. L'enfant était vivant. Je dois observer que le bras était placé derrière la tête, et la tête très près du pubis. Le bras était sur le coccyx, et se trouvait ainsi exactement dans le centre de l'axe de l'orifice du bassin, et, par suite, dans la ligne d'action des contractions de l'utérus, de manière à être poussé en bas, tandis que la tête tendait à glisser en haut, à mesure que le fœtus glissait plus avant le long du plan incliné du sacrum et du coccyx. Ce cas doit être comparé avec l'observation I, dans laquelle la tête était en arrière et l'épaule se trouvait près du pubis, la première venant se substituer à la dernière.

OBS. III. — 11 octobre 1859. *Première position de la tête, la main étant tombée en bas.* — La main était entre la tête et le sacrum, et paraissait avoir de la tendance à tomber de plus en plus bas. Craignant que, comme elle était en arrière, elle pût prendre tout à fait la place de la tête, je profitai, pour retourner le fœtus, d'une cessation temporaire des douleurs, qui est si fréquemment l'effet de la présence de l'accoucheur dans les premiers moments. Ayant bien assuré la position, j'attendis dix minutes pour voir si les douleurs ne reviendraient pas, et comme elles ne revenaient pas, j'administrai une forte dose d'ergot de seigle, ne voulant pas débarrasser l'utérus sans action utérine. Alors, tirant doucement le pied, je reconnus que le cordon était tombé en bas, entre les jambes. Je pensai, par suite, que le mieux était de hâter la délivrance, après avoir fait glisser le cordon hors de sa position, quoique cela pût faire perdre la vie à l'enfant Celui-ci fut extrait assez vivant et vigoureux. Néanmoins, il se produisit une forte hémorrhagie après la délivrance, la femme continuant à rester évanouie et sans pulsation pendant plusieurs heures, on lui donna de l'eau-de-vie, et elle se remit bien.

On a souvent dit qu'il n'y avait pas de règle sans exception : « *Exceptio probat regulam,* » etc. Dans le cas présent, quoi qu'il en soit, je pense que l'on peut affirmer, comme règle, que la portion présentée qui se trouve près du sacrum court le risque d'être remplacée par la partie qui se trouve près du pubis, quoiqu'il puisse se présenter quelquefois des faits susceptibles de faire penser que cette règle n'est pas sans exception. Ainsi, dans les premiers temps que j'exerçais la médecine, j'ai rencontré un cas sur lequel j'ai conservé la note suivante :

OBS. IV. — 10 août 1835. *Face tournée vers le pubis.* — Telle était la position; mais graduellement, après que la face se fût tournée vers le pubis, les douleurs forcèrent le menton à passer au-dessous de l'arcade pubienne, ce qui convertit ce cas en un cas de présentation de la face, après quoi le travail fut rapidement terminé. C'était une substitution de la forme la plus aisée de présentation de la face à la place de la forme la plus sérieuse de la position crânienne.

Madame Boivin, en parlant de quelques particularités des cas où la face est tournée vers le pubis, dit :

« D'autres fois la face se dégage entièrement la première, et le devant du cou vient s'appuyer sur le centre de l'arcade des pubis, tandis que le sommet et l'occiput, qui sortent les derniers, se dégagent de derrière le périnée; ajoutant dans une note au bas de la page : nous avons vu un exemple de cette manière de se dégager de la tête. Feu Béclard, professeur à la Faculté de médecine, nous en a cité un cas semblable. » (*Mémorial de l'art des accouchements,* t. I, p. 230.)

Agréez, etc. R. UREDALE WEST, M. D.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

ORGANOGÉNIE. — *Mémoire sur la constitution et le développement des gouttières dans lesquelles naissent les dents des mammifères,* par

M. *Ch. Robin.* — L'apparition des follicules dentaires a lieu chez l'homme du cinquante-cinquième au soixantième jour après la conception pour la mâchoire inférieure, et du soixantième au soixante-cinquième pour la mâchoire supérieure. En outre, il est constant que les follicules ne naissent pas, comme l'ont cru quelques auteurs, avant les parties constituantes des maxillaires; leur naissance représente, au contraire, le phénomène ultime de l'organisation primitive de la mâchoire, et ce n'est que lorsque l'ossification des maxillaires est notablement avancée que les follicules apparaissent.

Les follicules dentaires naissent vers le milieu de la profondeur d'une gouttière osseuse, au sein du tissu sous-muqueux gingival, mou et gélatiniforme, qui la remplit, de même que les follicules pileux cutanés et les glandes sous-muqueuses naissent dans les tissus cellulaire sous-cutané et sous-muqueux. En fait, c'est dans ce qu'on nomme le canal dentaire inférieur lui-même, d'une part, et dans le canal sous-orbitaire, d'autre part, mais alors sous forme de gouttières, que naissent les follicules placés à leur niveau, car ce n'est que par suite du développement de l'os maxillaire que la gouttière se trouve divisée en canal dentaire et alvéoles, isolée et fermée transversalement au fond, de manière à constituer un conduit dont s'éloigne de plus en plus la couronne des dents et les alvéoles.

Le tissu sous-muqueux contenu dans la gouttière diminue graduellement de quantité pendant que les follicules se développent; lorsque les racines des dents apparaissent, leur couronne s'éloigne peu à peu du fond de la gouttière; en même temps les cloisons osseuses provenant de l'épaississement de la face interne des parois de cette dernière se forment entre les dents et leurs racines. De là une diminution graduelle de la quantité du tissu sous-muqueux qui s'atrophie devant cet envahissement osseux et l'accroissement des follicules. Il en reste toutefois une portion qui se soude avec la paroi de ces derniers pour former le périoste alvéolo-dentaire, car la gouttière n'a pas de périoste spécial autre que ce tissu sous-muqueux, et le canal dentaire une fois séparé des alvéoles ne contient que les vaisseaux et les nerfs sans être tapissé d'un périoste propre.

Ainsi M. Robin, après être entré dans des détails précis sur le développement des gouttières dentaires, établit que, chez tous les animaux, il y a un canal dentaire supérieur qui est l'analogue du canal dentaire inférieur, tant par ses usages que par son mode d'évolution. Seulement sa situation au-dessous de l'œil et loin des dents chez l'homme et chez les singes a fait rapporter sa description et ses dénominations à celles de l'orbite, tandis que, comme la gouttière dentaire dont il provient, ses caractères sont subordonnés au mode de distribution et d'évolution des dents. (*Comm.* : MM. Duméril, Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, J. Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 8 février courant, par lequel est approuvée l'élection de M. *Briquet*.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Une série de rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs *Alby* (de Figeac), *Yvonneau* (de Blois), *Carassus* (de Milly) et *Baduel* (de Sèvres). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements des Vosges, de l'Orne, du Jura, des Landes, de l'Ariége, de la Vienne et des Pyrénées-Orientales. (*Commission des épidémies.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur l'emploi thérapeutique, comme succédané de l'huile de foie de morue, d'un mélange, par parties égales, de sucre de lait et d'un mollusque, l'*hélix maritime*, par M. *Guérin*, médecin à la Rochelle. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b*. Un mémoire intitulé : *Essai sur l'intermittence*, par M. le docteur *Danet*.

« Ce travail, dit l'auteur, a pour base l'étude des fonctions intermittentes dans les principaux organes de la vie végétative et pour conclusion les propositions suivantes :

» 1° Tout obstacle à la circulation d'une matière excrémentitielle cause une réaction dans l'organisme; 2° tout accès est le résultat de cette réaction; 3° tout accès intermittent a son siége ou sa cause dans un organe à fonction intermittente; 4° tout accès périodique a son siége ou sa cause dans un organe à fonction périodique. » (*Comm.*: MM. Louis, Roche, Beau.)

M. *Renauld* fait hommage à l'Académie du rapport officiel adressé par lui à M. le ministre du commerce sur la question de savoir si les débris (peaux, cornes, poils, suifs, etc.) des animaux de la race bovine, atteints de typhus contagieux, peuvent, venant de la Russie ou de l'est de l'Allemagne, importer cette maladie en France sur nos bestiaux.

L'auteur se prononce pour la négative, après expériences faites à Alfort, desquelles il résulte que les débris, ou desséchés ou fondus, sont impropres à transmettre la contagion. Or, les cuirs que nous envoie la Russie sont secs ou salés, et les suifs sont fondus. M. Renauld est allé consulter les archives sanitaires des ports où se fait le commerce de ces débris, et de cette enquête, qui a porté sur des registres remontant à un siècle, il est sorti la confirmation des expériences pratiquées à Alfort.

M. *Poggiale* présente au nom de M. *Fégueux*, pharmacien militaire : 1° une brochure intitulée : *Examen des urines de deux malades, l'un atteint de la maladie de Bright, l'autre de polydipsie*; 2° un autre travail ayant pour titre : *Études sur le cactus opuntia* (figuier de Barbarie).

M. *Malgaigne* offre, au nom de M. *Rigal* (de Gaillac), une brochure intitulée : *Revendication de l'orthopédie physiologique fondée sur la création de muscles factices en caoutchouc.*

M. *le Président* annonce que MM. de *Kergaradec*, *Tardieu* et *Briquet*, sont proposés par le conseil pour remplacer trois membres décédés dans la commission du choléra. (*Adopté.*)

M. *le Président* fait savoir ensuite que l'Académie procédera, dans la prochaine séance, à la nomination des commissions des membres associés et correspondants.

Lecture.

M. le docteur *Beyran* lit un mémoire intitulé : *Paralysie du nerf moteur oculaire externe.*

Ce travail repose sur l'analyse de trois observations personnelles à M. Beyran. Elles sont toutes relatives à des sujets syphilitiques, et, dans les trois cas, la paralysie a cédé au traitement spécifique, sans jamais s'être accompagnée de symptômes dénotant une origine cérébrale.

Les phénomènes les plus saillants sont, d'après l'auteur, la déviation permanente du globe oculaire en dedans, divers troubles de la vision, et principalement la diplopie et un certain degré d'amblyopie. Quant à la pupille, tout en conservant sa contractilité normale, elle a toujours paru moins dilatée que celle du côté sain. Dans les observations de M. Beyran, la paralysie n'a affecté qu'un seul côté à la fois. Sa durée a été de soixante et dix-huit jours chez le premier malade, de soixante et onze chez le second et de quatre-vingt-dix-huit chez le troisième.

A propos du diagnostic de cette affection, M. Beyran fait remarquer qu'on la distinguera facilement d'un simple strabisme convergent, en tenant compte des particularités suivantes : dans le cas de strabisme simple, l'œil dévié peut revenir momentanément à sa direction normale dès qu'on ferme l'œil sain; dans la paralysie de la sixième paire, au contraire, l'œil reste invariablement dévié en dedans; l'impossibilité de le ramener en dehors est permanente, que l'œil sain soit ouvert ou fermé. (*Comm.*: MM. Jobert, Beau et Ricord.)

La séance est levée à quatre heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Remarques toxicologiques sur la nitro-benzine, par le docteur CASPER.

La nitro-benzine ou nitro-benzide, découverte par Mitscherlich en 1834, s'obtient en traitant la benzine par l'acide azotique fumant, est une substance liquide à la température ordinaire, jaune, d'une saveur douce et agréable, et exhalant une forte odeur d'amandes amères. Elle cristallise à + 3 degrés, et se dissout facilement dans l'alcool, l'éther et les huiles, très peu dans l'eau. Sa composition est représentée par la formule $C^{12}H^5CezO^4$.

Cette substance est employée très généralement, dans les parfumeries, pour remplacer l'essence d'amandes amères et l'acide cyanhydrique; les droguistes la débitent en grande quantité, et comme son prix est très peu élevé, il est à craindre qu'elle ne serve tôt ou tard à des empoisonnements, soit accidentels, soit criminels. M. Casper s'est, en effet, assuré par deux expériences sur le lapin et le chien qu'elle a des propriétés toxiques assez énergiques.

Le sang et les différents organes des animaux empoisonnés avec la nitro-benzine exhalent une odeur intense d'amandes amères. Or, la plupart des toxicologistes admettent aujourd'hui que cette odeur suffit pour caractériser l'empoisonnement par l'acide prussique; il importe donc de savoir que, dans un cas, un empoisonnement par la nitro-benzine, on constaterait le même caractère. Des expériences ultérieures permettront sans doute d'établir des caractères différentiels. M. Casper fait remarquer, à cet égard, que l'odeur de la nitro-benzine persistait, dans ses expériences, pendant plusieurs jours après la mort, tandis que l'acide cyanhydrique est généralement décomposé dès le deuxième jour. Il est utile de tenir compte, dès à présent, de cette différence. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche und œffentliche Medicin*, t. XVI, p. 1; 1859.)

Traitement des fièvres intermittentes par le cyano-ferrure de sodium et de salicine, par le docteur MUSIZZANO.

Le cyano-ferrure de sodium et de salicine employé par M. Musizzano est le sel préparé par M. Guicheron (à Orléans), d'après les indications de MM. Duhalde et Halmagrand. Il l'administre à la dose de 1 à 2 grammes, dissous dans de l'eau sucrée ou édulcoré avec un sirop non acide, ou en pilules; mais il ajoute que la dose peut être portée à 4 ou 5 grammes sans qu'il en résulte les mêmes accidents du côté du cerveau ou des voies digestives qu'à la suite des doses élevées de sulfate de quinine. Le cyano-ferrure aurait, par conséquent, l'avantage de pouvoir être administré dans des cas où le sulfate de quinine ne serait pas supporté, dans les cas d'irritation gastro-intestinale, chez les personnes très nerveuses, etc.

M. Musizzano a soumis à ce traitement 15 cas de fièvre intermittente (6 quotidiennes, 8 tierces et une quarte), et un cas de névralgie intermittente; sur ces 16 malades, 12 ont été guéris par une seule dose de 1 gramme; chez 2, il a fallu répéter la dose; un autre n'a été délivré de sa fièvre qu'après avoir pris trois doses de 1 gramme; une seule fois le cyano-ferrure a complétement échoué; c'est dans un cas compliqué de signes d'irritation dans le système de la veine porte, d'un ictère très intense, etc. (*Gazetta medica italiana, Stati sardi*, n° 38; 1859.)

Les résultats obtenus par Musizzano sont tellement différents de ceux communiqués à l'Académie de médecine par M. Guérard en 1857 (séance du 5 mai; voy. *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 323), que l'on doit se demander s'il n'a pas eu affaire à des fièvres qui auraient cédé d'elles-mêmes. M. Guérard a administré sans succès, pendant près de deux ans, le ferro-cyanure de sodium et de salicine à des fébricitants. Il résulte au moins de là que les recommandations de M. Musizzano ne peuvent être acceptées qu'avec une grande réserve.

Nouvel hystérotome pour le traitement de la dysménorrhée, par M. le docteur O.-A. WHITE.

On sait que Makintosh (d'Édimbourg), après avoir établi en 1823 que la dysménorrhée est liée, dans la grande majorité des cas, à un rétrécissement de la cavité du col utérin, a appliqué à cette affection la dilatation progressive de cette cavité par les bougies. Le professeur Simpson a recommandé et pratiqué plus tard, dans le même but, l'incision des rétrécissements, suivie de l'introduction répétée d'éponges préparées. M. Simpson se servait, pour faire cette opération, d'un instrument analogue au lithotome caché. D'après M. White, cet hystérotome est un instrument dangereux et d'un emploi difficile. Après l'avoir mis plusieurs fois en usage, il y a complétement renoncé, et ne se sert plus aujourd'hui que d'un hystérotome de son invention, assez analogue à l'uréthrotome interne à deux lames de M. Reybard.

Ces deux lames sont cachées dans une canule creuse, espèce de sonde utérine, à la distance d'un pouce et demi de son bec. On les fait saillir à l'aide d'une vis contenue dans la canule, et que l'on fait marcher à l'aide d'un écrou placé à l'extrémité du manche qui supporte la sonde. Cet écrou est hexagonal, et chacune de ses facettes porte un chiffre qui indique le degré d'écartement que l'on imprime aux lames tranchantes en faisant tourner l'écrou. Le maximum d'écartement est de un quart de pouce pour chacune des lames.

La courbure de l'instrument est analogue à celle de la sonde utérine ordinaire, c'est-à-dire à convexité postérieure. La longueur totale de la tige, qui est supportée sur un manche de bois, est de neuf pouces. Elle porte sur sa face postérieure des divisions assez profondes pour qu'on puisse les sentir et les compter facilement lorsque l'instrument est introduit dans l'intérieur des parties génitales. Enfin, pour que l'opérateur puisse toujours déterminer facilement la direction de l'instrument, le manche de bois est fortement convexe sur sa face antérieure et aplati postérieurement.

L'instrument est introduit, fermé, d'après les mêmes règles que la sonde utérine, jusqu'à ce que son bec touche le fond de l'utérus. Grâce à la distance qui sépare ce bec des lames, on est sûr de ne pas porter celles-ci plus profondément que l'orifice interne du col. On écarte ensuite les lames au degré nécessaire, en faisant tourner l'écrou de manière à amener vis-à-vis de la face convexe du manche la facette qui porte le chiffre voulu, puis, en retirant l'instrument, on incise le rétrécissement d'un seul coup. Des cylindres d'éponge préparée, introduits dans le col, maintiennent la dilatation pendant que la cicatrisation s'opère. (*Charleston Medical Journal and Review*, vol. XIV, n° 4.)

De la valeur comparative des aconits, par M. CALLOUD.

L'inconstance des effets de l'aconit napel, observée par un grand nombre de praticiens, a fait douter de la valeur de ce médicament. Mais ces inégalités d'action s'expliquent peut-être autant par l'emploi des espèces autres que l'espèce médicinale que par les décompositions subies par des préparations pharmaceutiques peu convenables. C'est ainsi que, dans un cas communiqué à la Société médicale de Chambéry, un malade ayant pris par erreur, d'un seul coup 25 pilules, contenant chacune 5 centigrammes d'extrait alcoolique d'aconit, n'en éprouva aucun effet physiologique; or, cet extrait avait été préparé à l'aide de l'aconit paniculé et non avec l'aconit napel.

A l'occasion de ce fait, la Société médicale de Chambéry chargea M. Calloud d'établir la valeur comparative des deux espèces d'aconit par le dosage de l'aconitine. Voici, en résumé, ce qui résulte de ces recherches :

Le produit en matière d'extrait alcoolique, fourni par égale quantité de feuilles fraîches des deux espèces d'aconit, soumises à un traitement identique, est d'un tiers plus fort avec l'aconit paniculé. Mais, d'autre part, l'extrait alcoolique d'aconit napel révèle, par les réactifs précipitants, une quantité considérable d'aconitine (10 milligrammes par gramme), tandis que celui obtenu par l'aconit paniculé ne fournit que des traces de cette base.

L'extrait aqueux d'aconit napel est à peu près inerte, parce que, pendant la préparation, il se forme, dans le marc de la plante pilée, du tannate d'aconitine, qui est insoluble dans l'eau.

Deux autres préparations d'aconit napel, l'alcoolature (alcoolé de feuilles et de racines fraîches), contenant 1/2 milligramme d'aconitine par gramme, et l'extrait d'alcoolature des racines sont douées d'un degré d'action supérieur à l'extrait alcoolique des feuilles.

En conséquence, ces trois préparations d'aconit napel devraient être seules employées comme réunissant toutes les conditions désirables d'efficacité. (*Compte rendu des travaux de la Société médicale de Chambéry*, années 1854-1858.)

Traitement des brûlures par l'application topique de l'eau distillée de laurier-cerise, par M. le docteur E. Franchino.

L'emploi de l'eau de laurier-cerise en applications topiques n'est pas une nouveauté ; on s'en est servi dans le traitement de l'érysipèle, de diverses névralgies, des ulcères, de certaines ophthalmies (en collyre), des hémorrhoïdes, des douleurs rhumatismales, etc. M. Franchino l'a employée dans trois cas de brûlures au deuxième, troisième et quatrième degré de Dupuytren, qui ont guéri rapidement; l'eau de laurier-cerise aurait, en outre, l'avantage de supprimer presque entièrement la douleur, et de calmer l'agitation, la chaleur, etc. M. Franchino la mélange, dans la proportion de 8 pour 100, à de la solution de gomme, et en imprègne des compresses, que l'on applique sur les surfaces brûlées après les avoir préalablement abstergées, et après avoir percé les phlyctènes. Pour renouveler le pansement, il faut mouiller les compresses à enlever en les recouvrant d'autres compresses trempées dans de l'eau. (*Gazetta medica italiana*, *Stati sardi*, n° 37; 1859.)

Traitement de la blennorrhée par les injections de teinture alcoolique d'aloès, par le docteur Gamberini, médecin en chef de l'hôpital Sainte-Ursule, à Bologne.

M. Gamberini mélange la teinture alcoolique d'aloès à l'eau dans la proportion de 1 à 5 pour 100, et fait injecter ce liquide deux ou trois fois par jour. Ces injections ne sont pas douloureuses ; elles produisent seulement une sensation de chaleur le long du canal de l'urèthre. M. Gamberini recommande aux médecins d'expérimenter ce moyen de traitement dans les cas rebelles aux médications usuelles; il l'a vu réussir parfaitement, et dans un espace de temps assez court, chez un assez grand nombre de malades. Dans deux cas, dont il donne l'histoire détaillée, la durée du traitement n'a pas dépassé douze à quinze jours. (*Bolletino delle scienze mediche* et *Gazetta medica italiana*, *Lombardia*, n° 28; 1859.)

Traitement des varices et des ulcères variqueux par le perchlorure de fer à l'intérieur, par M. le docteur Bernard Kelly (de New-York).

Le traitement que M. Kelly emploie à l'exclusion presque absolue de tous les autres consiste dans l'administration de 30 à 40 gouttes de teinture de perchlorure de fer, trois ou quatre fois par jour, dans de l'eau, ou, de préférence, dans une solution de sulfate de quinine. De temps à autre, il donne un purgatif (aloès) pour combattre la tendance à la constipation. C'est une précaution à laquelle il attache une grande importance, et qu'il regarde comme un adjuvant puissant du traitement par le perchlorure. Il n'astreint d'ailleurs ses malades à aucun régime particulier, et les laisse se livrer à toute espèce d'exercice.

Sous l'influence de ce traitement, la plupart des symptômes incommodes qui accompagnent les varices ne tardent pas à s'amender et à disparaître ; les douleurs cèdent rapidement, les extrémités débiles, affaiblies, reprennent de la force, la circulation veineuse devient plus active, l'œdème disparaît, ainsi que les démangeaisons atroces qui affectent souvent les extrémités inférieures. Au reste, M. Kelly ne prétend pas guérir radicalement les varices par le traitement dont il s'agit; le résultat qu'il dit en obtenir est de mettre les malades dans des conditions telles qu'ils puissent se livrer à leurs diverses occupations sans en souffrir et sans que leurs varices s'aggravent.

Il n'en est pas de même pour les ulcères variqueux, qui, d'après M. Kelly, se cicatrisent avec une grande rapidité sous l'influence du même traitement, et en l'absence de tout pansement actif. M. Kelly n'emploie les topiques que dans les cas compliqués (de gangrène, etc.). Il recommande de continuer l'administration du perchlorure de fer pendant un ou deux mois après la guérison des ulcères, pour prévenir toute récidive. (*American Medical Monthly*, novembre 1859.)

L'Égypte comme séjour d'hiver d'Européens malades, par le docteur W. Reil.

Nous empruntons les détails qui suivent à l'analyse faite par M. Borchard (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 9), de la récente publication de M. Reil (*Egypten als Winter-Aufenthalt für Kranke*, Brunswick, 1859, in-12, et *Froriep's Notizen*, n°s 21 et 22, 1859), ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Halle, actuellement fixé au Caire. Nous complétons ainsi les renseignements que nous avons donnés précédemment sur l'Égypte considérée comme séjour pour les malades (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1856, n° 46). Nous ne reviendrons pas sur les conditions météorologiques propres au Caire, à l'égard desquelles M. Reil se montre parfaitement d'accord avec M. Reyer, dont nous avons analysé le travail. Signalons, toutefois, cette conclusion importante que M. Reil déduit de ses observations, à savoir que les différences de température au dehors et dans l'intérieur des maisons étant extrêmement faibles, et la température ne variant pas dans les appartements le jour et la nuit, il n'est guère possible que les malades subissent des refroidissements, si redoutables pour eux.

La principale différence entre le Caire et Madère paraît consister en ce qu'au Caire l'air est très sec et que les oscillations thermométriques y sont assez considérables pendant les mois d'hiver, tandis qu'à Madère l'air est très humide et les variations de température très peu sensibles. On se demande dès lors comment, sous des influences aussi opposées, des phthisiques puissent également recouvrer la santé, et si l'action d'agents extérieurs aussi disparates ne diffère réellement pas. M. Reil convient que les documents manquent, surtout en ce qui concerne le Caire, pour donner une solution définitive à ces questions; c'est tout au plus si l'on peut établir certaines indications pour Madère. Voici pourtant ce que M. Reil donne comme son opinion individuelle, conforme d'ailleurs aux idées d'un grand nombre de praticiens qui ont exercé longtemps en Égypte :

La marche aiguë de la phthisie, avec fièvre intense, petite toux fréquente, grande dyspnée pendant l'exercice, expectoration peu abondante, mais souvent sanguinolente, tels sont les symptômes qui paraissent indiquer le séjour à Madère, tandis que des malades dont l'affection pulmonaire a revêtu une marche chronique, s'est souvent améliorée, a récidivé lentement et s'accompagne d'une expectoration abondante, sans hémoptysie, se rétablissent dans l'air sec du Caire avec une promptitude extrême. Dans les cas où il ne s'agit plus que d'aider le malade à s'éteindre doucement et, en quelque sorte, au grand air, Madère mérite d'être préféré, ne fût-ce que parce qu'on y trouve une installation plus commode.

Au premier début de la tuberculisation pulmonaire, lorsque le malade est jeune, que sa constitution est encore forte et l'assimilation normale, M. Reil ne ferait pas de différence entre le Caire et Madère. Il est certain que l'air, dans la première de ces localités, à cause de sa grande sécheresse, de sa pureté et de sa température relativement moins élevée, peut agir comme tonique, excitant et desséchant, tandis que l'air chaud et humide de Madère convient, il est vrai, à l'éréthisme de certains tempéraments, mais qu'il a aussi une action débilitante et dissolvante.

Le docteur Mittermaier a trouvé presque constamment, dans les autopsies de phthisiques morts à Madère, l'hypérémie des reins et leur dégénérescence granuleuse ; cette dernière souvent à un haut degré. Or, dit M. Reil, cet état pathologique n'accompagne assu-

rément pas d'une manière si constante la phthisie pulmonaire qu'on puisse le considérer comme en faisant partie intégrante, quand même on admettrait des rapports physiologiques entre les deux maladies. Nous nous croyons donc autorisé à exprimer le soupçon que cette affection rénale a été déterminée par l'influence du climat; dans l'hypothèse la plus favorable, c'est du moins certain qu'elle n'a pas été guérie par elle. Par contre, j'invoque les faits observés par mes confrères d'Égypte, MM. Reyer, Lautner et Bilharz, et qui ont été confirmés par ce que j'ai vu moi-même; des proportions considérables d'albumine, constatées dans l'urine de phthisiques récemment arrivés d'Europe, disparaissaient pendant leur séjour au Caire ou dans la haute Égypte, et, dans certaines autopsies, on a rencontré des reins qui portaient des traces évidentes d'une dégénérescence granuleuse antérieure, et maintenant guérie. Il n'est pas douteux non plus qu'on a trouvé au Caire, dans des autopsies de phthisiques qui avaient succombé à des affections aiguës intercurrentes, d'assez vastes vomiques tapissées d'une membrane lisse, conséquemment en voie de guérison, et d'autres vomiques plus petites, déjà transformées en un tissu cicatriciel et dense.»

Un point sur lequel toutes les autorités médicales sont unanimes, c'est que, même au début des tubercules, la guérison ne peut être opérée qu'à condition de voir les malades habiter pendant deux ou trois hivers l'Égypte ou Madère, et qu'une phthisie plus avancée, avec infiltration et formation de cavernes, exige, pour offrir quelques chances de succès, un domicile permanent dans ce pays.

Bien plus assurée encore que la guérison de la phthisie pulmonaire, est, au Caire comme à Madère, la guérison des affections des voies respiratoires, qui ne dérivent point de la diathèse tuberculeuse. Telles sont la bronchite chronique, qui a succédé à des épanchements pleurétiques ou qui les accompagne, la laryngite chronique et l'emphysème. Dans ces cas, le choix entre le Caire et Madère dépendra de la constitution de chaque malade et des influences propres à chacun de ces deux climats.

Il est enfin d'autres maladies caractérisées par un état d'asthénie qui indiquent le séjour de l'Égypte : ce sont l'anémie, l'hydrémie, la chlorose. C'est dire aussi combien il convient aux convalescents après des fièvres graves ou d'abondantes hémorrhagies.

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. Nélaton, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, t. IV et V, publiés sous sa direction, par M. le docteur Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Paris, Germer Baillière, 1859.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale, par A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc., etc. — Paris, 1859, 2 vol. in-12; Germer Baillière.

Manuel de petite chirurgie, par M. A. Jamain, 3e édition entièrement refondue avec 307 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1860. Germer Baillière.

Conférences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1858-1859, par M. Robert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., etc., recueillies et publiées par le docteur Doumic. — 1860, Germer Baillière.

Tous ceux qui ont pu suivre la marche des études classiques dans ces dernières années, savent avec quelle impatience était attendue la fin de l'ouvrage de M. Nélaton. Commencé il y a environ quinze ans, entouré dès son début de la popularité la plus flatteuse et la mieux justifiée, placé immédiatement au premier rang de nos livres classiques par le suffrage de tous les hommes compétents, il avait subi depuis quelques années un ralentissement notable dans sa publication. L'impatience des élèves croissait cependant chaque année : la publication du troisième volume ne l'avait que momentanément satisfaite. La valeur de ce qui avait paru leur donnait la mesure de ce qui restait à paraître, et ils considéraient presque comme perdu ce qu'ils n'avaient pas encore. Il n'en a pas été heureusement ainsi. Malgré les fatigues d'un enseignement permanent, malgré les exigences d'une pratique de plus en plus étendue, M. Nélaton n'oubliait pas les promesses qu'il avait faites aux générations dont il était devenu un des maîtres les plus aimés et les plus applaudis. Il amassait ses matériaux, et, malgré tous les obstacles, songeait chaque jour à l'achèvement de son œuvre.

Mais c'est à notre époque une lourde tâche, que d'entreprendre un traité de pathologie. Quelque actif que l'on soit, de quelque infatigable persévérance dont on ait été doué, on se sent arrêté par des difficultés renaissant sans cesse et croissant chaque jour. A part les obstacles individuels auxquels nous faisions allusion tout à l'heure, il en est d'autres qui tiennent à la science elle-même. Dans une époque comme la nôtre, où de nouvelles questions surgissent chaque jour, où les dogmes qui paraissent le mieux assis sont à chaque instant remis en discussion, où les faits se multiplient, où les matériaux s'accumulent, on est à chaque instant obligé de modifier sinon ses principes, du moins sa manière de voir, sur tel ou tel fait, sur telle ou telle théorie. Avec ces conditions de variabilité et ces nécessités de rénovation dogmatique, un auteur doit se sentir pressé d'achever son œuvre commencée, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'une œuvre classique où l'unité dans le plan et l'homogénéité dans la doctrine sont choses essentielles. A certaines périodes de ralentissement dans le progrès chirurgical, il n'en a pas été ainsi, et l'on a pu tout à son aise mettre plusieurs années à colliger des matériaux que l'absence de mouvement dans les esprits n'exposait pas à vieillir. Mais aujourd'hui, bien qu'on se plaigne généralement de l'apathie des esprits, cette somnolence n'a pas encore gagné la chirurgie, l'activité règne partout, ou du moins toujours quelque part. Ces diverses circonstances rendaient de plus en plus difficile l'exécution d'une œuvre didactique conçue sur le plan de celle que nous analysons. Aussi les générations nouvelles doivent-elles savoir gré à M. Nélaton d'avoir surmonté toutes ces difficultés, et à M. Jamain d'avoir si vaillamment collaboré à l'œuvre de son maître. C'est à lui que nous devons la publication des deux derniers volumes. Nous nous empressons de constater l'excellent accueil que leur a déjà fait le public; c'est une consécration de son travail et une flatteuse récompense de ses efforts.

Les sujets traités dans ces deux derniers volumes sont trop nombreux et trop variés pour que nous puissions faire autre chose que les énumérer.

Le quatrième volume contient la suite des affections de la région thoracique, dont la première partie avait clos le volume précédent. Les maladies de la région mammaire remplissent une centaine de pages environ, et sont traitées avec le développement que comporte un tel sujet, depuis longtemps familier à l'auteur. Les travaux de M. Velpeau sont largement mis à contribution et analysés avec soin. La deuxième partie de ce volume est consacrée aux affections de l'abdomen. Nous mentionnerons, parmi les chapitres les plus importants, ceux relatifs aux plaies des intestins, aux hernies et aux étranglements internes. Au sujet des hernies, M. Jamain examine les doctrines que M. Malgaigne cherche depuis longtemps à faire prévaloir. Il les admet, en général, mais les trouve trop exclusives sur certains points. Tout en reconnaissant que l'étranglement par les anneaux est rendu singulièrement difficile par la constitution de ces orifices fibreux, il ne le nie pas absolument, et cite même des cas qui lui en paraissent prouver la possibilité. Nous serions peut-être un peu plus difficile que M. Jamain à ce sujet, et en reconnaissant que certaines modifications pathologiques de l'anneau peuvent rendre l'étranglement possible, nous n'attacherions pas autant de valeur aux observations qu'il considère comme probantes en faveur de sa thèse.

Au sujet des étranglements internes, nous trouvons exposées les idées de M. Nélaton sur l'opportunité de l'entérotomie dans cette affection, si généralement mortelle, sur ses indications et sur son manuel opératoire. On y lit aussi la relation de deux observations prouvant l'efficacité de cette opération, qui, n'étant appliquée que dans des cas désespérés, devient une ressource inappréciable, et permettra quelquefois de sauver des malades que l'insuffisance des moyens ordinaires eût laissé inévitablement mourir.

Le cinquième volume contient les affections des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme, et les affections des membres. Parmi les importants chapitres qui composent la première partie de ce dernier volume, nous signalerons ceux relatifs aux calculs urinaires, aux rétrécissements de l'urèthre, aux maladies du testicule, à l'hématocèle principalement, aux fongosités utérines, etc. Plusieurs de ces chapitres contiennent la description d'opérations nouvelles et l'exposé des idées propres à M. Nélaton sur certains points de doctrine. Nous devons surtout rappeler ceux qui sont consacrés à l'épispadias et à la cystotomie. Les opérations que M. Nélaton a proposées et pratiquées pour ces diverses affections y sont exposées avec soin. Le procédé à double plan de lambeaux, ou procédé d'autoplastie par redoublement, comme il l'appelle lui-même, a été décrit dans nos colonnes en 1854. Quant à la taille prérectale, elle consiste en une heureuse modification de la taille bilatérale, qui permet d'éviter le bulbe. Le chirurgien introduit le doigt dans le rectum et s'en sert pour attirer cet organe en arrière, pendant que le bistouri est dirigé vers la région membraneuse. Cette modification nous paraît surtout importante pour la taille des vieillards. L'état variqueux du bulbe l'expose à se trouver sous le tranchant du bistouri; de là, une cause malheureusement trop efficace de phlébite. La taille prérectale permet de le laisser en avant, on ne divise alors que les veines périprostatiques qu'il est impossible d'éviter, et bien qu'il y en ait toujours assez pour s'enflammer au contact de l'urine, on limite les chances de phlébite et on réduit sinon la cause, du moins les moyens de l'infection purulente.

A propos des maladies des organes génitaux de la femme, nous nous contenterons de signaler le chapitre sur les fongosités utérines où sont exposées les idées qui ont inspiré la thèse de M. Rouyer, dont nous avons rendu compte dans un de nos derniers numéros.

Ainsi se trouve complété ce livre, qui a déjà rendu tant de services à l'enseignement, et qui en rendra plus encore lorsqu'une seconde édition, qui ne peut être que très prochaine, en raison du succès que nous avons déjà constaté, aura fait disparaître les lacunes nécessaires que nous signalions en commençant. Les deux premiers volumes, qui, par la perfection de certaines parties, ont fait à si juste titre la réputation de l'ouvrage, et qui doivent servir de modèle aux suivants, auront à s'augmenter des acquisitions que la science a faites dans ces dernières années. Le troisième nous paraît devoir être remanié et agrandi de toutes les données que l'ophthalmoscope a fournies à l'oculistique. Cette dernière amélioration est d'autant plus importante, que les meilleurs ouvrages classiques se trouvent arriérés sous ce rapport. Depuis que ces éléments de pathologie ont été commencés, la pratique chirurgicale a subi sur certains points des modifications très sensibles, plus sensibles même que ne le ferait croire la lecture des traités didactiques publiés récemment. L'introduction de l'anesthésie a complétement modifié la valeur relative de certaines méthodes ou procédés opératoires; elle en a fait rentrer de nouveaux, et là où elle ne vient pas aider la thérapeutique, elle a servi à perfectionner le diagnostic. Des opérations qu'on osait à peine proposer autrefois sont aujourd'hui journellement pratiquées, et d'autres, que l'on regardait comme la perfection de l'art, ne sont conservées qu'à titre d'exceptions. La thérapeutique des fractures et des luxations a été on ne peut plus simplifiée par le chloroforme; les procédés ont perdu de leur importance, et là encore ce qui était la règle tend à devenir l'exception. L'anatomie pathologique a subi des modifications non moins grandes que la pratique chirurgicale; l'intervention féconde du microscope a détruit bien des erreurs et fait disparaître bien des difficultés de diagnostic; elle a élargi et reculé les questions; elle a, par cela même, fait surgir de nouveaux problèmes, plus insolubles peut-être que ceux qu'elle a déjà résolus; mais elle a produit assez de résultats certains pour conquérir son droit de cité dans un ouvrage qui est, comme celui de M. Nélaton, destiné à représenter l'enseignement officiel. Il est encore un point que nous signalerons à l'attention de M. Jamain. Dans un traité sur la totalité de la chirurgie, quelque complet qu'on soit et qu'on veuille paraître, on est obligé de négliger les questions d'érudition et d'écourter un peu les aperçus historiques. Ces omissions nécessaires sont cependant de véritables lacunes pour l'instruction des élèves, qui négligent souvent les questions qu'on ne leur donne pas l'idée d'apprendre, ou dont on ne leur signale pas l'importance. Pour les habituer dès le début aux recherches bibliographiques, et leur apprendre l'histoire de notre art en même temps que la pathologie, il est important d'abord de ne jamais faire une citation sans en indiquer la source; mais il y a plus que cela encore; nous pensons qu'un index bibliographique, mis à la fin de chaque chapitre le compléterait avantageusement, et répondrait à ce besoin d'érudition e de connaissances historiques qui se fait partout sentir aujourd'hui. Les littératures étrangères y auraient leur part, et si l'auteur n'a pas eu assez d'espace pour développer tous les éléments de la question, il indique au moins à l'élève le moyen de la compléter. Cette amélioration, que l'activité de M. Jamain aurait bientôt réalisée, ne grossirait pas sensiblement l'ouvrage, et serait, ce nous semble, d'une bien réelle utilité.

— En même temps que M. Jamain prêtait un concours si efficace à l'achèvement de l'œuvre de son maître, il donnait aux élèves un petit traité de chirurgie en deux volumes. Édité dans un format modeste, et sans autres prétentions que celles d'un simple manuel, ce livre est cependant un résumé de toute la pathologie chirurgicale. L'auteur a eu pour but de faire un travail utile aux étudiants qui commencent et à ceux qu'une impérieuse nécessité force de revoir en quelques jours les matières d'un examen.

« Ce livre, dit M. Jamain, n'est pas un travail d'érudition, et ce n'est que dans des cas extrêmement rares, que j'ai cherché à exposer l'histoire de quelques affections ou que je me suis engagé dans les discussions purement théoriques; j'ai voulu seulement qu'il pût initier la jeunesse studieuse aux éléments de la science, ou bien rappeler ce qu'ils auraient pu oublier aux élèves qui, plus avancés dans leurs études, ont déjà commenté nos traités classiques et étudié les nombreuses monographies publiées sur divers points de la science.

» Ce livre s'adresse donc aux élèves qui débutent dans la carrière médicale et à ceux qui, au moment d'un concours ou d'un examen, ont besoin de revoir rapidement les chapitres sur lesquels leur mémoire pourrait être en défaut. Pris sous ce point de vue, j'ose espérer que cet ouvrage sera utile; mais, par contre, je pense qu'il serait funeste à ceux qui, croyant y trouver toute la science chirurgicale, négligeraient l'étude d'ouvrages plus complets. »

C'est ainsi que l'on doit comprendre un manuel, et nous croyons que M. Jamain a parfaitement atteint son but. Il ne prétend pas se substituer aux maîtres de notre science, son ambition a été de préparer les voies qui conduiront à eux, et de les rendre accessibles aux commençants. Son livre est pour la chirurgie ce que le manuel de M. Tardieu est pour la médecine. Il est relativement plus complet, cependant; nous dirons même que certains chapitres sont traités avec assez de détails pour pouvoir figurer avantageusement dans un traité conçu sur un plan plus vaste, surtout si les vues d'ensemble et les aperçus synthétiques y étaient moins ménagés.

— Le premier ouvrage de M. Jamain a été un *Manuel de petite chirurgie*. Ce début dans le genre didactique élémentaire a été fort heureux pour lui. Deux éditions ont été déjà épuisées, et la troisième, publiée tout récemment, aura sans nul doute une aussi bonne fortune que ses aînées. Elle a été entièrement refondue et considérablement augmentée; et ce qui est surtout précieux pour ceux à qui elle est destinée, elle s'est enrichie d'un grand nombre de figures nouvelles, qui, jointes à celles qui existaient déjà, atteignent le chiffre de trois cent sept. Le chapitre des appareils à fracture contient la description et la figure de tous les types d'appareils en usage aujourd'hui ou proposés dans ces dernières années. Les appareils inamovibles et les nombreuses variétés que la chirurgie belge a imaginés à la suite de M. Seutin, y sont heureusement représentés. Nous signalerons, parmi les améliorations importantes, quelques pages sur les appareils de mouvement de Bonnet (de Lyon); les nouveaux procédés de cautérisation n'ont

pas été oubliés. Le chapitre sur les agents anesthésiques, qui termine l'ouvrage, a été augmenté des nouvelles acquisitions de la science sur ce point. Ces additions sont d'autant plus opportunes, que les cas de mort survenus pendant l'anesthésie tendent de plus en plus à faire regarder l'administration du chloroforme, sinon comme une opération de grande chirurgie, du moins comme une opération digne de la plus sérieuse préoccupation. Cette opération étant généralement confiée à des aides, sous la surveillance du chirurgien, il est vrai, rentre par cela même dans la série que M. Jamain a voulu embrasser, et à ce sujet nous lui conseillerions, pour sa prochaine édition, un chapitre spécial sur le rôle des aides dans les grandes opérations. Il y a là des préceptes généraux à exposer, qui seront très utiles à la classe de lecteurs à laquelle son livre est destiné, et qui rentreront tout aussi bien dans le cadre de la petite chirurgie, que certains chapitres qu'on est dans l'habitude d'y faire figurer contre le sens étymologique du mot.

— Si les traités généraux sont indispensables à ceux qui poursuivent leur instruction professionnelle et à ceux qui se livrent déjà à la pratique de notre art, il est un autre genre de publications qui présente une utilité aussi incontestable, quoique d'un ordre différent, et que nous voudrions signaler plus souvent; ce sont ces recueils de leçons cliniques et d'observations dans lesquelles les chirurgiens d'hôpitaux exposent les faits les plus intéressants de leur service, et les prennent pour texte de considérations sur certains points de la science encore obscurs ou actuellement controversés. Quoique moins importants au point de vue théorique, ces recueils pourraient acquérir une valeur aussi réelle et même plus durable; ils enregistrent d'ailleurs des faits qui sans cela eussent été probablement perdus pour la science; ils ont, en outre, l'avantage de répandre au dehors les idées et la pratique de l'auteur, et de ne pas borner à son auditoire l'influence de son enseignement.

C'est ce qu'a compris M. Robert, en publiant les conférences cliniques qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu pendant les années 1858 et 1859. Tous ceux qui ont pu apprécier toutes les qualités de ce chirurgien se féliciteront, comme nous, de l'apparition de ce volume, où brillent à chaque page le tact chirurgical le plus précis et l'expérience la plus consommée.

Nous trouvons, au commencement de ce volume, les leçons sur l'anesthésie que nous avons fait connaître à nos lecteurs dans le mois de décembre 1859 (p. 767). Parmi les chapitres qui suivent, nous signalerons ceux qui concernent les accidents dus à l'évolution irrégulière de la dent de sagesse, aux polypes naso-pharyngiens, aux fistules vésico-vaginales, aux kystes du sourcil; aux coxalgies hystériques et à la consolidation des fractures spontanées.

Étudiant les accidents qui peuvent survenir par suite d'une évolution irrégulière de la dent de sagesse, M. Robert emprunte plusieurs observations à M. Toirac, qui le premier a insisté sur cette étiologie, et cite quelques cas intéressants qu'il a observés lui-même. Bien que les chirurgiens aient aujourd'hui l'attention dirigée sur ce point lorsqu'il se passe dans le fond de la bouche des désordres insolites, il n'était pas inutile de faire remarquer la multiformité des accidents auxquels peut donner lieu cette évolution vicieuse.

Le chapitre consacré aux fistules vésico-vaginales est intéressant parce qu'il renferme l'observation de la malade que M. Bozeman a opérée lui-même dans le service de M. Robert. L'opération a été suivie d'un très beau succès, bien que la malade soit sortie de l'hôpital avec un petit pertuis laissant passer quelques gouttes d'urine quand la vessie était trop distendue. M. Robert se montre on ne peut mieux disposé en faveur du procédé de M. Bozeman. Nos lecteurs le connaissent par le remarquable exposé que M. Verneuil en a fait dans ce journal. Nous croyons d'autant moins utile de nous y arrêter aujourd'hui, que notre savant collaborateur et ami aura probablement bientôt l'occasion d'y revenir.

A propos des polypes naso-pharyngiens, M. Robert cite plusieurs cas, tirés de sa pratique ou de celles de quelques autres chirurgiens, observations qui ne seront pas sans intérêt pour la solution de cette question que des travaux récents ont mise plusieurs fois à l'ordre du jour devant la Société de chirurgie. L'habile praticien de l'Hôtel-Dieu nous a donné une nouvelle preuve d'un sage éclectisme, en reconnaissant que parmi les opérations proposées il n'en est aucune qui soit applicable à tous les cas. Il cite plusieurs malades radicalement guéris par l'extirpation seule, et d'autres dans lesquels le bourgeonnement du pédicule du polype, après avoir rendu une récidive imminente, s'était spontanément arrêté depuis plusieurs années. Il n'emploie jamais la cautérisation et la repousse en principe, ne voyant que des dangers dans son emploi, et ne lui reconnaissant aucun avantage sérieux. Nous serions ici moins rassuré que M. Robert sur les avantages de l'extirpation simple, et moins timide à l'endroit de la cautérisation. Nous avons vu tant de récidives après la première méthode, et nous avons vu si peu d'accidents après la seconde, que nous n'hésiterions pas à employer cette dernière, en nous servant du chlorure de zinc, dont l'action peut être parfaitement limitée par le procédé de M. Desgranges (de Lyon). Pendant que nous étions l'interne de ce chirurgien éminent, nous avons pu nous convaincre de l'efficacité de la méthode qu'il emploie, et nous ne nous sentons aujourd'hui nullement ébranlé par les objections qu'on a fait valoir contre la cautérisation. Il est des cas cependant où elle serait dangereuse, si l'on n'agissait pas avec la plus grande prudence, c'est lorsque l'os a été aminci et creusé par l'altération morbide. Dans ces cas-là, évidemment, il serait indiqué de s'abstenir, et, dans le doute, il faudrait avoir recours d'abord à l'extirpation simple; et, secondairement, à la cautérisation, lorsque l'impuissance du premier moyen serait bien constatée.

Au sujet des kystes péri-orbitaires, M. Robert fait de sages réserves sur la thérapeutique de ces affections morbides, lorsqu'elles sont congénitales. Les deux cas qu'il a eu l'occasion d'observer se trouvaient vers l'angle interne de l'œil. On sait que c'est à la queue du sourcil qu'on les observe habituellement.

Une affection encore peu connue en France, malgré les travaux de Bonnet, de M. J. Guérin, sur les affections articulaires, et mieux étudiée en Angleterre depuis la description qu'en a donnée Brodie, la coxalgie hystérique, a fourni à M. Robert l'occasion d'écrire un chapitre très intéressant. Il s'agit d'une jeune fille traitée depuis longtemps pour une coxalgie au moyen des moxas, cautères et autres agents douloureux de la médication révulsive, et qui n'avait cependant qu'une contracture permanente des muscles environnant l'articulation de la hanche. Le chloroforme permit de constater l'absence d'altération organique, on imprima des mouvements à l'articulation, on administra un traitement général tonique, et la malade guérit parfaitement.

Nous signalerons enfin, pour terminer, un chapitre sur la consolidation des fractures survenues spontanément en dehors de toute cachexie, en dehors même, selon toute probabilité (dans deux cas du moins), de toute influence syphilitique. La réparation se fit sans obstacle et dans le même temps qu'une fracture ordinaire. Ces faits ne sont point nouveaux, mais ils viennent démontrer que le pronostic des fractures spontanées est souvent plus favorable qu'on ne le croit généralement, surtout lorsqu'il n'y a pas de ces troubles profonds de la nutrition qu'amènent les affections diathésiques à leur dernière période.

L. Ollier.

Annuaire général des sciences médicales, par A. Cavasse. Deuxième année, 1858; 1 vol. in-12. Paris, chez Delahaye.

Half-yearly Abstract of the Medical Sciences, vol. XXVIII, XXIX et XXX. Londres, chez J. Churchill.

Nous avons signalé en temps et lieu (t. V, p. 727) la création de l'Annuaire général de M. Cavasse, destiné à rendre chez nous les mêmes services que depuis longtemps déjà l'Allemagne et l'Angleterre médicales reçoivent de publications analogues; et nous avons annoncé l'apparition du premier volume, consacré à l'année 1857. Le second volume, qui comprend l'année 1858, et porte le millésime de 1859, vient seulement d'être mis en vente. Ce rap-

prochement de dates motivera, de notre part, l'expression d'un regret; c'est que l'auteur n'ait pu réunir ses matériaux avec plus de diligence, et que, par là, les plus récents des travaux qu'il signale soient déjà vieux d'une année entière. Nous lui soumettons cette remarque avec d'autant plus de confiance que nous voyons remplie, dans ce second volume, une lacune signalée par nous dans le premier. Une table alphabétique des auteurs est jointe, cette fois, à celle des matières, ce qui facilitera sensiblement les recherches (1).

Ce volume, du reste, est conçu et exécuté sur le même plan que le précédent, mais il nous a paru beaucoup plus complet. Il faut dire seulement que cet avantage, avec le parti pris de tout faire entrer dans un seul volume de moins de 500 pages, est nécessairement acheté par une brièveté plus grande des analyses. Souvent l'analyse est remplacée par de courtes indications, ou même par la simple mention du travail. Mais nous préférons, pour notre compte, ce système à celui de résumés plus détaillés et portant sur un moins grand nombre de sujets, parce qu'on donne ainsi aux travailleurs le moyen de ne rien ignorer de ce qui les intéresse en se donnant la peine de remonter aux sources. La connaissance de toutes les sources à consulter vaut mieux, pour celui qui est engagé dans une étude, que la possession de documents insuffisants.

— En Angleterre, le HALF-YEARLY ABSTRACT OF THE MEDICAL SCIENCES continue à paraître avec une ponctualité qui lui fait le plus grand honneur. Déjà nous avons reçu le volume relatif au dernier semestre de 1859. Ce sont trois volumes parus depuis notre dernière mention (t. V, p. 727), qui s'arrêtait au tome XXVII. Comme le précédent, ce recueil embrasse la médecine de tous les pays; mais peut-être, sous ce rapport, pousse-t-il le patriotisme un peu loin, sinon le culte du pays, du moins celui de la langue. L'Angleterre et l'Amérique ont dans ce tableau de la médecine contemporaine une part que, chez nous et en Allemagne, on sera généralement disposé à trouver excessive. Mais, à part cette réserve, nous nous faisons un plaisir de dire que l'œuvre de MM. Ranking et Radcliffe, éditée avec beaucoup de goût par M. John Churchill, est destinée à constituer, avec le temps, un monument des plus précieux.

A. D.

(1) Un avis imprimé sur la couverture porte que le *troisième volume* (année 1859) est sous presse et paraîtra bientôt. Tout fait donc espérer que notre vœu sera réalisé.

VII

VARIÉTÉS.

INCIDENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Nous savions le grave incident qui s'est récemment produit à la Faculté de médecine; mais nous avions jugé à propos de n'en pas entretenir nos lecteurs avant qu'il nous fût possible, sinon d'en connaître définitivement, du moins d'en présumer les suites.

M. Longet a envoyé sa démission de professeur de physiologie, motivée par un scrupule de conscience. Au lieu de laisser la curiosité s'égarer, il vaut mieux, ce nous semble, dire nettement que, à une époque où un projet de loi soumis au conseil d'État laissait entrevoir une chaire disponible pour M. Longet ailleurs qu'à la Faculté de médecine, notre loyal et chevaleresque confrère crut pouvoir dire à un physiologiste de ses amis qu'il ne lui disputerait pas l'héritage de Bérard. La loi en question fut rejetée. Bérard étant mort, M. Longet, sur les instances de tous ses amis, fit acte de candidature. On sait qu'il fut nommé à une grande majorité. C'est le souvenir des intentions manifestées par lui devant son compétiteur, souvenir ravivé par quelques circonstances inutiles à rappeler, qui l'a troublé dans ces derniers temps, et lui a arraché l'acte inattendu dont il s'agit.

La Faculté entière a résolu de tout entreprendre pour empêcher la démission d'avoir son effet. M. Longet ayant quitté Paris, plusieurs collègues sont allés le trouver à la campagne; de son côté, M. le ministre de l'instruction publique se montre, nous le croyons, très décidé à employer dans le même but sa haute influence. A l'heure où nous écrivons, nous ne croyons pas que tout soit officiellement terminé; mais nous regardons comme extrêmement probable que les scrupules si loyaux, mais si excessifs de M. Longet, s'évanouiront. Le ministre et la Faculté, mis au courant des faits, lui ont constitué en réalité un *tribunal d'honneur*, dont il peut sans crainte, dont il doit, accepter la décision.

Comme nous l'avions annoncé, M. Lescarbault a décliné l'honneur du banquet qu'on lui avait offert.

— Nous avons annoncé que notre savant confrère, M. Brown-Séquard, était nommé médecin en chef d'un hôpital d'épileptiques qui vient d'être fondé à Londres. Les amis de la science apprendront avec plaisir que toutes les mesures sont prises pour assurer la publication régulière du JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, dont un nouveau fascicule vient d'être mis en vente.

— M. Bery, chirurgien de 2e classe de la marine, est destiné à continuer ses services à la Réunion, en remplacement de M. Herland.

— Nous rappelons que le concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu (de Lyon), commencera le lundi 19 mars. — Le registre d'inscription, pour l'admission à ce concours, reste ouvert jusqu'au 4 mars.

— M. le docteur Renaudin, directeur de l'asile public d'aliénés de Maréville, près Nancy, vient d'être nommé directeur-médecin en chef de l'asile d'Auxerre, en remplacement de M. Girard de Cailleux, promu médecin-inspecteur des aliénés de la Seine. — M. Lherbon de Lussats, directeur de l'asile départemental d'aliénés d'Auch (Gers), vient d'être nommé directeur de l'asile de Maréville, en remplacement de M. le docteur Renaudin. — M. le docteur Teilleux, médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile des aliénés d'Auch (Gers). — M. le docteur Achille Foville, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), vient d'être nommé médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Maréville.

— M. le docteur Pointe (de Lyon) vient de succomber après quelques jours de maladie.

— M. le docteur Vallot (de Dijon), membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir à un âge très avancé.

— Le bureau de la Société des sciences médicales est composé comme suit pour l'année 1860 : président, M. CAUDMONT; vice-président, M. SIMONNOT; secrétaire général, M. MORPAIN; secrétaire annuel, M. MALLEZ; trésorier, M. BOUTIN DE BEAUREGARD. — Les séances ont lieu à l'hôtel de ville le quatrième vendredi de chaque mois.

— L'Académie impériale Léopoldine-Caroline des naturalistes a ouvert un concours sur le sujet suivant :

1° La pustule maligne produite par l'inoculation de la vraie peste de la race bovine protége-t-elle de la fièvre typhoïde, de la peste orientale et de la fièvre jaune?

2° L'inoculation au gros bétail du contagium de la fièvre typhoïde (peste, etc.) peut-elle produire chez lui une maladie, comme la vaccine est produite par l'inoculation de la variole aux bêtes à cornes?

3° La peste orientale modifiée par l'inoculation au gros bétail produit-elle une épizootie modifiée qui puisse être de nouveau transplantée de l'animal à l'homme, une forme moins sérieuse qui compense la vraie peste et qui puisse en être regardée comme l'équivalent?

4° La peste de la race bovine se montre-t-elle aussi dans l'hémisphère austral (Brésil, Australie, Bornéo, etc.), ou n'est-elle, comme la fièvre typhoïde et ses formes, autochthone que dans l'hémisphère boréal, et ne se trouve-t-elle que dans l'ancien monde et non en Amérique ?

Adresser les mémoires sur ces questions, écrits en allemand ou en latin, avant le 1er septembre 1860, au docteur D. G. Kieser, président de l'Académie à Iéna (G.-D. de Saxe). Le prix consiste en une médaille d'or de 60 thalers, avec l'image du fondateur de ce prix.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

ERRATUM.—Dans le dernier numéro, à la page 99, au lieu de : *4 grammes furent trouvés ecchymosés*, lisez : *les poumons*, etc.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS.— IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 2 MARS 1860. N° 9.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 1er mars 1860.

ÉTUDES FAITES EN ANGLETERRE SUR L'ANATOMIE, LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Plusieurs publications importantes ont été faites, dans ces dernières années, en Angleterre, au sujet des organes génito-urinaires et de leurs maladies. La plupart portent un cachet d'utilité pratique, mais elles se bornent à un point très circonscrit et aux seules opinions de l'auteur. Nous ne connaissons que celles de M. H. Thompson qui offrent un cadre assez complet : indépendamment des idées qui lui sont propres, il nous fait connaître très exactement celles de ses compatriotes, et souvent même avec bonheur celles des anatomistes et chirurgiens étrangers. Les travaux de MM. Syme et Hodgson n'offrent pas, à beaucoup près, la même étendue; mais celui-ci, pour l'anatomie et même pour l'engorgement de la prostate, celui-là pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre, sont excellents à consulter.

Nous avons prié M. Mercier, dont le nom se rattache avec tant de distinction à ce genre d'études, de vouloir bien rédiger pour la GAZETTE HEBDOMADAIRE un exposé critique des travaux anglais que nous venons de rappeler (1).

A. D.

PREMIER ARTICLE.

Pour éviter des répétitions, au lieu de passer les ouvrages successivement en revue, nous diviserons notre sujet par ordre de matières. Ce premier article sera consacré à l'anatomie et à la physiologie des organes génito-urinaires.

(1) Les publications dont nous allons nous occuper sont les suivantes : *On Stricture of the Urethra*, by J. Syme, 2d édit. 1855; — *The Prostate Gland and its enlargement in old Age*, by Decimus Hodgson, 1856; — *Some Obs. on the Anat. and Pathol. of the Adult Prostate* (from vol. XL *of the Med. Chir. Trans.*), by Henry Thompson, 1857; — *The enlarged Prostate, its Path. and Treatment, with Obs. on Stone in the Bladder*, by H. Thompson, 1858; — *The Pathol. and Treatment of Stricture of the Urethra*, by H. Thompson, 1858.

FEUILLETON.

Erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Un point de l'histoire des polypes naso-pharyngiens, et, par occasion, du profit qu'on tire à remonter des citations aux sources bibliographiques originales.

Mon cher ami,

Dans le dernier feuilleton que je vous ai adressé, j'ai cherché à démontrer qu'un écrivain consciencieux qui, ne s'en rapportant point aux citations de seconde main, voulait chercher les opinions réelles des auteurs dans les originaux, consacrait souvent un temps énorme pour obtenir en résumé un maigre résultat. J'aurais pu intituler ce feuilleton : *Du temps qu'on perd à remonter aux sources.* Je me suis aperçu depuis que, conçu dans un but louable, ce petit pamphlet pourrait avoir au moins deux inconvénients.

D'abord il servirait d'excuse aux faiseurs de gros livres, qui ne citent personne. Comme il est impossible, à moins de vivre aussi longtemps que Mathusalem, ou même autant que le désire le docteur Flourens, c'est-à-dire au moins deux cents ans; comme il est impossible, dis-je, de vérifier tout par soi-même, mieux vaut ne rien vérifier du tout, et exposer simplement ce qu'on a vu ou appris, argument spécieux auquel il serait trop long de répondre ici.

Puis on pourrait croire que je regrette le temps gaspillé et que je me repens d'avoir couru pendant trois jours de bouquins en bouquins, ce qui serait tout à fait inexact.

Je me crois donc obligé à réparer le mal que j'ai fait ou que j'aurais pu faire; c'est pourquoi je vais m'efforcer de démontrer contradictoirement que si l'on dépense ses heures à consulter les textes, on y gagne comme compensation beaucoup d'instruction, en exhumant des faits curieux ignorés ou mal interprétés, et des notions précieuses menacées de tomber dans l'oubli : c'est ce qui m'a décidé à donner à la présente lettre le titre que vous avez lu.

Je n'hésite pas à formuler et à souligner même la proposition

Vessie. — Nous aurions bien des choses à dire sur la couche musculaire de cet organe, sujet dont nous nous sommes personnellement occupé, et sur lequel les anatomistes anglais nous semblent un peu arriérés. Ainsi, pour eux encore, les fibres longitudinales externes sont ce qu'elles étaient pour Douglas, Rutty, Parsons, c'est-à-dire un seul plan musculaire, connu sous le nom de *detrusor urinæ*. Ce plan naîtrait de la face supérieure de la prostate, et, par de petits tendons (ligaments antérieurs de la vessie), de la face postérieure de la symphyse pubienne; il monterait sur la face antérieure du réservoir urinaire, contournerait son sommet, couvrirait sa face postérieure, et irait s'insérer au bord supérieur et postérieur de la prostate, ainsi qu'aux tissus sous-muqueux. M. Hogdson ajoute que Guthrie a décrit certaines fibres qui vont à la luette et au verumontanum. Tout ceci nous paraît erroné.

D'abord les fibres longitudinales externes forment deux plans distincts. L'antérieur, partant, en effet, de la symphyse pubienne, s'étale en éventail sur la face antérieure de la vessie, et sur la partie la plus élevée de ses faces latérales; ses fibres moyennes se perdent sur l'ouraque. Il en est de même du plan postérieur; mais celles de ses fibres qui sont en dehors de la ligne moyenne montent en spirale sur les faces latérales et jusque sur l'antérieure, en s'enfonçant au-dessous du plan précédent. Ni l'un ni l'autre ne sont sous-muqueux, et nous verrons que les fibres qui se rendent au verumontanum appartiennent à un autre plan tout à fait interne. Quant à des fibres, que M. Hodgson dit aller à l'utricule prostatique, nous n'avons pas eu occasion de les rechercher.

Suivant lui, les fibres latérales sont obliques. La vérité c'est qu'elles naissent du sommet de chaque lobe latéral de la prostate, que les médianes montent vers le sommet de la vessie et peuvent être considérées comme longitudinales, quo celles qui sont plus antérieures et plus postérieures se portent obliquement sur les faces correspondantes, et que celles qui sont tout à fait en avant ou en arrière se dirigent directement vers le côté opposé et prennent par conséquent une direction circulaire. Ces fibres s'enfoncent au-dessous des plans précédents.

M. Hodgson admet sans observation ce que Ch. Bell a écrit touchant deux petits muscles qu'il dit aller des orifices uréthraux au bord postérieur du col de la vessie. Cette description est incomplète à beaucoup d'égards. En premier lieu, ce n'est pas à ce bord que ces fibres s'insèrent, mais dans la région prostatique, sur les côtés et au-dessus du verumontanum (1) : ce sont elles sans doute que Guthrie croit appartenir aux fibres postérieures externes; mais c'est à tort, puisqu'elles en sont séparées par un plan épais de fibres transversales et qu'elles sont sous-muqueuses. D'autre part, elles ne forment pas deux muscles distincts; mais elles divergent en éventail de manière à se rendre à tous les points de la circonférence du col et de la face interne de la vessie. Elles sont, nous devons le dire, plus abondantes en arrière, surtout dans la direction du col aux uretères, direction dans laquelle elles forment, par leur accumulation, ces saillies qu'on nomme *bords latéraux du trigone*, et dont la jonction, l'accumulation, constituent la *luette vésicale*.

Au-dessous de ce plan très mince s'en trouve un beaucoup plus épais qui est le sphincter de la vessie. Ch. Bell avait, au sujet de ce muscle, mis ses compatriotes sur la voie de la vérité; mais ils ne sont pas allés plus loin, et il paraît même, d'après M. Hogdson, qu'en général ils n'admettent pas son opinion, et que, loin de regarder comme rétentives les fibres qu'il décrit sous ce nom, ils les regardent comme expulsives. Ch. Bell avait dit que le sphincter est formé de deux couches musculaires en forme de croissant, l'une d'un demi-pouce de largeur, située au-dessous de l'orifice uréthral, et l'autre plus faible, située au-dessus. M. Hancock pense que la tunique musculaire interne de la vessie se prolonge dans la région prostatique, que l'externe se continue autour de la prostate, que ces deux couches interne et externe se réunissent au-dessous de la glande pour concourir à la formation de la couche musculaire qui entoure la région membraneuse, qu'enfin cette couche se sépare en deux lames, l'une qui s'étend entre la muqueuse de l'urèthre et le tissu cellulaire, l'autre entre le tissu vasculaire et l'enveloppe fibreuse du corps spongieux. Ces diverses descriptions nous paraissent inexactes.

Le sphincter n'est pas formé de deux croissants musculaires, comme le croyait Ch. Bell; il est probable que ce qu'il a pris pour un croissant antérieur n'est que le résultat de la jonction des fibres antérieures et inférieures des plans latéraux, fibres que j'ai dit naître au sommet des lobes latéraux de la prostate et se diriger en avant du col, où elles s'entre-croisent avec celles du côté opposé.

Peut-être que son croissant postérieur n'est lui-même que le résultat de la jonction des fibres postérieures et inférieures des mêmes plans latéraux, et ainsi se trouverait expliquée avec quelque apparence de raison l'opinion des anatomistes anglais sur la fonction expulsive de ces fibres.

Le sphincter fait partie d'un plan de fibres transversales occupant, non pas la largeur d'un demi-pouce, mais dont l'espace compris entre l'orifice de l'urèthre et ceux des uretères. Ce sont ses fibres postérieures qui forment, par leur relief, le bord postérieur du trigone, et que M. Thompson décrit comme un muscle distinct sous le nom de *muscle des uretères* de Ch. Bell (*On prostate*, p. 243). De ces fibres, les unes suivent les uretères, tandis que les autres montent et s'épanouissent au-dessous de la muqueuse de la paroi postérieure de la vessie. Quant aux moyennes, elles s'étalent sur les parois latérales, et les antérieures obliquent de plus en plus en avant, de telle sorte que celles qui sont immédiatement derrière l'orifice de l'urèthre se portent à la paroi anté-

(1) Le professeur Ellis (de Londres) veut que ces fibres se continuent avec les bandes longitudinales, musculaires selon les uns, fibro-élastiques selon d'autres, qu'on remarque sur la face interne de la paroi inférieure de l'urèthre (*Med. Chir. Trans.*, vol. XXXIX). Il se peut que quelques fibres, les plus superficielles, se continuent de la sorte; mais les insertions sur la paroi postérieure de la région prostatique, que nous avons décrites dès 1839, sont incontestables.

---

suivante : *Le temps qu'on emploie à remonter aux sources n'est pas du temps perdu.* A quoi j'ajouterais volontiers : L'examen direct et consciencieux des textes n'a pas pour but unique de relever ironiquement les erreurs des autres; il sert également à mettre en évidence des vérités oubliées. Le critique d'une main épure la science, de l'autre il l'enrichit; ceci soit dit pour la justification de son œuvre.

Passons aux preuves.

Je me suis occupé récemment, comme vous le savez, des polypes naso-pharyngiens et de l'histoire des opérations qui leur conviennent. J'eus, chemin faisant, l'occasion, en lisant une thèse de concours (1), d'y trouver sommairement relatée une opération pratiquée en 1843 par M. Roux. A la vérité il s'agissait, d'après l'auteur de la thèse, d'un ~~polype~~ naso-maxillaire du côté droit : donc j'aurais bien pu ne pas m'y arrêter, puisque je ne m'occupais que des polypes naso-pharyngiens, et que la variété naso-maxillaire est celle dans laquelle le polype implanté, soit dans les fosses nasales, soit dans le sinus, finit, en s'accroissant, par occuper simultanément les deux cavités (p. 55). Mais l'auteur me donnait deux indications bibliographiques au lieu d'une, générosité qui n'est pas commune. J'avais précisément sous la main les deux recueils originaux, savoir : la GAZETTE DES HÔPITAUX, 19 septembre 1843, et les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE pour la même année.

Je me décidai donc à m'y plonger, le fait, disais-je, est donné comme un exemple de polype naso-maxillaire; on ajoute que Roux fit une série d'opérations curieuses pour ce polype, qui avait résisté à *plusieurs tentatives d'arrachement* (la source n'indique qu'*une* tentative d'arrachement et trois essais de ligature). Suivent quelques détails sur les ravages causés par le polype, puis sur les incisions qui furent faites pour le découvrir par sa face antérieure : « Le lambeau étant renversé en dehors sur la joue, la tumeur se » trouva mise à découvert. M. Roux en excisa d'abord une portion » considérable afin d'arriver sur l'implantation qui avait lieu *sur*

(1) *Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx*, thèse de concours, 5 février 1850, p. 57.

rieure de la vessie. Ce plan musculaire rappelle de la manière la plus exacte celui qui recouvre la grosse tubérosité de l'estomac sous le nom de *fibres à anses*, *en écharpe*, etc. Qu'on suppose, en effet, un estomac renversé et le grand cul-de-sac dirigé en arrière, la vessie aura, quant à sa couche musculaire, la plus grande analogie avec lui.

M. Thompson convient que ses idées sont loin d'être fixées sur le mécanisme de l'occlusion du col de la vessie ; il paraît disposé à faire jouer un grand rôle à la *luette vésicale* et à croire que ce sont les élévateurs de la prostate qui la tirent en avant, supposition ayant de l'analogie avec celle de Bianchi (*Mangeti theat. anat.*, t. I, p. 417 ; 1716), et que nous ne pouvons admettre.

Nous tirerons plus tard des conséquences importantes de cette disposition anatomique du col de la vessie.

Urèthre. — La longueur de ce canal varie beaucoup, et beaucoup plus encore les mesures que les divers auteurs en ont données. C'est qu'en effet, outre qu'elles varient beaucoup selon les sujets, lorsqu'on les prend sur des cadavres on risque de se tromper très diversement : si l'on exerce des tiraillements sur les parties détachées, elles s'allongent et donnent des mesures trop grandes ; en cas contraire, dépourvues qu'elles sont de la turgescence sanguine dont elles sont le siége pendant la vie, elles en fournissent de trop courtes. Nous sommes tombés dans ce dernier défaut, M. Malgaigne et nous ; M. Thompson, en donnant à l'urèthre environ 8 pouces (français), d'après l'examen de seize cadavres d'adultes, nous paraît être tombé dans le défaut opposé. Sur le vivant, c'est de 6 1/2 à 7 pouces qu'on trouve le plus souvent, à savoir : 1 pouce 1/4 pour la région prostatique, 1/2 pouce pour la membraneuse, et 5 pouces environ pour la spongieuse. M. Briggs, qui a également fait des recherches sur le vivant, est arrivé à peu près aux mêmes résultats : il a trouvé que, sur soixante personnes, les mesures variaient de 6 pouces 3/4 à 8 pouces 1/3, en moyenne de 7 pouces 1/2 à 7 pouces 3/4 ; mais le pouce anglais a 2 millimètres de moins que le nôtre. Et puis, je ne vois pas qu'il ait éliminé les cas où une hypertrophie de la prostate donne à la portion correspondante du canal des dimensions exagérées. Au reste, ces mesures ont bien moins d'importance qu'on ne leur en a donné : celui qui, sur le point de pratiquer une opération dans l'urèthre, n'aurait pas recours à d'autres moyens de contrôle, courrait grand risque de se tromper.

Le méat, dit M. Thompson, est la partie la plus étroite du canal, excepté dans les cas très rares où il existe une étroitesse congénitale à 1/4 ou 1/2 pouce de l'extrémité. Cette remarque est juste ; cependant nous ne croyons pas ces derniers cas aussi rares qu'il le dit. Le point le plus étroit ensuite, suivant lui, est la portion membraneuse ; le centre de la région prostatique et le bulbe sont les parties les plus larges. Des injections de cire dans l'urèthre de deux sujets, le premier de quatre-vingts ans et le second de trente, donnèrent à M. Thompson les diamètres suivants : à 1/4 de pouce du méat, 9/20es de pouce et 7 1/2-20es de pouce ; à 4 pouces 1/2 du méat, 7 20es de pouce et 7/20es ; au bulbe, 12/20es de pouce et 13/20es ; à la portion membraneuse, 9/20es de pouce et 7/20es ; dans la prostate, 11/20es de pouce et 10/20es ; au col de la vessie, 9/20es et 8/20es. Il s'agit encore du pouce anglais.

A propos de ces mesures, nous ferons observer que, par cela même que le col de la vessie et la région membraneuse doivent leur étroitesse habituelle à du tissu musculaire contractile, ils lui doivent aussi une grande dilatabilité qui fait que des corps étrangers assez volumineux peuvent être amenés de la vessie dans le bulbe sans déchirures. Nous avons, dans nos *Recherches de 1856*, utilisé cette remarque pour remettre en honneur certains procédés de taille périnéale tombés en désuétude et dans lesquels on procédait surtout par dilatation ; mais un chirurgien, l'an passé, s'est non-seulement approprié nos idées, mais les méthodes elles-mêmes (voy la *Gaz. hebd. de méd. et chir.* de 1858, p. 657, 739, 808, 843). Poursuivi dans ses derniers retranchements, notre adversaire avait fini par dire que la dilatabilité du col de la vessie était de notion élémentaire. Eh bien, deux passages des ouvrages que nous examinons prouvent qu'il n'en est pas tout à fait ainsi : « Le col de la vessie, dit M. Hodgson, est plus contracté et moins dilatable que l'urèthre en avant. » « La partie supérieure de la prostate, dit à son tour M. Thompson, ferme au col de la vessie, est plus résistante que le reste, et ne cède pas. » Contrairement aux parties profondes, la portion pénienne du canal est très peu extensible, et 8 millimètres de diamètre sont les limites les plus habituelles de sa dilatabilité.

Région prostatique. — Un critique nous a reproché d'avoir dit que cette fente représente une fente antéro-postérieure, parce que le verumontanum lui fait une paroi postérieure. Évidemment, nous ne faisions pas de cette fente une ligne mathématique, et nous connaissions l'existence du verumontanum. Mais, chose remarquable, voici MM. Hodgson et Thompson qui trouvent à cette région, après l'avoir coupée transversalement, la forme d'un triangle à sommet *inférieur* ou *postérieur*.

M. Thompson pense, avec la plupart des anatomistes, que l'urèthre passe, sauf quelques exceptions contraires, plus près de la face antérieure de la glande que de sa face postérieure. Mais, qu'il revoie la coupe que représente sa planche I, et je lui réponds qu'il ne trouvera pas, derrière l'urèthre, *au-dessous* des canaux éjaculateurs, l'épaisseur que ses deux figures indiquent. M. Hodgson est plus près de la vérité en disant que, passé vingt-deux ans, le tissu qui se trouve au devant de l'urèthre égale, et parfois même excède en épaisseur celui qui se trouve derrière. Le fait est que, chez l'adulte et surtout chez le vieillard, cette dernière disposition est la plus ordinaire.

Nos deux auteurs admettent, avec Kobelt, du tissu érectile dans le verumontanum. Entre les orifices des canaux éjaculateurs contenant, dans leurs parois, du tissu musculaire élastique, se trouve un orifice médian qui conduit dans l'utricule de Weber.

Quant à la structure de la prostate, « les recherches des anato-

---

» *toute la paroi supérieure de la fosse nasale.* » Il put alors détacher en partie avec des ciseaux, etc., etc., et terminer heureusement cette laborieuse opération, etc.

En lisant l'analyse en question, j'avais vu avec étonnement un polype né sur la paroi supérieure de la fosse nasale causer autant de ravages : puis je m'étais demandé pourquoi on l'avait appelé naso-maxillaire, puisque rien n'indiquait qu'il eût pénétré dans le sinus du même nom ; enfin, je me pris à soupçonner qu'il pouvait bien s'agir d'un simple polype naso-pharyngien.

Le soupçon est une herbe qui pousse vite et qui repousse exactement comme les polypes tant qu'on ne l'a pas détruit jusqu'à la racine ; c'est pourquoi je ne différai pas plus longtemps la vérification.

J'ouvris le volume XVIII du BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, p. 294, et j'y trouvai des détails précis sur l'anatomie pathologique de la tumeur. Sa consistance était très ferme, son tissu d'un blanc mat, sa structure fibreuse et homogène ; il n'était dégénéré dans aucun point de son étendue, etc. Ceci ressemblait de plus en plus aux polypes naso-pharyngiens, mais, plus loin, on dit explicitement que la tumeur a pénétré dans le sinus maxillaire, et que son pédicule s'insérait à la partie supérieure des fosses nasales. L'auteur de la thèse avait donc raison, au moins pour le titre.

J'aurais pu, à la rigueur, me dispenser de consulter le BULLETIN, qui ne m'apprenait rien de bien nouveau. Heureusement que la GAZETTE DES HÔPITAUX me procura une plus ample moisson. En renvoyant à ce recueil, l'on avait omis d'indiquer la page, qu'on avait remplacée par la date. Je cherchai donc le numéro du 19 septembre, mais ce fut en vain ; il n'y avait de maxillaire dans ce numéro qu'un phlegmon, avec altération ancienne de l'os et caries dentaires. De polype, il n'en existait trace.

Je conçus un second soupçon : citer une observation ne veut pas toujours dire qu'on l'a lue. Je me pris à penser à part moi que si je parvenais à rattraper le fait, je le trouverais tout autre qu'il ne m'était annoncé. Enfin, à la page 591, n° du 16 décembre, je lus le titre suivant :

Polype fibreux énorme des narines avec destruction partielle de l'os

mistes modernes, dit M. Thompson, tendent à la faire regarder comme un organe plus musculaire que glandulaire, » et il cite les travaux de MM. Handfield Jones (1847), Kölliker (1848) et Ellis (1856). Suivant ce dernier, « le corps de la prostate est formé de fibres disposées circulairement autour de son long axe que suit l'urèthre. Elle sont continues en arrière avec la couche moyenne ou circulaire de la vessie, de sorte qu'entre cette couche et les fibres prostatiques, il n'y a ni séparation, ni ligne de démarcation. A la limite antérieure de l'organe, il n'y a également aucune distinction entre ces fibres et la couche de fibres circulaires qui entoure la région membraneuse. L'urèthre, lorsqu'il traverse la prostate, est cependant immédiatement revêtu d'une couche mince de fibres longitudinales continues avec les fibres sous-muqueuses de la vessie... » Ce que j'ai dit des fibres musculaires de la vessie ne me permet pas d'admettre la description du professeur Ellis. Les fibres des plans latéraux dont font partie celles que les auteurs nomment circulaires changent d'aspect en pénétrant dans la prostate, prennent une apparence tendineuse et ne suivent pas une direction circulaire. Peut-être les dois-je retrouver dans ce qui suit : « Outre ces fibres circulaires, qui forment la majeure partie de l'organe, ajoute M. Thompson, le professeur Kölliker en décrit qui s'irradient en dehors, du centre à la circonférence. » Quant aux fibres circulaires, je pense qu'il ne s'agit que de la « tunique charnue » de Duverney.

« Le tissu prostatique, dit M. Thompson, est un peu moins ferme et moins serré près de la circonférence que près de l'urèthre. C'est dans ce dernier point que se trouvent principalement les éléments glandulaires, sous la forme de masses pyriformes ou ovoïdes de 1/350e à 1/150e de pouce de diamètre. Chacune est une collection de follicules ou poches lâchement unies ensemble avec du tissu élastique qui leur est entremêlé; elles sont tapissées d'un épithélium à cellules sphéroïdales ou polygonales, et il n'est pas rare qu'elles contiennent une matière jaunâtre; elles ont environ 1/2000e de pouce de diamètre. Chacune des masses glandulaires, dont le nombre, suivant Kölliker, varie de 30 à 50, paraît avoir un conduit indépendant qui va de lui-même, ou après sa jonction avec pas plus de deux ou trois autres, se rendre au plancher de l'urèthre. M. Thompson pense que le nombre de ces petites masses glandulaires est un peu moins restreint, et que leur forme et leur disposition sont un peu moins clairement définies.

M. Hogdson reconnaît à la prostate une capsule fibreuse, formée de deux lames entre lesquelles sont les plexus veineux prostatiques, et envoyant, entre ces follicules et conduits, des cloisons formées de fibres musculaires non fasciculées (*unstriped*), avec des tissus fibreux blanc et jaune élastique et constituant quelquefois la plus grande partie de la substance de la glande. « A la coupe, ajoute-t-il, la prostate offre une apparence cribriforme ou de vésicules brillantes. Le premier cas se présente quand on a fait une coupe longitudinale verticale sur un lobe latéral, les conduits de la glande étant principalement coupés en travers; l'autre se voit mieux au moyen d'une coupe dirigée de l'urèthre en bas et en dehors, quand on a sous les yeux une partie de la substance glandulaire avec les conduits qui lui appartiennent et qui se dirigent en dedans vers l'urèthre... Les conduits, ajoute-t-il, s'ouvrent sur le plancher de l'urèthre, au nombre de quatorze ou quinze, et ont de 1/16e à 1/4 de ligne de diamètre; chacune de leurs branches se divise en tubes plus petits, qui s'irradient dans le corps de la glande, et se terminent finalement en expansions vésiculaires. Ces vésicules sont au nombre de cinquante ou soixante, et sont dites avoir de 1/170e à 1/100e de pouce de diamètre; mais elles sont sujettes à de grandes variétés par suite des changements morbides. Chacune d'elles a une forme sphéroïde générale, et présente à sa face externe une série de petites élévations globulaires correspondant à des dépressions cupuliformes internes qui sont destinées sans doute à augmenter la surface sécrétante. Les vésicules sont tapissées par un épithélium plat, et leurs conduits par un épithélium à colonnes; les vaisseaux sanguins capillaires forment un réseau autour des vésicules et de leurs conduits, soutenus par les prolongements intervésiculaires de la capsule. Les vésicules et tubes qui aboutissent à un conduit principal ne communiquent pas avec un autre (1). »

Région membraneuse. — M. Thompson dit qu'après le méat, c'est la portion la plus étroite du canal. C'est vrai; mais elle doit cette étroitesse à la contractilité des muscles ambiants; d'où il suit qu'elle est très élastique, que dans l'état normal elle donne passage à des corps assez volumineux pour ne pouvoir franchir les trois quarts antérieurs de la région spongieuse. Cette distinction, généralement méconnue, est donc fort importante dans la pratique.

Quant aux muscles qui ferment la région membraneuse, M. Thompson pense que ceux qui portent les noms de Wilson, de Guthrie et de Santorini sont les mêmes, plus ou moins complétement décrits : la réfutation de cette assertion m'entraînerait trop loin, et je renvoie ceux qui voudraient connaître nos idées à ce sujet à la page 215 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, de 1857.

Région spongieuse. Nous avons dit que le méat est le point le plus étroit du canal, et que c'est celui qui résiste le plus à la dilatation. D'après M. Thompson, M. Guthrie voit là quelque chose de ressemblant au bord libre des paupières, et M. Hancock y trouve des fibres musculaires disposées circulairement. Il nous semble que des fibres de ce genre tendraient à donner à cette couverture une forme circulaire. Pour nous, nous n'y avons vu que des aréoles moins larges, un tissu fibreux plus serré que dans les autres par-

(1) M. Hodgson admet, d'après Leuckhart, opinion moins nouvelle qu'il ne paraît croire, qu'il y a chez les femmes une prostate rudimentaire consistant principalement en follicules muqueux situés entre le commencement de l'urèthre et la réflexion du vagin. M. Virchow dit même y avoir trouvé, chez de vieilles femmes, de petits corps noirâtres, identiques ou analogues aux concrétions prostatiques.

---

propre du nez et de la peau du côté droit, à travers lesquels il faisait saillie. Arrachement pratiqué avec beaucoup de difficultés. Guérison très avancée. — L'observation portait en tête : Hôtel-Dieu. — M. Roux. — C'était certainement mon affaire. Je lus les quatre colonnes dont elle se composait, et aujourd'hui je ne m'en repens pas pour deux raisons. D'abord parce que si je m'en étais rapporté à l'analyse précitée, j'aurais eu de ce cas important une idée absolument fausse; ensuite parce que j'ai appris dans le cours de cette lecture des choses bonnes à savoir.

Je relèverai en passant une bévue du rédacteur de l'observation. Il met dans le titre : *Arrachement pratiqué avec beaucoup de difficultés*. Or, l'arrachement ne fut pas fait, mais bien l'excision, ce qui n'est pas du tout la même chose; et ceci me remet en mémoire un exemple du sans-gêne avec lequel on modifie le titre des observations qu'on analyse. Qu'on me permette donc une digression. M. Ach. Flaubert (de Rouen) publia en 1840 (1) une observation très importante qui changea la face du traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens. Il enleva, comme on sait, le maxillaire supérieur pour détruire radicalement l'insertion d'un de ces polypes. Il intitula ce fait : *Observation d'ablation de l'os maxillaire supérieur en totalité pour une affection indépendante de cet os. Guérison.* — Il faut croire que ce titre ne convint pas aux rédacteurs de la GAZETTE MÉDICALE, car ils lui en substituèrent, d'ailleurs avec variantes (1), un tout autre que voici : *Observation d'ablation de l'os maxillaire supérieur en totalité* (jusqu'ici tout va bien) PRATIQUÉE DANS LE BUT DE FAIRE LA LIGATURE D'UN POLYPE DU PHARYNX. Le texte, à la vérité, démontre qu'on a précisément enlevé le maxillaire parce qu'on ne pouvait pas et qu'on ne voulait pas faire la ligature; ce qui n'empêche pas qu'en six endroits, tant dans le cours du volume qu'à la table, l'opération de M. Flaubert est toujours annoncée comme entreprise et exécutée dans le but de faciliter la ligature. Le rédacteur devait certainement être un homme

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. VIII, 1840, p. 436.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1840, p. 571-572. Voir encore la table.

ties du tissu spongieux, différence qui saute aux yeux quand on compare une coupe du gland avec une coupe du bulbe.

Une théorie de la formation des rétrécissements avait d'abord porté E. Home à croire que la muqueuse de l'urèthre est contractile. Environ vingt ans après, aidé des recherches microscopiques du docteur Bauer, il crut trouver les caractères de la muscularité dans ces fibres longitudinales qu'on remarque principalement sous les faces inférieure et supérieure de la muqueuse uréthrale et qu'on s'accorde généralement aujourd'hui à considérer comme formées de tissu fibreux élastique. Seulement, comme il ne pouvait plus expliquer la formation des rétrécissement par les contractures de fibres longitudinales, il admit une sorte de boursouflement de ces fibres par le dépot de lymphe coagulable dans leurs interstices.

M. Kölliker, qui a repris l'examen de cette question, pense qu'en dehors de ces fibres élastiques, il y a une forte couche de fibres transversales musculaires; ou plutôt « il est plus naturel, selon lui, de regarder la totalité du tissu spongieux de l'urèthre comme une couche musculaire fortement développée, et pourvue de vaisseaux sanguins particuliers. » M. Hancock, de son côté, pense que de la partie antérieure de la prostate part une couche de tissu musculaire de la vie organique et à noyaux, qu'arrivée au bulbe cette couche se dédouble pour marcher en dedans et en dehors du tissu spongieux de l'urèthre, et se réunir de nouveau à son extrémité antérieure. Il a aussi rencontré parfois des fibres à noyaux dans le tissu spongieux, mais il pense qu'elles appartiennent en propre aux artères.

Quant à M. Thompson, il a trouvé sans difficulté des fibres au-dessous de la muqueuse dans la région prostatique; mais elles lui parurent moins nombreuses dans le reste du canal. Nous avons vu, en effet, qu'il naît dans cette région des fibres qui montent obliquement vers la vessie, et qu'on prendrait aisément pour des fibres circulaires; en deçà, rien ne nous paraît moins démontré que l'existence de fibres de ce genre, et nous craignons bien que ce ne soit une des mille illusions enfantées dans ces derniers temps par le microscope. Nous reviendrons sur ce sujet.

Quant au tissu spongieux, M. Thompson remarque, comme nous l'avions déjà fait dans le premier volume de nos Recherches, qu'il se prolonge en couche mince, et arrive dans la région membraneuse et jusque dans le verumontanum qu'elle rend érectile. Il admet, en outre, fait nié par M. Lizars, que ce tissu est partagé dans le bulbe, et jusqu'à 2 ou 3 pouces du méat externe, par une cloison fibreuse médiane; seulement, au lieu de la faire naître de l'enveloppe externe, il croit qu'elle part de l'urèthre, et qu'elle devient moins marquée à mesure qu'elle s'approche de la circonférence. Cette disposition a de l'importance dans la pratique de quelques opérations.

Un autre point plus essentiel encore sous ce rapport, c'est la connaissance parfaite de la direction et des rapports de l'urèthre. Malheureusement nous ne croyons pas qu'il existe, à cet égard, une seule figure exacte, et, malgré tous les soins qu'il y a mis, nous pouvons affirmer que M. Thompson n'a pas été plus heureux que ses devanciers. Nous lui signalerons particulièrement les rapports de ce canal avec la symphyse pubienne, et ceux qu'il a avec le rectum, et dont nous avons parlé page 216 de la Gazette hebdomadaire de 1857.

(La suite à un prochain numéro.)

Dr Aug. Mercier.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'influence du système nerveux dans la production du diabète; Applications thérapeutiques qui en découlent; — Mémoire lu à la Société de médecine de la Seine, par M. Fauconneau-Dufresne.

Lorsque, en 1848, M. Cl. Bernard annonça que le foie fabriquait du sucre, ce fut un cri de surprise et d'incrédulité. Il fallut bien cependant se rendre à l'évidence des démonstrations. Toutefois, on regardait ce phénomène comme une bizarrerie contraire aux lois communes de la nature. Bientôt se produisirent les objections de toutes sortes. Il arriva alors ce qu'on a vu chez d'autres hommes de génie, à savoir qu'elles excitèrent à de nouvelles recherches, qui elles-mêmes contribuèrent puissamment à éclaircir la question en litige. Relativement au sucre hépatique, lorsqu'on prétendit que cette substance était formée ailleurs et ne faisait que se condenser dans le foie, l'illustre professeur du Collége de France, à force d'expériences nouvelles, parvint à isoler la matière glycogène. Les conséquences de cette nouvelle découverte ont fait disparaître tout ce qu'on voyait d'insolite dans le phénomène de la glycogénie hépatique. La matière glycogène, en effet, est un amidon. L'amidon existe dans tout le règne végétal et partout son apparition précède celle du glycose. Il y a dans le règne animal, comme dans le règne végétal, un amidon qui précède la formation du sucre et lui donne naissance. Il est le résultat d'un acte physiologique, tandis que son changement en sucre est un acte purement chimique.

Ces considérations peuvent s'appliquer à l'influence du système nerveux dans la production du diabète. Lorsque le hasard des expériences fit découvrir à M. Cl. Bernard qu'en faisant une piqûre aux éminences olivaires du quatrième ventricule du cerveau, on produisait instantanément le diabète chez un animal, l'étonnement ne fut pas moins grand que lorsqu'on entendit pour la première fois parler d'une sécrétion de sucre de la part du foie. Mais peu à peu de nouvelles études firent comprendre le phénomène.

---

distrait. La morale de ceci est : qu'étant donné un bocal il ne faut pas s'en rapporter à l'étiquette.

Aussi je souhaite que cette remarque très philosophique profite à certains érudits de ma connaissance qui emmagasinent dans leur tête des titres d'observations et de mémoires qu'ils n'ont pas lus, et qui les citent néanmoins à tout propos. Ces gens-là me rappellent les *dilettanti* de pacotille qui, en parlant d'un opéra qu'ils n'ont point entendu, s'extasient très haut sur le duo du second acte parce qu'ils sont toujours sûrs qu'il y a au moins un duo dans l'acte susdit, et qu'en général les duos sont jolis. Mais je reviens à mes moutons, c'est-à-dire à l'observation de Roux. Le premier point à élucider était celui-ci : Le polype était-il, oui ou non, naso-maxillaire? La désignation précise de l'implantation était seule capable d'en décider. Or, Roux dit très clairement (p. 595, première colonne) : « Cette tumeur tenait évidemment à la partie supérieure des narines, *et en même temps au périoste de la surface basilaire de l'occipital* se prolongeant sur le pharynx. » Plus loin : « La tumeur avait pris très probablement son origine dans le périoste *des os propres du pied* (*sic;* la faute d'impression ici n'est guère douteuse, mais elle est drôle) *et de la surface basilaire.* » Mon premier soupçon était donc levé désormais; il s'agissait sans conteste d'un polype de la base du crâne tout à fait analogue à ceux qui ont été décrits depuis comme tels, et nullement d'un polype naso-maxillaire dans le sens littéral. D'ailleurs, l'âge du malade (dix-huit ans) et les antécédents de la maladie viennent confirmer complétement cette opinion.

Mais, direz-vous, qu'importe la variété à laquelle on a eu affaire? le malade s'en souciait sans doute fort peu, et le chirurgien lui-même n'eût pas été plus content d'avoir réussi dans un cas que dans l'autre. Ici, mon ami, votre erreur serait grande, et je vais, si vous le permettez, vous prouver que la détermination scientifique de l'implantation offre, dans l'espèce, une importance des plus notoires. Si nous n'étions pas sur le terrain du feuilleton, je vous montrerais qu'en 1843 le traitement des polypes naso-pharyngiens était encore très imparfait, et que la science n'avait guère à enregistrer que des insuccès ou des succès plus que douteux, les

Comme, en excitant par une piqûre ou par le galvanisme les nerfs de la huitième paire qui se distribuent au foie, on obtenait le même effet, et comme les nerfs ont pour origine les éminences olivaires, il devenait évident que c'était un phénomène de cause identique.

Mais comment s'opère, sous l'influence nerveuse, la sécrétion sucrée du foie ? On sait que les phénomènes de sécrétion ne sont pas dépendants de la volonté; ils se passent au sein des organes sans que le cerveau en ait conscience, bien que celui-ci soit le centre auquel ils se rapportent. Une impression, venue du dehors, agit sur un organe, est transmise par un nerf de sensation jusqu'au centre nerveux, et de là se propage, par un autre système de nerfs, à la glande, dans laquelle s'accomplit l'acte sécrétoire. Ici, le point d'excitation est le poumon, qui reçoit incessamment l'impression de l'air extérieur; cette excitation, perçue par les extrémités nerveuses des nerfs pneumogastriques qui se distribuent aux bronches, est transmise à la moelle allongée, et de là elle se propage par la moelle épinière et par les filets du grand sympathique jusqu'au foie. Cette action est dite *réflexe*, car le courant nerveux ne descend pas le long des nerfs pneumogastriques, mais remonte vers le centre cérébro-spinal. Si, en effet, après avoir coupé les nerfs, on porte une action galvanique sur le bout inférieur, il n'y a aucun résultat sur la sécrétion hépatique; si, au contraire, on excite le bout supérieur, ou si l'on pique les éminences olivaires, la sécrétion, qui n'a pas été interrompue, devient exagérée lorsque l'excitation est poussée assez loin.

Avant d'entrer dans l'examen et la discussion des causes du diabète, j'ai besoin, messieurs, de vous présenter encore quelques aperçus de physiologie. Cette science n'est-elle pas le flambeau de la médecine? L'observation pure et simple fournit assurément des documents précieux; mais le plus souvent ils restent à l'état de lettre morte, si la physiologie, la physiologie expérimentale surtout, ne vient leur donner la vie et sanctionner les résultats. Ceci va s'appliquer aux deux ordres de nerfs. Le système cérébro-spinal et le système du grand sympathique ont, entre eux des relations intimes d'action, quoique possédant des propriétés différentes. Ils sont en rapport avec les phénomènes d'assimilation et de désassimilation. Le système nerveux cérébro-spinal n'a généralement qu'une action momentanée; il préside aux sécrétions actives; quand il agit, la désassimilation s'opère; il est essentiellement désassimilateur. L'action du grand sympathique, au contraire, est continue; c'est sous son influence que se fait la nutrition; que, dans le foie, la matière glycogène séjourne et se constitue. La formation de cette matière glycogène correspond au repos de cette glande, tandis que son changement en sucre est en harmonie avec l'activité de la fonction glandulaire.

Si, dans une partie quelconque du corps, on coupe les filets du grand sympathique, à l'instant même la circulation s'accélère et les sécrétions deviennent plus abondantes. L'action du grand sympathique peut donc être considérée comme un frein de celle du système nerveux cérébro-spinal; ce nerf serait donc un modérateur de la circulation et des sécrétions.

On peut produire un effet analogue par l'empoisonnement au moyen du curare. Cet agent toxique anéantit le système nerveux, mais bien plus celui de la vie organique que celui de la vie de relation. Si l'on place des tubes dans les canaux excréteurs, on peut constater que l'écoulement des glandes augmente, et que, relativement au foie, du sucre passe dans l'urine.

D'après ce que je viens de dire, ne semble-t-il pas que, dans le diabète, c'est-à-dire dans la sécrétion exagérée du sucre hépatique, les fonctions du grand sympathique sont particulièrement atteintes. Il en résulte une circulation plus active dans les vaisseaux portes, et une augmentation locale de température. L'absorption, par suite, est plus active dans les intestins. On remarque, comme conséquence, une grande soif et un grand appétit. Quelle que soit l'abondance de l'alimentation, le corps n'est pas nourri, ses éléments l'abandonnent; il y a désassimilation; les matériaux du sang, qui se changent en sucre, ne peuvent se changer en autre chose. On a beau donner des substances azotées, de la viande et du vin, ces moyens ne suffisent pas pour réparer les forces.

Je ferai, en outre, mention d'une circonstance qui mérite essentiellement d'être remarquée, c'est qu'il résulte des recherches de M. Cl. Bernard, qu'après le foie, il est trois organes dans lesquels la matière glycogène a coutume de s'accumuler : le système musculaire, la peau et les poumons. Ce sont ces organes qui sont spécialement affectés dans le diabète. Non-seulement l'action des muscles diminue et s'anéantit, mais encore la fibre musculaire tend à disparaître, même chez les individus qui ont été le plus robustes; la peau perd ses fonctions et devient rugueuse; les poumons, enfin, s'affectent et la phthisie se développe. Si l'amaigrissement finit par devenir extrême, s'il n'y a pas de nutrition chez ces malades qui boivent et mangent d'une façon exagérée, cela tient à ce que la matière amidonnée animale ou matière glycogène, qui se forme dans le foie et dans quelques autres organes, et qui est si utile à la nutrition, se change trop rapidement en sucre, et que les produits lents de sa décomposition n'entrent plus dans l'économie pour la nourrir.

Examinons maintenant les prédispositions et les causes qui sont attribuées au diabète, et voyons si nous pouvons y appliquer les données que nous venons d'exposer.

D'abord, à quel âge rencontre-t-on le plus fréquemment le diabète? Bien qu'on l'ait remarqué dans les commencements de la vie, même chez des enfants d'un an, les statistiques indiquent que c'est en général entre trente et quarante ans qu'il se manifeste. Il peut se développer dans un âge bien plus avancé, et les observateurs en citent des exemples au delà de soixante ans, et même à soixante-quatorze et soixante-seize ans. Je parle de diabètes prononcés et non de glycosuries simples, si communes dans une foule de circonstances.

D'après ce que j'ai dit des fonctions réciproques des deux sys-

---

malades donnés comme guéris n'ayant pas été suivis assez longtemps. Depuis, les chirurgiens lassés des insuccès des méthodes anciennes, ont imaginé des procédés hardis, mais du moins efficaces, pour suivre jusqu'à leur insertion ces terribles polypes, et pour couper le mal dans sa racine. M. Flaubert fils avait inauguré cette pratique dès 1840, mais ce n'est que longtemps après, et avec peine, que les chirurgiens se sont décidés à suivre son exemple. Dans le moment présent, comme je l'ai établi dans un article sérieux logé honorablement dans le premier-Paris, j'ai admis deux routes principales pour atteindre la base du crâne, dont le périoste donne naissance aux tumeurs qui nous occupent. Ces voies sont : 1° la voûte palatine et le voile du palais (voie buccale); 2° l'os maxillaire supérieur, qu'on détruit en totalité ou en partie (voie faciale). J'en signalais une troisième, mais sans y attacher beaucoup d'importance, malgré les procédés spéciaux imaginés par Dieffenbach, M. Chassaignac et quelques autres; je veux parler de la voie nasale. Sous le rapport des dates, c'est en fendant diversement le nez qu'on a inauguré le principe important des opérations préliminaires; mais j'avoue que cette opération, qui remonte à la plus haute antiquité, ne m'avait guère paru propre qu'à l'extirpation des polypes des fosses nasales proprement dits, et que je la croyais insuffisante pour la destruction radicale des polypes à insertion profonde, c'est-à-dire à pédicule sphéno-basilaire.

La lecture de l'observation de Roux modifie mon opinion première et provoque dans mon esprit de nouvelles méditations. Certes, le cas était aussi compliqué que possible : la maladie datait de quinze mois, le polype sortait par la narine, et en même temps remplissait la partie supérieure du pharynx; il avait usé l'os propre du nez et perforé les téguments à ce niveau; il avait déformé la paroi interne du sinus maxillaire, fait brèche à la voûte palatine; la vue était troublée, la respiration très gênée, la voix éteinte, l'audition diminuée. L'état général était très mauvais, les hémorrhagies se répétaient, fréquentes et menaçantes; la faiblesse était extrême, la mort certaine ne se serait pas fait attendre, et l'on voit rarement un cortége aussi complet d'accidents aussi alar-

tèmes nerveux, on peut, jusqu'à un certain point, comprendre ces variétés concernant les âges. Si, à l'époque la plus énergique des fonctions vitales, on voit habituellement le diabète se développer, n'est-ce pas qu'alors, chez les individus qui en sont atteints, le système nutritif ou assimilateur, qui est sous la dépendance du grand sympathique, faiblit dans le foie, tandis que le système sécrétoire ou désassimilateur, gouverné par le nerf cérébro-spinal, prend le dessus. Cette explication, ou, si vous le voulez, cette supposition, peut s'appliquer au jeune âge et à la vieillesse. Dans le premier cas, où il y a énergie générale, le diabète est très rare, parce que cette énergie est presque toujours égale dans les deux systèmes nerveux, et quand il vient à se développer, c'est sans doute que l'action cérébro-spinale est très exagérée. Dans le second cas, c'est-à-dire dans la vieillesse, celle-ci n'est plus exagérée, mais elle domine encore l'action nutritive, que l'âge avancé engourdit plus ou moins.

On convient généralement, et les relevés en font foi, que le diabète est plus fréquent dans le sexe masculin. A quoi cela tiendrait-il d'après notre manière de voir? Les hommes sans doute, plus adonnés que les femmes aux travaux pénibles, plus exposés qu'elles aux émotions et aux dangers, plus livrés aussi aux intempérances, doivent, par ces excès de toute nature, développer, suivant leurs dispositions individuelles, la prépondérance d'un système nerveux sur l'autre.

Mais à quoi tiennent les phénomènes singuliers constatés, dans la vie propre des femmes, par M. le docteur Blot? Cet habile observateur a trouvé, comme vous le savez, que toutes les femmes en couches, que toutes les nourrices et la moitié environ des femmes en gestation sont glycosuriques. Quel est, dans ces conditions, le système nerveux qui l'emporte sur l'autre? Les avis sont ouverts. Dans la montée du lait chez les femmes en couches, dans sa sécrétion continue chez les nourrices, tout cela a lieu aux dépens de la nutrition générale, et nous voyons agir le système nerveux désassimilateur ou cérébro-spinal; mais comment se fait-il que, dans cette si abondante fluxion vers les glandes mammaires, il s'en produise une autre en même temps dans la glande hépatique, d'où résulte un excès de sucre dans le sang, et, par suite, son passage dans l'urine? Si la théorie de M. Bernard est juste, il faut dire que c'est comme dans l'action du curare, qui anéantit beaucoup plus la vie organique que la vie de relation, et qui laisse au système nerveux cérébro-spinal une action relativement plus notable. Quant à ce qui concerne les femmes en état de gestation, on peut dire, dans ce même ordre d'idées, que la nutrition active qui s'opère alors dans l'utérus affaiblit le système assimilateur général.

Je ne m'arrêterai pas sur l'hérédité ni sur le tempérament que l'on peut considérer sous les points de vue idiosyncrasiques de prépondérance ou d'affaiblissement dans l'un ou l'autre système nerveux. L'hérédité, dans le diabète, est une chose reconnue aujourd'hui. Isenflamm a vu sept individus de la même famille atteints de cette affection. M. Mialhe m'a dit l'avoir observée chez trois frères, chez deux frères d'une autre famille, chez un frère et une sœur, ainsi que chez leur cousin germain; tous tenaient cette disposition d'un ascendant. Le même observateur a constaté le diabète chez un père et sa fille. Il assure avoir vu souvent un diabétique avoir un frère graveleux.

Si nous passons à l'influence des *Ingesta*, nous trouvons en premier lieu qu'on a fait jouer un grand rôle à la nature des boissons. On a accusé de produire le diabète l'abus d'un vin généreux, l'usage d'un vin acide, du thé et des boissons aqueuses et chaudes en quantité immodérée, des alcooliques, des boissons fermentées et plus ou moins acides, du cidre, de la bière, surtout de celle qui serait altérée. A l'appui de cette dernière opinion, on peut citer M. Jessen, directeur de l'École hippiatrique de Dorpat, qui a vu la glycosurie se manifester chez des chevaux à qui l'on avait fait manger de l'avoine altérée par l'humidité. L'excès des condiments, du poivre surtout, aurait provoqué le diabète. On peut d'autant mieux croire à l'influence des excitants que l'éther, soit respiré, soit introduit dans les voies digestives, active singulièrement la sécrétion du sucre hépatique. D'après M. Leconte, l'azotate d'uranium, injecté dans l'intestin, aurait particulièrement cet effet; il en est de même d'une injection avec de l'eau ammoniacale.

Pour ce qui a rapport aux *aliments*, on a noté la grande quantité de ceux de nature féculente, le pain de seigle, une nourriture exclusivement végétale ou insuffisamment réparatrice; mais pour bien apprécier l'influence de l'alimentation, il est nécessaire d'étudier la composition des substances qui sont absorbées dans les voies digestives. Ces substances sont de trois ordres, quelle que soit la variété des aliments : les matières grasses, les matières albuminoïdes et les matières féculentes et sucrées.

Que produit l'alimentation par les matières grasses? On sait que Rollo recommandait d'en donner aux diabétiques, que Thenard et Dupuytren conseillaient de leur faire manger du lard. Les substances grasses ne passent pas par le foie; elles sont émulsionnées par le suc pancréatique, et absorbées exclusivement par les vaisseaux dits chylifères, qui les versent dans le canal thoracique. Ainsi, le régime préconisé par ces auteurs équivalait, relativement au foie, à l'abstinence. On s'explique comment il pouvait en résulter la diminution du sucre, puisque ce régime ne sert en rien à sa production.

Il n'en est pas de même avec l'alimentation au moyen des substances albuminoïdes, azotées, avec la gélatine; le sucre du foie se maintient alors dans ses proportions normales.

Quant aux matières sucrées et aux matières féculentes qui se convertissent en sucre dans l'intestin, elles sont absorbées par les radicules des veines mésaraïques, transportées dans le foie à travers la veine porte, et changées dans cet organe, d'après M. Cl. Bernard, en une sorte de substance émulsive. Dans l'état normal, le sucre des aliments ne s'ajoute pas, à l'état de sucre, au sucre hépatique, car il n'y en a pas plus au delà du foie que si l'alimentation eût été exclusivement de nature animale. Mais, dans le diabète, la faculté

---

mants. M. Roux opère, il ne fait que deux incisions cutanées. La tumeur est mise à nu; malgré sa large insertion, elle était bien isolée; on la morcelle, puis on l'extirpe. Le malade est guéri radicalement et l'était encore neuf ans après (1).

Voyez déjà ce que j'ai gagné en allant consulter l'original. J'ai appris que l'opération par la voie nasale pouvait parfaitement réussir dans un cas presque désespéré, si grave, en un mot, que M. Denonvilliers, l'un des chirurgiens les plus habiles de notre époque, avait, six mois auparavant, considéré toute opération comme impossible (p. 592).

J'ai appris « que, malgré l'usage des instruments tranchants, bistouri et ciseaux, il n'y eut pas considérablement de sang perdu, ni pendant, ni après l'opération; tandis que dans les autres opérations préliminaires, perforation de la voûte palatine, résection du maxillaire partielle ou totale, incision simple du voile du palais, boutonnière staphyline elle-même, on reporte presque toujours le malade épuisé et exsangue dans son lit, sans compter les syncopes qui ont interrompu plus d'une fois ces sanglantes opérations. Ce qui est mieux encore, j'ai pu me rendre bien compte de cette particularité si importante. En effet, l'opération préliminaire, en résumé, n'a consisté qu'en deux incisions et une dissection de lambeaux, le tout fait à ciel ouvert, sur le dos du nez, sur la partie inférieure du front, dans les régions palpébrale et génale, c'est-à-dire en des points où il eût été facile d'arrêter sans peine l'hémorrhagie. La tumeur, mise à découvert, a été extirpée radicalement, sans désemparer, sans que le malade ait été torturé par le contact si pénible des instruments dans l'arrière-gorge, sans que l'opération ait eu besoin d'être dix fois interrompue par la toux, la suffocation, l'expuition du sang. Le chirurgien, pendant toute la durée de l'acte, a vu ce qu'il faisait; il a pu, à la rigueur, ne toucher que le polype et ne point égarer des instruments tranchants à tâtons dans des régions soustraites au regard et sur des tissus très vascularisés.

Enfin il a pu, sans traitement consécutif de plusieurs mois de

(1) *Compendium de chirurgie*, t. III, p. 76, 1re colonne, 1852.

de changer le sucre alimentaire en matière lactescente paraît manquer complétement au foie; en effet, lorsqu'on laisse prendre aux malades des matières sucrées ou féculentes, le sucre augmente immédiatement dans leurs urines. Il semblerait que, dans cette circonstance, les substances saccharoïdes et amylacées deviendraient un excitant du foie. Cela même est d'autant plus probable que la quantité de sucre qui s'échappe alors par les urines n'est nullement en proportion avec la quantité de ces mêmes matières qui ont pu être ingérées. Si l'on ne peut pas absolument conclure de ces faits que le régime sucré ou amylacé peut produire le diabète, au moins paraît-il certain que ce régime l'augmente quand une fois cette maladie est produite.

De ces considérations, je ne relèverai, pour le moment, que celles qui peuvent se rapporter au système nerveux. Les boissons débilitantes, délétères, de même que les aliments insuffisants et de mauvaise qualité, ne sont-ils pas de nature à altérer le système nerveux qui préside à la nutrition? Et, d'une autre part, les boissons excitantes, les condiments exagérés, les substances irritantes, en pénétrant dans les voies digestives, ne produiront-ils pas un effet opposé en animant outre mesure le système nerveux cérébro-spinal.

Les *circumfusa* ont aussi une très grande influence sur le développement du diabète. On a trouvé des diabètes dans toutes les professions; mais on les a surtout observés chez les hommes adonnés aux travaux intellectuels, chez ceux dont les passions ambitieuses ou désordonnées ont surexcité le système nerveux de la vie de relation, et diminué par contre tous les ressorts de l'autre système, d'où dépendent les phénomènes nutritifs. Les chagrins, les passions tristes agissent particulièrement de cette dernière façon. Je tiens de M. Mialhe que, parmi les malades qui se sont présentés chez lui, il a fréquemment constaté qu'il se trouvait des négociants enrichis, lesquels, sans assez de transition, étaient passés d'une vie très active à la jouissance d'un bien-être absolu. Dans la catégorie des émotions morales, je noterai les effets de la colère; on sait que, comme la frayeur, elle donne lieu à de brusques sécrétions; mais, en ce qui concerne celle du sucre, M. Cl. Bernard affirme avoir trouvé cette substance dans les urines, après des accès violents de cette nature, chez des personnes qui n'en offraient pas dans leur état habituel.

Si, dans les circonstances précédentes, c'est le système nerveux cérébro-spinal qui est primitivement excité, il en est d'autres dans lesquelles l'affaiblissement commence par la vie nutritive, et laisse le premier système dans une action relativement plus prononcée. Des exemples nous en sont fournis par les cas de diabète qu'on peut attribuer aux déperditions de toutes espèces, à des habitations malsaines, par ceux qui paraissent dépendre de ce qu'on s'est exposé, sans assez de défense, à l'influence continue des saisons ou des climats froids et humides. Ces tristes résultats se sont surtout fait remarquer chez les individus qui quittent des climats chauds pour venir en Angleterre. Il a même suffi quelquefois, pour guérir du diabète les Indiens venus dans la métropole, de les renvoyer dans leur pays.

Nous allons voir, dans les causes que l'on peut appeler efficientes, l'influence tout à fait directe de l'excitation du système nerveux cérébro-spinal. Déjà les excitations vénériennes excessives, l'hystérie, l'épilepsie, les accès de fièvre intermittente paludéenne, comme vient de le découvrir le docteur Burdel (de Vierzon), disposent à l'exagération de la sécrétion du sucre par le foie, ou font déborder cette substance dans les urines. Mais l'effet est bien plus prompt et plus énergique lorsqu'on excite localement ce système nerveux lui-même. Nous avons parlé en commençant de la piqûre aux éminences olivaires du quatrième ventricule cérébral, et de la galvanisation du nerf pneumo-gastrique; nous avons à y ajouter parallèlement les observations plus récentes des anatomo-pathologistes. C'est Goolden qui constate que des commotions cérébrales, des coups sur la tête produisant la fracture des os du crâne déterminent le passage du sucre dans l'urine; c'est M. Leudet (de Rouen) qui publie une série d'observations où le même phénomène a été observé à la suite d'épanchements de sang ou de pus dans le cerveau; c'est M. Becquerel qui rapporte des faits de myélite aiguë, de méningite de la moelle, à la suite desquels les urines sont également sucrées. Depuis, d'autres observateurs sont venus confirmer ces premiers résultats. Dans ce que nous venons de dire, l'origine ou les filets nerveux ne sont atteints que de proche en proche; mais voici un cas nouveau rapporté par M. Levrat, dans sa thèse inaugurale; il s'agit d'une tumeur colloïde renfermée dans le quatrième ventricule qui développe la glycosurie. On a cité un autre cas où cette affection avait été déterminée par un coup de pied de cheval sur la région hépatique.

Cette manière d'appliquer les ingénieuses expériences de M. Cl. Bernard peut-elle avoir une utilité pratique? N'est-ce pas là, en effet, le but de toutes les recherches? L'avenir en décidera. Pour notre compte, il nous semble qu'elle ouvre un nouvel horizon. S'il est vrai qu'une action trop énergique du système nerveux de la vie de relation, se portant spécialement sur le nerf pneumo-gastrique, amène dans le foie une sécrétion exagérée de sucre; si, d'autre part, il résulte de l'affaiblissement du système nerveux de la vie organique une prépondérance relative du premier de ces systèmes, n'en ressortira-t-il pas des indications nouvelles? Les expériences conduisent aux théories, et les théories sont ensuite confirmées par la pratique. Les choses se passent quelquefois dans un sens inverse, et l'on voit des résultats empiriques obtenir plus tard la sanction de l'expérimentation physiologique. C'est ainsi que John Rollo, chirurgien général de l'artillerie royale anglaise, dont je vous présente le livre, si souvent cité sans qu'on l'ait consulté, avait remarqué que les graisses produisaient un résultat avantageux, sans se douter, comme l'a démontré depuis M. Cl. Bernard, que cela tenait à ce qu'elles ne passent pas par le foie. Toutefois, les fausses théories laissent parfois après elles des résultats utiles. J'en citerai de suite deux exemples remarquables.

---

durée, enlever du premier coup tout le tissu morbide, et cela grâce aux idées qu'il avait sur la nature du mal et à la facilité qui lui a été donnée d'utiliser ces idées en pratique.

En effet, Roux disait à ses élèves dans la même leçon clinique: « Les os avec lesquels la tumeur avait des rapports ont dû être mis à découvert et un peu broyés même, il n'était pas possible autrement... Ces polypes ont pour matrice, pour organe générateur, le périoste des os sur lesquels ils se développent... Il est pour cela facile à comprendre qu'en enlevant ces sortes de tumeurs, on doit nécessairement mettre à nu les os sur lesquels elles existent, car on est obligé d'enlever en même temps le périoste qui les a produites; c'est ce qui nous est arrivé chez notre malade. » Ce passage remarquable, que j'extrais d'un long paragraphe sur les tumeurs fibreuses engendrées par le périoste, nous explique parfaitement pourquoi la cure a été radicale, et nous indique clairement ce qu'il y a à faire si l'on veut; dans une opération de ce genre, obtenir du premier coup une guérison sans chance de récidive.

Vous le voyez, mon cher ami, je n'ai pas à regretter le temps que j'ai consacré à lire la longue observation de Roux; j'en ai tiré, je crois, des enseignements précieux, et notez bien que je passe une foule de bribes instructives de second ordre. Je n'en citerai que deux ou trois. L'arrachement est une méthode des plus infidèles; mais quand elle n'est pas menée trop violemment, on lui accorde au moins l'innocuité. Or, Roux en essaya un jour; il ne put enlever qu'une partie du polype: en revanche, le malade perdit beaucoup de sang, il eut un érysipèle de la face, un abcès se forma sur le côté droit du nez, et fournit une grande quantité de pus. Quelque temps après, Roux tenta la ligature; il n'y put pas réussir: un nouvel érysipèle survint, qui fut encore suivi d'un abcès développé dans le même point que le premier. Comme l'imminence de l'érysipèle est précisément une des objections faites aux incisions préliminaires, il n'est pas sans intérêt d'enregistrer que les méthodes qui passent pour bénignes peuvent provoquer la même complication.

La ligature, cette méthode autrefois considérée comme principale, n'échoua pas seulement entre les mains de Roux. M. Nélaton,

Le savant professeur Bouchardat a aujourd'hui abandonné sa théorie du diabète. Après avoir combattu l'opinion de Tiedemann et Gmelin, qui avaient fait voir que, dans la digestion de la fécule, il se formait normalement du sucre dans l'intestin, il a fini par baisser pavillon devant la glycogénie hépatique, et a déclaré qu'il ne tenait plus qu'à son traitement. Avant lui, Rollo conseillait déjà le régime animal, les préparations alcalines et ammoniacales, et défendait l'usage des farineux. Mais il faut reconnaître que M. Bouchardat a perfectionné et étendu le traitement. Ne l'a-t-il pas exagéré sous certains rapports? Je me suis permis de le dire ailleurs, et ceux qui adopteront que le diabète peut résulter de l'excitation du système nerveux cérébro-spinal ne donneront pas à leurs malades, en vingt-quatre heures, plusieurs bouteilles de vin de Bordeaux, ni de très notables doses de café et de rhum. Ces critiques partielles ne m'empêcheront pas de reconnaître les services rendus par cet auteur, de rendre hommage à ses recherches judicieuses, à ses nombreuses observations, ainsi qu'aux succès qu'il a obtenus, succès dont j'ai été témoin.

Mon autre exemple concerne M. Mialhe. Sa théorie du diabète repose, comme on le sait, sur le défaut d'alcalinité du sang, lequel, dans l'état normal, est à peine alcalin. M. Bouchardat lui-même lui a prouvé que le sérum du sang d'un diabétique était aussi alcalin que le sérum ordinaire. Il est vrai que M. Mialhe, comme j'ai eu l'occasion de le dire ici, dans ma précédente lecture, a modifié sa doctrine. Selon lui, la destruction par oxydation du sucre dans l'économie animale ne peut se faire que sous l'influence des alcalis; selon lui, encore, la glycogénie est une jolie petite découverte qui ne tire pas à conséquence. Malheureusement pour sa théorie, M. Leconte, préparateur de M. Cl. Bernard, et agrégé de la Faculté de médecine, l'a frappée des coups les plus meurtriers, et la glycogénie, de son côté, continue de répandre sa trace lumineuse. Cependant, messieurs, le traitement alcalin, qui doit son universelle réputation à la prétendue absence d'alcalinité du sang, rend des services aux diabétiques. De toutes les parties du monde ils arrivent à Vichy, et les médecins peuvent observer les bons effets qui en résultent. Ne craignons pas de dire également qu'on peut assez souvent, d'une autre part, en constater les inconvénients.

Tout n'est pas dit encore sur le traitement du diabète, et, si je ne craignais, arrivé jusqu'au terme assigné pour une lecture, de fatiguer votre bienveillante attention, j'essayerais d'en indiquer les bases principales. Je vous demanderai, cependant, avant de terminer, de vous dire quelques mots à ce sujet.

Jusqu'ici le traitement du diabète a été ou empirique ou dominé par la croyance de théories absolues. Rollo voulait détruire l'action morbifique augmentée de l'estomac, et prévenir, par ce moyen, la formation ou le développement de la matière sucrée. Nicolas et Gueudeville avaient pour but de remédier à l'état spasmodique, et de rendre aux malades les principes d'animalisation. D'après M. Bouchardat, il fallait empêcher qu'il ne se produisît trop de diastase dans l'estomac, et que les aliments féculents ne se convertissent trop vite en glycose. Enfin, au dire de M. Mialhe, on doit fournir des alcalis au sang, devenu neutre ou acide, pour que la matière sucrée puisse s'assimiler dans l'économie, ou bien pour mettre obstacle à la destruction par oxydation du sucre. Vous allez sans doute vous écrier qu'à mon tour, cherchant un point de départ, je vais m'appuyer sur la prédominance absolue ou relative du système nerveux cérébro-spinal, ou sur le défaut d'équilibre entre les deux systèmes nerveux. Rassurez-vous, je ne serai pas si exclusif. J'ai déjà dit que les systèmes, malgré qu'ils eussent fait leur temps, avaient laissé des résultats utiles. J'approuverai donc le traitement et le régime préconisés par M. Bouchardat; il en sera de même du traitement alcalin de M. Mialhe, pourvu que ces traitements ne soient ni exagérés ni exclusifs. Après ces concessions, on me permettra bien quelques déductions relatives aux doctrines que j'ai exposées, et dont j'ai cherché à faire des applications sous le rapport de l'étiologie.

Si l'on veut bien admettre ce que j'ai cherché à établir en commençant, d'après M. Cl. Bernard, que l'action du grand sympathique est continue, qu'elle préside à la nutrition, que, sous son influence, la matière glycogène, essentiellement utile à cette nutrition, se constitue et séjourne dans le foie et dans quelques autres parties, ne doit-on pas en déduire qu'il faut non-seulement prévenir toutes les causes d'affaiblissement de ce système, mais encore chercher à le fortifier par les conditions hygiéniques les plus favorables et par un bon régime. Si, d'un autre côté, le système cérébro-spinal a sous sa domination les sécrétions actives, sécrétions dont la nature est intermittente, s'il agit dans toutes les circonstances où s'opère la désassimilation, il faudra donc toujours se garder de l'exciter dans tous les régimes, dans tous les traitements qu'on jugera à propos de mettre en usage.

Cette règle me paraît dominer toute la thérapeutique du diabète. Il ne faut pas, du reste, espérer découvrir un spécifique de cette affection. Chaque diabétique a sa manière d'être, et en l'étudiant on trouve les indications les plus variées à remplir. Aussi les observateurs citent des succès obtenus par tous les moyens. Les astringents, les ferrugineux, les opiacés, les évacuants, les acides, etc., comptent leurs triomphes, comme le régime animal et les alcalins. Ce n'est pas seulement au système nerveux qu'il faut s'adresser, on ne doit pas oublier qu'après cette cause il y a l'habitude que le foie lui-même a prise de sécréter trop abondamment le sucre, et c'est vers cette indication que l'opium, les astringents et de nombreux perturbateurs peuvent se porter.

Le diabète n'est plus aujourd'hui, sous le rapport du pronostic, ce qu'il était autrefois. Lorsqu'on ne le reconnaissait que dans ses dernières périodes, tous les remèdes échouaient. A présent, dès qu'un individu se plaint d'une soif insolite, on cherche s'il est glycosurique, et l'on arrive à temps pour entraver la maladie. Les moyens les plus variés peuvent être employés à cet effet.

Résulte-t-il quelques indications des trois circonstances que j'ai rapportées d'après les observations de M. Cl. Bernard : savoir que,

---

dont l'habileté chirurgicale est si bien reconnue, l'avait tentée deux fois sur ce même sujet, et il n'avait pu y parvenir. A quoi donc sert toute la ferraille si compliquée inventée dans ce but?

Voyez, mon ami, par cet exemple, combien cette plante parasitaire de l'erreur est prompte à s'enraciner. D'une thèse de concours écrite à la hâte elle passe dans une œuvre de longue haleine, et justement estimée, où elle s'installe définitivement. Vous la retrouvez textuellement dans la 11[e] livraison du *Compendium de chirurgie*. Bien des fois la question des polypes naso-pharyngiens a été mise à l'ordre du jour, et la belle observation de Roux n'est point intervenue dans les discussions parce qu'elle est restée déguisée sous le faux titre de polype naso-maxillaire. Il y a plus, comme les gens sérieux ne lisent point les feuilletons, cette erreur persistera, et chaque fois qu'on écrira dans un gros livre un article sur les polypes des fosses nasales, on continuera certainement à citer le fait incriminé comme un exemple avéré de polype fibreux naso-maxillaire inséré à toute la paroi supérieure des fosses nasales.

Mais je n'en persiste pas moins à déclarer pour ma part que je suis très satisfait d'être remonté à la source, et que je trouve fort bien employé le temps que j'y ai dépensé, sinon celui que m'a coûté la rédaction de la présente lettre.

AR. VERNEUIL.

— Le concours pour trois places de médecin au Bureau central s'est ouvert lundi dernier. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Du pouls dans les maladies. »

— Deux Sociétés locales, agrégées à l'Association générale viennent de se constituer, l'une à Moulins, l'autre à Épinal (Vosges).

en outre du foie, la peau, les muscles et les poumons se chargent de matière glycogène? Il semblerait, en raisonnant ici comme nous l'avons fait au sujet du foie, qu'on devrait chercher à empêcher le changement trop rapide de cette matière en sucre, et pour cela ne pas exagérer les fonctions de ces organes. S'il est utile de rappeler ou d'entretenir la perspiration cutanée, on ne le ferait pas avec exagération; si les muscles ont besoin de mouvement, celui-ci ne serait pas exécuté avec excès; de même l'action respiratoire aurait besoin d'être ménagée.

Il me reste à présenter un point de vue sur l'action nerveuse de la vie de relation. J'ai noté que son excès était une cause du diabète, ou du moins une prédisposition à cette maladie. On devra donc lui imposer des limites, sans cependant que les sujets se laissent aller à l'indolence, à l'ennui, à la tristesse ou au découragement; et, à cette occasion, je m'appuyerai sur ce qui s'est passé à Vichy, il y a deux ans, pour montrer l'influence de ces fâcheuses dispositions. Personne n'ignore que les médecins de cette station thermale conseillent aux diabétiques d'aller boire à la fontaine des Célestins. Tous ces malades s'y trouvent donc réunis le matin. Ils font connaissance, se familiarisent entre eux, et se racontent l'histoire de leur mal. Tristes en général et inquiets de leur état, ils trouvèrent un compagnon d'infortune qui, bien loin de se laisser abattre, cherchait à les ranimer au feu de son espérance, et à les engager dans une voie qui devait tourner au profit de leur guérison.

« Réunissons-nous en *congrès*, leur dit-il, causons de nos affaires. Puisque les médecins n'ont pas encore trouvé le vrai remède à nos souffrances, tâchons de le découvrir nous-mêmes en nous livrant à l'étude de notre affection. Efforçons-nous d'en approfondir les causes; rappelons-nous les premiers symptômes que nous avons ressentis, analysons ceux que nous éprouvons en ce moment. Demandons-nous surtout les circonstances quelconques qui, dans nos médications, nous ont semblé les plus favorables. Il est impossible qu'en agissant ainsi nous n'arrivions pas à quelque résultat utile. — L'état moral, ajouta-t-il dans un des élans de sa parole, doit exercer une puissante influence sur nos organes. Malheur à celui qui se laisse abattre; il succombera infailliblement! Moi, je ne veux pas mourir; je résisterai; je serai plus fort que mon mal, et je guérirai. »

Il a guéri, en effet; mais que s'est-il passé en lui? C'est sans doute que cette vigueur morale, qu'il ne faut pas confondre avec des excitations factices, a plutôt régularisé que détruit l'harmonie entre les deux systèmes nerveux.

Mais je m'aperçois, messieurs, que j'ai abusé de votre patience, et je vous prie humblement d'en recevoir mes excuses.

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Ablation d'un sarcocèle; hémophilie; mort.

Cher confrère,

J'ai l'honneur de vous envoyer ci-jointe l'observation d'une opération chirurgicale qui a eu des résultats funestes, parce qu'elle avait été pratiquée sur un sujet atteint d'hémophilie. Dans ce cas, cette diathèse a été la cause d'accidents graves auxquels l'opéré a succombé. Je n'accompagne cette observation d'aucune réflexion.

Obs. — Le nommé Rabbat, âgé de vingt-sept ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le docteur Jolly. On constate qu'il est atteint d'un sarcocèle du testicule gauche.

Le début de la maladie remonte à quatre années environ. A cette époque et sans cause appréciable le malade a vu son testicule prendre de l'accroissement. La tumeur, souvent indolente, devenait souvent aussi le siége de douleurs vives, auxquelles le malade ne donne pas l'épithète de lancinantes. Quelques jours avant son arrivée à l'hôpital, pendant une période douloureuse, on fit sur la tumeur et sur le trajet du cordon une application de sangsues. Le malade raconte qu'elles ont abondamment saigné, et que, pour arrêter le sang, on a été obligé d'appliquer sur chaque piqûre un morceau d'amadou imprégné de perchlorure de fer. Deux jours après on le mit au bain, l'eau détacha l'amadou, et le sang reparut. Une nouvelle application d'amadou et de perchlorure arrêta définitivement le sang. Le malade ajoute que chaque fois qu'il s'est blessé, le sang a été difficile à arrêter.

Le tempérament blond lymphatique du sujet et l'état de détérioration de la constitution font croire à une anémie, qui explique cette persistance d'écoulement du sang, à la suite de simples piqûres de sangsues.

Voici ce que l'on constate à l'examen de la tumeur.

Elle n'est que peu douloureuse à la pression. A la partie latérale gauche antérieure, on perçoit une fluctuation évidente, qui prouve qu'il y a complication d'épanchement dans la tunique vaginale. Vers la partie supérieure, on sent une portion dure, faisant relief sur le reste, parfaitement limitée vers le bas, se confondant, sans limites précises en haut, avec le cordon. Cette partie dure et sous laquelle il semble possible d'insinuer légèrement le doigt, était formée, comme il fut démontré plus tard, par l'épididyme et le commencement du canal déférent, qui avaient pris un développement considérable.

Le cordon est très développé. Quoiqu'on n'y perçoive aucune fluctuation, on le soupçonnait d'être le siége d'une hydropisie enkystée, parce que la tumeur qu'il formait paraissait parfaitement limitée à l'anneau inguinal, et les prévisions ont été trouvées justes au moment de l'opération.

Après avoir résolu d'enlever la tumeur, M. le docteur Jolly prépara le malade, et l'opération fut pratiquée le 31 janvier. Le patient fut soumis aux inhalations du chloroforme, mais l'anesthésie ne fut pas complète.

Le cordon fut lié en masse; on lia encore une artériole qui paraissait provenir de la honteuse externe.

Le malade était entièrement revenu à lui, et aucun écoulement de sang n'avait lieu Cependant, par précaution, le pansement ne fut pas fait immédiatement. M. Jolly résolut d'attendre une demi-heure et laissa l'opéré sous la surveillance d'un infirmier, ayant une autre opération à faire.

On annonça bientôt que le sang commençait à couler. La plaie examinée, deux artérioles furent liées, mais l'écoulement continua en nappe et le sang, d'apparence artérielle, parut venir de l'intérieur du canal inguinal.

Le cordon avait été parfaitement lié; l'écoulement du sang n'était pas du reste assez abondant pour venir de l'artère spermatique. On essaya des applications de perchlorure qui échouèrent complétement On essaya pendant plus d'une heure la compression digitale par-dessus des tampons imbibés de perchlorure. Le sang se faisait jour par-dessus les tampons. Enfin on introduisit une boulette de charpie imbibée de perchlorure dans l'orifice du canal inguinal, on plaça par-dessus un gâteau épais de charpie imbibée du même liquide, et on maintint le tout par un brayer. Par ce moyen, l'hémorrhagie fut enfin arrêtée. On administra à l'intérieur, dans la journée, 3 grammes d'ergotine Bonjean en potion, par cuillerée d'heure en heure; eau de Seltz et limonade.

Le 1er février, l'opéré va bien, le sang n'a pas reparu, le pouls est modéré, à 100 pulsations, et présente un peu d'ampleur, le malade signale le besoin d'aller à la selle. (2 cuillerées de magnésie calcinée en deux doses.)

Le soir, le malade se plaint de la pression du brayer, qui est retiré; mais on ne touche pas au tampon, qui est laissé intact.

Le 2, la douleur qui se faisait sentir dans la plaie a continué; on a ramolli le tampon avec de l'eau glacée. L'hémorrhagie ne se reproduit pas, mais la douleur persiste.

Au moment de la visite, il y a des vomissements bilieux, un peu de tension du ventre et une douleur peu vive à la pression. La magnésie administrée la veille n'a pas amené de selles. Le pouls est à 120, et conserve de l'ampleur; le facies est bon, les vomissements cessent bientôt, mais le malade conserve des nausées.

Sous-nitrate de magnésie et bismuth, qui n'amènent aucune selle.

Dans l'après-midi, lavement avec séné. Ce moyen amène des évacuations abondantes.

Le 3, le pouls est à 140 et a perdu son ampleur, sans cependant être devenu misérable. Nausées incessantes, mais point de vomissements; douleur du ventre modérée, même à la pression; la tension est moindre que la veille; la diarrhée est très abondante et liquide.

Eau de Soulzmalt, sirop de groseille, petits morceaux de glace.

Le soir, vu la grande fréquence du pouls, 1gr,50 de sulfate de quinine et sirop de codéine.

Mort le lendemain, à sept heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. L'abdomen ouvert, apparaissent les traces d'une péritonite générale. Intestins médiocrement tendus

par des gaz inodores et recouverts par de fausses membranes purulentes. Petit bassin rempli d'un liquide rougeâtre, dans lequel nagent des flocons de pus.

Le péritoine de la région inguinale laisse apercevoir une teinte rouge noirâtre, causée par transparence par des caillots de sang situés en dehors. Quant au péritoine lui-même dans cette région, il ne paraît pas plus malade que partout ailleurs. A la dissection des parois de l'abdomen et de la région inguinale, on voit que du sang est infiltré dans les couches musculaires et dans le tissu cellulaire. Il forme par-ci par-là quelques caillots de différentes grosseurs, mais ceux qui sont le plus voisins du péritoine sont infiltrés de pus.

Quant à la tumeur, elle était formée par le testicule, qui, à la coupe, présentait un aspect lardacé. Le tissu normal n'existait plus nulle part, et la tumeur était parsemée de nombreux tubercules, dont quelques-uns avaient la grosseur d'un noyau de cerises.

Agréez, etc. Dr GERMAIN.

Château-Thierry, le 8 février 1860.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIOLOGIE. — *De l'influence sur la fonction visuelle des verres de lunettes (convexes dans la presbytie, concaves dans la myopie), et en particulier de leurs régions prismatiques internes ou externes, lors de leur usage binoculaire*, par M. *Giraud-Teulon*. — Après avoir signalé les imperfections et les défauts des verres à lunettes tels qu'ils sont construits aujourd'hui, et les inconvénients qui en résultent, l'auteur pense que pour établir l'accord qui manque entre le degré de l'accommodation de distance ou monoculaire virtuelle et l'angle d'accommodation de position ou binoculaire, et dont l'absence cause tant et de si grandes affections fonctionnelles des yeux, il suffit d'enlever à toutes les lunettes, concaves ou convexes, la moitié intérieure de chaque verre, en faisant ensuite correspondre le centre pupillaire avec le milieu de la surface restante, ce qui se fera très simplement et avec un grand avantage pour l'unité, en coupant une lentille en deux ou en mettant dans les deux montures chaque moitié, en regard l'une de l'autre par le diamètre commun ou par leur centre. (*Comm.* : MM. Pouillet, Babinet, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — M. *Nonat* adresse au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, avec une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet *a*. Une série de rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans divers arrondissements du département de la Charente. — *b*. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1859 dans le département des Basses-Alpes. (*Commission des épidémies*.)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire intitulé : *Recherches anatomiques et science naturelle, physique et physiologique*, par M. le docteur *Bassaget*. (*Comm.*: M. Longet.) — *b*. Une note ayant pour titre : *Nouvelle théorie pour rétablir, au moyen de la neurine, les fonctions normales du cerveau, affaiblies par des causes accidentelles ou naturelles*, par M. *Smith*, médecin anglais. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *c*. La deuxième partie d'un mémoire sur l'*hypnotisme et ses dangers*, par M. le docteur *Sandras*. (*Comm.*: MM. Velpeau, Bousquet et Jolly.)

M. *Blache* présente au nom de l'auteur, M. *Maingault*, une brochure intitulée : *Des paralysies diphthéritiques*.

Lectures.

HYDROLOGIE. — M. *Robinet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport favorable sur une formule proposée par M. *Marcellin Pouillet* pour fabriquer de l'*eau sulfureuse* au moyen du *sulfure de calcium*.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après quelques explications échangées entre MM. *Fontan*, *Boullay*, *Bouchardat*, *Gibert*, *Chatin*, *Caventou* et *Robinet*.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Trousseau*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Bouchardat*, donne lecture d'un rapport sur deux mémoires : l'un de M. *Boinet*, l'autre de M. *Rilliet* (de Genève), envoyés à l'Académie dans le mois de septembre dernier.

Le mémoire de M. Boinet est relatif à l'*alimentation iodée, comme moyen préventif et curatif de toutes les maladies où l'iode et ses préparations sont indiqués*.

Celui de M. Rilliet, intitulé : *De l'iodisme constitutionnel*, a pour but de démontrer que l'iode donné à de très petites doses, dans le traitement du goître, cause assez souvent des accidents d'une grande gravité.

M. le rapporteur analyse d'abord rapidement le travail de M. Boinet, qui s'écarte peu des notions générales sur l'emploi de l'iode ; il combat diverses propositions qui s'y trouvent énoncées, et il regrette que l'auteur, qui dit avoir recueilli de nombreuses observations établissant les merveilleux effets préventifs et curatifs de l'iode, n'ait pas cru devoir citer en détail un seul de ces faits.

M. Trousseau repousse le mode d'administration proposé par M. Boinet, et qui consiste à mêler intimement l'iode à des aliments et à des boissons préparés à l'avance. MM. les commissaires pensent que l'iode, pris en teinture ou sous forme d'iodure de potassium, au moment même des repas, s'associe aux aliments avec une extrême facilité, et que, par conséquent, mieux vaut donner ainsi cet agent que de le faire prendre dans des biscuits, des pains, des bonbons, des vins, où les doses ne pourraient pas toujours être modifiées suivant la tolérance des malades et suivant l'indication des médecins.

Malgré ces critiques, M. le rapporteur termine en proposant d'adresser des remercîments à M. Boinet pour sa communication.

Abordant ensuite le mémoire de M. Rilliet, M. Trousseau expose que l'auteur admet trois degrés d'intoxication par l'iode : le premier, produit par l'iode et ses composés donnés à haute dose, peut être observé à tous les âges, chez tous les sujets sains ou malades, dans tous les pays, et il est admis par tous les auteurs ; il consiste surtout en troubles gastriques Le second, moins fréquent que le premier, parce que, dit M. Rilliet, il implique la prédisposition par organes, s'observe aussi à tous les âges, chez tous les sujets et dans tous les pays ; mais il est moins bien connu que le précédent. Produit aussi par l'administration de l'iode à hautes doses, il est caractérisé par des troubles nerveux et par des troubles de sécrétion et de nutrition. Le troisième degré, encore moins connu, et qui fait le sujet principal du travail de M. Rilliet, produit la maladie que Coindet désignait sous le nom de *saturation iodique*, que d'autres appelaient *cachexie iodique* ou *iodisme*, appellation adoptée par l'auteur, qui y ajoute l'épithète de *constitutionnelle*, pour bien en indiquer la nature.

Dans l'iodisme constitutionnel, les doses du médicament, les espèces de sa préparation ne jouent plus qu'un rôle secondaire. C'est l'iode, en tant qu'iode, c'est-à-dire en tant que substance toxique, ayant une action spéciale sur l'économie, qui produit un empoisonnement spécial, peu importe la forme sous laquelle on l'emploie. C'est même lorsqu'il est donné à petite dose que l'iode produit plus facilement l'iodisme constitutionnel. L'auteur appuie cette proposition sur un assez bon nombre de faits, desquels il résulte que l'iodure de potassium à la dose de 1 centigramme à 2 milligrammes, en pilule ou en solution, à la dose de 1 centigramme et demi en frictions, a déterminé cette sorte d'empoisonnement. M. Rilliet cite même quelques exemples de malades qui

ont été pris de symptômes d'intoxication par le seul fait de leur séjour aux bords de la mer.

L'iodisme constitutionnel est caractérisé, d'après l'auteur, par un ensemble de symptômes dont les plus saillants sont : un amaigrissement rapide, coïncidant avec un appétit exagéré ; des palpitations nerveuses. Cet amaigrissement est quelquefois effrayant, à ce point que les malades, en peu de temps, deviennent méconnaissables, et présentent l'apparence de sujets atteints de tuberculisation aiguë. Cet amaigrissement se manifeste d'abord par l'atrophie du goître (quand les individus sont goîtreux), des seins et des testicules ; le visage maigrit avant le reste du corps, et bientôt la maigreur est générale. A ces phénomènes s'en ajoutent plus tard d'autres, qui rappellent ceux de l'hypochondrie et de l'hystérie.

Après avoir indiqué en quelques mots la marche, le pronostic et le traitement de l'iodisme, tels que les établit M. Rilliet, M. Trousseau termine son rapport en ces termes :

« Bien que nous n'osions nous prononcer sur la réalité de l'iodisme, ainsi que l'entend M. Rilliet, et que nous ayions dû conserver des doutes que l'Académie partagera peut-être, nous n'en devons pas moins reconnaître que ce travail soulève une des questions les plus intéressantes de la pathogénie et de la thérapeutique.

» Aussi votre commission vous propose-t-elle d'adresser des remercîments à M. le docteur Rilliet, et de renvoyer son mémoire au *comité de publication.* »

Sur la proposition de M. Ricord, la discussion de ce rapport est renvoyée à mardi prochain.

Élection.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination des commissions suivantes :

1° COMMISSION DES ASSOCIÉS NATIONAUX : MM. *Bouillaud*, *Trousseau*, *Denonvilliers*, *Bouchardat* et *Michel Lévy*.

2° COMMISSION DES CORRESPONDANTS NATIONAUX : MM. *Ferrus*, *Grisolle*, *Ricord*, *Wurtz* et *Danyau*.

3° COMMISSION DES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS : MM. *Jobert*, *Rayer*, *Robin*, *Gavarret* et *Poggiale*.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 2 MARS 1860.

Suite de la discussion sur la phthisie pulmonaire.

Communications diverses.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Des affections urémiques de l'intestin, par le professeur FREITZ.

On a remarqué depuis longtemps des vomissements fréquents de matières ammoniacales chez un nombre assez considérable de sujets atteints de maladie de Bright, et on les a attribués généralement à une irritation de la muqueuse stomacale produite par le carbonate d'ammoniaque auquel donnerait naissance la décomposition de l'urée exhalée dans l'estomac après s'être accumulée dans le sang par la diminution ou la suppression de la sécrétion urinaire. La fréquence des diarrhées colliquatives dans la néphrite albumineuse est également un fait bien connu, et quelques auteurs ont, en outre, signalé les accidents dysentériques comme un accident assez ordinaire de la même maladie. On ne s'est, d'ailleurs, guère préoccupé en général d'expliquer ces deux complications, et nous possédons encore moins une description exacte des lésions anatomiques qui les accompagnent. C'est surtout à ces deux points de vue que M. Freitz a étudié la question dans le volumineux mémoire dont nous donnons ici une analyse, et qui repose sur plus de deux cents autopsies.

Les lésions anatomiques que l'on rencontre dans le tractus digestif des sujets morts de maladie de Bright sont très variables. Parfois on y trouve, depuis le cardia jusqu'à l'anus, une énorme quantité de mucosités très visqueuses se détachant difficilement de la muqueuse, qui est épaissie et présente un aspect anémique tout particulier. La coloration de la muqueuse est d'un blanc sale ou d'un gris pâle ; assez souvent les villosités sont imprégnées d'un pigment noirâtre, et ces dépôts entourent encore parfois, sous forme d'un cercle foncé, les orifices des glandes du gros intestin. La muqueuse a alors une teinte ardoisée ou plombée. Ces caractères anatomiques sont ceux de la *blennorrhée* chronique. Dans d'autres cas, la muqueuse présente dans une étendue variable tous les caractères du catarrhe chronique : loin d'être anémiée, comme dans la blennorrhée, elle est le siége d'une injection intense qui lui donne une couleur violacée ou gris-rougeâtre.

Le plus souvent les altérations de l'intestin ont un autre caractère ; il contient une grande quantité d'un liquide aqueux mêlé de mucosités, jaunâtre ou verdâtre, surtout remarquable dans le jéjunum, où une pareille accumulation de liquide est fort rare. Habituellement il n'y a pas de matières fécales. L'intestin est comme lavé, ses parois sont très relâchées ; la muqueuse présente à peu près les mêmes caractères que dans la blennorrhée ; mais elle est, en outre, ramollie, macérée pas son contact avec les liquides intestinaux. Quelquefois elle est le siége d'un œdème très prononcé dans les points les plus déclives.

Les liquides que renferme l'intestin ont généralement une réaction alcaline, ou neutre ou très légèrement acide, et dégagent une odeur ammoniacale pénétrante. Cette odeur est surtout prononcée au moment où l'on ouvre l'intestin et disparaît peu à peu lorsque le liquide est laissé au contact de l'air ; elle reparaît par l'addition de potasse caustique.

Dans d'autres cas, les lésions de l'intestin sont beaucoup plus graves ; on rencontre des parties de la muqueuse qui sont converties en eschares, comme si elles avaient subi l'action d'un caustique énergique. Les mortifications se trouvent surtout dans le gros intestin, dont elles occupent de préférence les replis les plus saillants ; elles sont entourées d'une zone injectée et tuméfiée de la muqueuse, qui est généralement pâle et ramollie partout ailleurs. Dans ces cas, les liquides intestinaux contiennent habituellement, et presque toujours, une proportion très considérable de composés ammoniacaux. Les eschares pénètrent quelquefois jusque dans la tunique musculeuse ; il arrive enfin que la mortification s'empare de toute l'épaisseur de la paroi intestinale et aboutisse à une perforation avec toutes ses conséquences habituelles.

M. Freitz distingue de cette mortification simple (*Verschorfung*) la véritable gangrène qui s'y associe souvent, et qui est même plus fréquente. L'intestin est alors le siége d'une véritable dysenterie gangréneuse qui présente d'ailleurs un caractère passif tout particulier. L'intestin contient un liquide putrilagineux, mais ses tuniques ne sont pas épaissies, à peine injectées ; il n'y a aucune trace de suppuration. La gangrène, de son côté, peut produire la perforation de l'intestin, aussi bien que la mortification simple.

D'autres fois les eschares se détachent et l'ulcération qui en résulte se transforme en une cicatrice qui se rétracte plus ou moins.

Chez quelques sujets la muqueuse intestinale présente l'aspect d'une véritable dysenterie ulcéreuse. M. Freitz décrit en outre, sous le nom de *dysentérie par macération*, une altération particulière de la muqueuse du gros intestin, que l'on rencontre surtout dans les points où cet intestin change de direction, et où les matières séjournent, par conséquent, plus longtemps qu'ailleurs. Ce sont des pertes de substances arrondies, assez étendues, mettant à nu le tissu sous-muqueux, qui est blanchâtre et comme macéré, et même la membrane musculeuse. Leurs bords sont taillés à pic, ramollis, transformés en une espèce de gélatine transparente, mais d'ailleurs nullement hypérémiés ni tuméfiés. La muqueuse peut avoir disparu ainsi dans l'étendue de plusieurs pouces, et les cou-

ches sous-jacentes, mises à nu, ont le même aspect que si elles avaient été macérées pendant plusieurs jours. Lorsque l'affection est ancienne, les points dénudés sont indurés et revêtent presque l'aspect d'un tendon par la production d'un tissu cicatriciel qui finit par rétrécir l'intestin plus ou moins. Les liquides contenus dans l'estomac dégagent toujours une odeur ammoniacale intense. Cet état succède évidemment à la blennorrhée simple, décrite en premier lieu.

La fréquence relative de ces diverses lésions est résumée par M. Freitz dans le tableau suivant :

Hydrorrhée	80
Blennorrhée et catarrhe	62
Dysenterie croupale et ulcéreuse	27
Ulcérations folliculaires et dysenterie par macération	19
Mortification et gangrène	12
Épanchement de sang dans l'intestin	4
Matières fécales moulées, normales	5
Total	209

Ces 209 cas sont pris sur un total de 220 cas de maladie de Bright non compliquée ; dans les 11 cas qui restent, l'état de l'intestin n'avait pas été noté d'une manière précise.

M. Freitz croit que ces diverses lésions reconnaissent toutes pour cause l'action des liquides chargés de combinaisons ammoniacales. Celles-ci résulteraient de la décomposition de l'urée contenue en abondance dans le plasma sanguin qui est exhalé dans l'intestin de la même manière que dans le tissu cellulaire ou les cavités séreuses. Cette explication a déjà été admise, comme nous l'avons rappelé plus haut, pour les vomissements ammoniacaux des animaux qui ont subi la néphrotomie (expériences de MM. Bernard et Barreswill, et de M. Frerichs). M. Freitz fait remarquer que ce n'est pas seulement dans la maladie de Bright que l'on rencontre les diverses lésions dont il a donné la description, mais également dans les cas où l'excrétion de l'urine est supprimée par un obstacle mécanique situé dans n'importe quel point des voies urinaires, soit par tout autre cause, ou encore le résultat définitif de l'accumulation de l'urée dans le sang. Au reste, l'action des liquides ammoniacaux sur l'intestin est tout à fait analogue à celle de l'urine devenue ammoniacale, sur la vessie, et les altérations qui en résultent sont fort semblables dans les deux cas.

C'est encore sur la présence du carbonate d'ammoniaque en solution dans l'intestin que M. Freitz se fonde pour proposer une nouvelle théorie des accidents attribués à tort à l'uroémie ou rétention de l'urée dans le sang. Suivant M. Freitz, ces accidents seraient produits par le passage dans le sang, par voie d'abrogation, d'une partie des liquides contenus dans l'intestin et chargés de carbonate d'ammoniaque. (*Prager Vierteljahrschrift*, 1859, t. IV, p. 143 à 198.)

Observation d'empoisonnement par le phosphore, communication à la Société de médecine de Strasbourg, par M. le docteur SCHALLER.

OBS. — M. Schaller fut appelé le 5 octobre 1853, à quatre heures du soir, chez un homme âgé de quarante-cinq ans, lypémaniaque, qui avait avalé, dans l'intention de se détruire, à peu près 200 grammes de pâte phosphorée et 5 à 6 grammes d'une solution alcoolique de sublimé. La face du malade était rouge, ses yeux injectés, sa marche vacillante, ses membres tremblaient, des frissons alternaient avec du froid intense, sa voix était voilée, astriction de la gorge, soif ardente; son haleine était chargée de vapeurs phosphorées.

En attendant qu'on m'eût apporté le vomitif que j'avais prescrit, j'étais parvenu, au moyen de la titillation, à produire un vomissement, qui a fourni une partie de la pâte délayée dans du liquide contenu dans l'estomac. Le vomitif a produit plusieurs évacuations semblables. Dans l'intervalle des vomissements, je donnai une solution tiède de bicarbonate de soude, 4 grammes de sel sur un litre d'eau. A sept heures, une bouteille d'eau de Sedlitz à prendre par verre de quart d'heure en quart d'heure; boisson alcaline dans l'intervalle, et continuée pendant toute la nuit.

Les selles sont d'un gris sale, répandant des vapeurs phosphorées très denses; les urines, incolores, fournissent ces vapeurs avec la même intensité.

Le 6 octobre au matin, voile du palais d'un rouge vif, parsemé de quelques plaques muqueuses, astriction de la gorge et anxiété moindres, soif toujours très vive, selles et urines toujours aussi phosphorées qu'auparavant; la perspiration pulmonaire fournit des vapeurs phosphorées comme hier. — Eau de Sedlitz et boisson avec le bicarbonate de soude, comme la veille.

J'ai continué cette médication jusqu'au 9 inclusivement, en donnant toutefois quelque boisson mucilagineuse, alternant avec l'eau alcaline. C'est le 10 seulement que les vapeurs phosphorées ont cessé de se produire, et de ce moment le malade est entré en convalescence. Je lui ai fait suivre pendant une quinzaine de jours une diète lactée. Ses forces sont revenues promptement, et je ne sache pas qu'il ait été malade depuis ce temps. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 11, 1859.)

Cette observation remarquable prouve au moins que, dans certaines circonstances, le phosphore, même à haute dose, n'entraîne pas irrévocablement la mort. Pour la préparation de la pâte phosphorée, on emploie communément 10 grammes de phosphore. La quantité ingérée était, par conséquent, de 2 grammes au moins.

Relativement au traitement, M. Schaller fait remarquer qu'il a donné le bicarbonate de soude comme neutralisant des composés oxygénés du phosphore, qui doivent nécessairement se former tant qu'il y a de l'air dans l'estomac ou dans les intestins. Il ne pense pas, d'ailleurs, que la guérison de son malade ait été due exclusivement à l'emploi de ce moyen.

On consultera avec fruit sur l'action du phosphore un travail de M. Boling, inséré dans le tome Ier de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, page 908.

Observation de plaie contuse du pied; ventilation d'après la méthode de M. Bouisson, par M. le docteur L. FÉRAUD.

Nous avons donné précédemment un résumé du mémoire sur la ventilation des plaies, adressé par M. le professeur Bouisson à l'Académie des sciences (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 725). Cette méthode a donné des résultats encourageants à l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi. Elle a été aussi l'objet d'expériences intéressantes dans le service de M. le professeur Gosselin et à la clinique de Strasbourg, dans le service de M. Hergott, agrégé. L'observation de M. Féraud, dont nous donnons un résumé, est un exemple intéressant de l'influence favorable exercée par la ventilation sur les plaies suppurantes qui ne tendent pas à la réparation.

OBS. — Un matelot, âgé de vingt-quatre ans, fut blessé à la jambe droite par une glaine de filin, qui produisit une plaie contuse de 5 centimètres de longueur sur 8 millimètres de largeur, peu profonde, il est vrai, mais entourée de vastes ecchymoses, et située au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille, presque au niveau des malléoles. Cette plaie fut d'abord négligée par le malade, puis traitée successivement par les cataplasmes, la cautérisation à l'aide du crayon de nitrate d'argent, les bandelettes de diachylon et les pansements au styrax, sans que l'on pût obtenir par ces moyens une modification avantageuse. Il est juste d'ajouter que le malade ne s'astreignait nullement au repos qui lui était recommandé.

Douze jours après la production de la plaie, on soumit celle-ci à la ventilation. Elle avait alors 4 centimètres de longueur sur 6 millimètres de largeur, le fond était grisâtre et sans vitalité, les bords rouges, saignants et décollés. On pratiqua la ventilation pendant un quart d'heure. A la fin de l'opération, la plaie est parfaitement desséchée, à tel point qu'un linge fin, appliqué dessus, ne s'imprégna d'aucune humidité. Le pied est laissé à l'air sans aucune pièce de pansement. A midi, à quatre heures et à huit heures du soir, le malade ventila lui-même la plaie pendant le temps prescrit (un quart d'heure).

On continua le même traitement, en faisant tomber chaque matin la croûte produite la veille. Quoique le malade ne gardât le repos que très incomplétement, la plaie ne tarda pas à revêtir tous les caractères des plaies suppurantes en voie de réparation; les bords se recollèrent, des bourgeons charnus de bonne nature la couvrirent, etc. La cicatrisation était achevée le sixième jour. Le matelot reprit son service le lendemain, mouillant tous les jours ses pieds avec l'eau de mer qui sert au lavage des ponts, et portant la chaussure réglementaire. Au bout d'une semaine,

on put constater que la cicatrice avait parfaitement tenu, et qu'aucune trace d'irritation ne s'était reproduite. (*Montpellier médical*, décembre 1859.)

De la stomatite des femmes en couches, par M. le docteur DE PRINCE.

Voici un document à joindre à ceux que nous avons déjà indiqués dans le tome VI de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (page 739), concernant la *stomatitis materna.*

Dans une lettre adressée au *Chicago Medical Journal* (juillet 1859), M. Prince annonce qu'il règne à Jacksonville et dans les environs (Illinois) une épidémie de stomatite chez les femmes enceintes et chez les mères nourrices (*nursing sore mouth*). Les détails précis sur la nature de cette stomatite font malheureusement défaut, mais il n'est pas sans intérêt de constater que dans cette stomatite, comme dans tant d'autres, le chlorate de potasse a rendu de grands services; on l'emploie en solution saturée pour collutoire, et également, à l'intérieur, à la dose de 3 à 12 cuillerées de solution par jour. La solution d'iodure de fer (préparée d'après la pharmacopée des États-Unis) a été également employée avec des résultats très avantageux, mêlée à quantité égale de sirop de salsepareille (3 cuillerées à café du mélange par jour).

Les rédacteurs du *Dental Cosmos* font remarquer que cette stomatite tient souvent à une constitution scrofuleuse, à une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature, et que dans ces conditions il est avantageux de recourir à l'iodure de potassium seul ou associé à l'iodure de sodium. (*The Dental Cosmos*, 1859, n° 3.)

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par M. le docteur WILLOUGHBY F. WADE, professeur de clinique médicale au Queen's college, Birmingham.

M. Wade commence par mettre ses malades à une diète lactée exclusive. La quantité de lait qui doit être donnée à chaque repas ne peut, comme on le pense bien, être fixée d'avance; elle dépend tout à fait de la tolérance de l'estomac dans chaque cas individuel; la seule règle invariable et absolue que l'on puisse formuler à cet égard est de ne pas dépasser les doses qui sont digérées sans douleur aucune. Ainsi, dans quelques cas, quelques cuillerées devront suffire dans les premiers temps, et même plusieurs jours de suite. Les malades s'écrieront qu'ils se meurent de faim, mais ils ne tarderont pas à être dédommagés par un soulagement remarquable. Ce soulagement est si frappant que, pour en avoir le bénéfice, la plupart des malades se soumettent sans peine à toutes les privations qu'on leur impose....

La tolérance à des quantités progressivement croissantes de lait s'établit d'ailleurs assez vite si le malade a assez de persévérance pour ne jamais s'écarter de la règle énoncée plus haut.

Ce régime suffirait à lui seul, suivant M. Wade, pour obtenir une guérison complète dans un certain nombre de cas; le plus souvent, cependant, il donne, en outre, trois fois par jour, des pilules très petites contenant un tiers de grain de nitrate d'argent et d'opium, et un huitième de grain d'extrait de belladone; il y joint quelquefois, lorsque l'état de l'intestin l'exige, de petites doses d'huile de ricin ou de coloquinte et de jusquiame. Lorsque tous les symptômes de l'ulcère stomacal ont disparu, M. Wade fait revenir ses malades lentement et par degrés au régime habituel; pendant la convalescence, il leur fait souvent prendre du citrate de fer à faible dose. Ce traitement lui a donné un grand nombre de succès; le mémoire que nous analysons est accompagné de six cas de ce genre. (*British Medical Journal*, 22 octobre 1859.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

A Treatise on Medical Electricity, Theoretical and Practical, by J. ALTHAUS, M. D. London. 1859, in-8, p. 352. — *Traité théorique et pratique sur l'électricité médicale*, par le docteur J. ALTHAUS. Londres, 1859.

En Angleterre plus que partout ailleurs on avait dans ces derniers temps tellement abusé de l'emploi de l'électricité dans le traitement des maladies, que cet agent thérapeutique y était entièrement tombé en discrédit. A qui devait-on cela, si ce n'est à des charlatans ignorant jusqu'aux lois de la force électrique, et qui, sans aucune notion d'anatomie, de physiologie et de pathologie, n'avaient à leur disposition qu'une seule spécialité, — leur machine? Aussi usaient-ils de ce moyen infaillible, de ce spécifique universel, en l'offrant à tous les malades indistinctement, leur administrant des chocs capables de renverser un éléphant. Et c'étaient ces mêmes hommes qui écrivaient les traités sur l'électricité médicale en Angleterre. Cela nous explique en quelque sorte comment un éminent médecin de ce pays a pu dire, il y a à peine une dizaine d'années : « Pour moi, tout homme qui écrit sur l'électricité médicale est un charlatan. » Heureusement ces temps sont passés; des hommes vraiment compétents se sont courageusement mis à l'œuvre pour faire cesser cet état de choses qui était si préjudiciable à la science. L'accueil favorable que les médecins anglais ont fait au traité de M. Althaus nous est une preuve suffisante qu'ils savent apprécier l'agent thérapeutique en question comme il mérite de l'être.

Dans la préface de son ouvrage, M. Althaus énumère les raisons qui jusqu'ici nous ont empêchés d'employer l'électricité avec autant de succès que les autres médications; ces considérations sont tellement justes et s'accordent si bien avec l'état réel de la question, que nous allons les rappeler textuellement, en faisant pourtant remarquer qu'elles s'appliquent moins exactement à la France qu'à l'Angleterre.

« Pourquoi y a-t-il encore aujourd'hui si peu de certitude pour ce qui regarde les effets physiologiques et thérapeutiques de l'électricité? Si nous sommes si peu renseignés à cet égard, cela tient à plusieurs causes. Tandis que le champ à explorer est excessivement vaste, il n'y a pas encore longtemps que des observateurs consciencieux, — leur nombre est très limité, — s'occupent de l'étude de ces phénomènes; car combien de faits manifestement faux n'a-t-on pas publiés jusque dans ces derniers temps sur de prétendues guérisons au moyen de l'électricité? Nous connaissons très bien, et généralement par une longue expérience, les effets thérapeutiques des remèdes internes. Nous connaissons les principes qui entrent dans la composition de nos médicaments, et nous savons que telle combinaison peut être employée avec avantage dans un cas donné. Mais quant à l'électricité, nous n'avons pas la même certitude. Quelle forme d'électricité faut-il employer? Dans quels cas faut-il l'employer? Devons-nous agir indistinctement sur les différents tissus, os, muscles et nerfs, ou devons-nous limiter l'action de l'électricité à chacun de ces tissus isolément? Laissant de côté les empiriques qui emploient l'électricité à tort et à travers, nous ne pouvons pas non plus nous attendre à de bons résultats quand les cas ne se prêtent pas à un traitement par l'électricité, quand les appareils qu'on emploie ne possèdent pas les qualités requises pour un traitement médical, quand la dose d'électricité que l'on administre est trop forte ou trop faible, quand, au lieu d'agir sur la partie malade seule, tout le corps, ou une trop grande partie du corps, est soumise à l'action de cet agent. Mais si l'on parvient à éviter ces écueils, on trouvera que l'électricité est un agent thérapeutique très utile au moyen duquel beaucoup de malades peuvent être soulagés et même entièrement guéris.

» Sans doute il y a des cas où l'emploi de l'électricité semble devoir promettre beaucoup, et où ce traitement n'a en réalité que peu ou pas de résultat. Mais l'électricité est aussi peu infaillible que tout autre remède. Certes, personne ne dira que le sulfate de quinine n'est pas un excellent fébrifuge parce que la fièvre lui résiste

quelquefois, et l'huile de croton comptera toujours parmi nos apéritifs les plus efficaces, quand même elle serait impuissante dans quelques cas de constipation.

Il y a encore un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue : très souvent les médecins recommandent seulement à leurs clients d'essayer un traitement galvanique lorsque tous les autres remèdes ont été employés sans succès et que la maladie a fait des ravages tels qu'il ne reste plus que peu d'espoir de guérison. Le chapitre où nous indiquons les effets que la faradisation a produits dans un certain nombre de cas d'aphonie hystérique fait voir combien de bons résultats on pourrait obtenir dans certaines affections du système nerveux, si le traitement électrique était institué à une époque moins avancée de la maladie. Nous serions surtout heureux si nous voyions employer plus fréquemment l'électricité dans certaines formes de névralgies qui défient tout autre agent thérapeutique, et qui sont admirablement amendées par l'électricité. Enfin, nous devons faire remarquer que dans beaucoup de cas on commet la faute d'avoir recours au galvanisme seul, sans employer d'autres remèdes internes. Nous sommes convaincu qu'il y a des affections du système nerveux qu'on peut guérir au moyen de l'électricité seule; mais, dans la plupart des cas, il est d'un grand secours d'instituer simultanément un traitement interne, ce qu'il ne faut pas négliger de faire si nous voulons augmenter nos chances de succès. »

Maintenant voici l'ordre suivi par M. le docteur Althaus dans son ouvrage :

Première section. — *Formes d'électricité.* — L'auteur y passe en revue d'une manière succincte tout ce qui a rapport à la nature de la force électrique, aux modes sous lesquels elle se produit, et tout ce que nous savons quant à l'électricité animale.

Deuxième section. — *Électro-physiologie.* — Cette section est consacrée à l'étude de l'action que l'électricité exerce sur les divers organes et tissus du corps humain. Nous y trouvons rapportées les expériences de Ritter, Galvani, Humboldt, Marshall-Hall, du Bois-Reymond, John Reid, Ziemssen, Richardson, Brown-Séquard, Bernard, celles de l'auteur lui-même et de plusieurs autres. Assurément aucun médecin n'a encore traité cette partie avec autant de détails et de soins que M. Althaus.

Troisième section. — *Des appareils médico-électriques et de leur emploi.* — Cette section est également complète; l'auteur y consacre un chapitre spécial aux appareils convenables pour l'administration du fluide électrique.

Quatrième section. — *L'électricité comme moyen de diagnostic.* — Cette partie de l'ouvrage est peut-être moins complète que les autres, mais elle n'en est pas moins d'un grand intérêt.

Cinquième section. — *Électro-thérapeutique.* — La cinquième et dernière section est consacrée à l'application proprement dite de l'électricité à la médecine. L'auteur a apporté un soin tout particulier à cette partie, la plus étendue et la plus importante de l'ouvrage.

A la fin du livre se trouve un appendice sur l'électricité atmosphérique et sur la foudre.

Comme l'ouvrage de M. le docteur Althaus est un livre éminemment pratique, rempli de faits et d'observations (bien qu'on y trouve autant d'aperçus théoriques que le cadre le comportait), nous croyons devoir le recommander, non-seulement à ceux qui s'occupent spécialement d'électricité médicale, mais encore à tous ceux de nos confrères qui veulent se tenir au courant de la science.

VII

VARIÉTÉS.

INCIDENT DE LA DÉMISSION DE M. LONGET. — LETTRE DE M. J. BÉCLARD.

La démission de M. Longet est en ce moment entre les mains du ministre. Elle n'est, croyons-nous, ni acceptée, ni retirée.

Cet incident a motivé, de la part de M. J. Béclard, la lettre suivante, adressée à la Gazette des Hôpitaux. En l'insérant, nous devons faire remarquer qu'aucun organe de la presse médicale ne s'est fait l'écho des bruits auxquels M. Béclard fait allusion.

Monsieur,

Les journaux de médecine s'occupent depuis quelques jours de la démission envoyée à la Faculté par M. Longet. Quelques personnes, qui se disent ses amis, font courir à ce sujet des bruits auxquels je dédaignerais de répondre, s'ils n'y mêlaient en même temps des noms que je respecte.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de rétablir en deux mots la vérité des faits.

La détermination que vient de mettre à exécution M. Longet n'est pas nouvelle. Dans le courant du mois d'août 1859, quinze jours environ après sa nomination de professeur, M. Longet est venu chez moi, accompagné d'un de nos amis communs, me faire part de la résolution où il était de donner sa démission. J'ai combattu de tout mon pouvoir cette résolution, et si elle est restée inébranlable, cela n'a pas dépendu de moi. Depuis cette époque, je n'ai pas revu M. Longet. La personne qu'il avait priée de venir chez moi, et moi-même, avons gardé sur cette conversation le *secret le plus absolu.*

Vous voyez, monsieur, ce qu'il faut penser des prétendues obsessions auxquelles M. Longet aurait été en butte depuis qu'il a été appelé au sein de la Faculté, et qui lui auraient arraché l'acte dont il s'agit. De pareilles idées ne peuvent venir qu'à l'esprit des gens capables de les exécuter, et elles ne sauraient tromper que les personnes qui ne connaissent pas mon caractère. C'est pour ces dernières que j'ai pris le parti de vous adresser ces quelques lignes.

Agréez, etc. Jules Béclard.

Au concours pour l'agrégation, au moment où M. Marcé montait en chaire pour soutenir sa thèse, M. le président a annoncé qu'il avait reçu la veille la démission de candidat de M. Hervieux, malade depuis plusieurs jours, et qui devait argumenter M. Marcé. Un juge, M. Tardieu, a bien voulu accepter la tâche de remplacer M. Hervieux. La lutte a été des plus brillantes.

Collége de France. — M. Flourens commencera son cours le mercredi 7 mars, à quatre heures précises, et le continuera tous les mercredis et samedis à la même heure. Le professeur traitera cette année de la vie et de l'intelligence.

— Le 23 août dernier, mademoiselle Marie Bressac avait été condamnée, par défaut, par le tribunal de police correctionnelle de Lyon, à 15 francs d'amende et à 500 francs de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile. Elle avait formé opposition à ce jugement. Mais, depuis lors, elle avait continué l'exercice illégal de la médecine, et elle avait à répondre à une nouvelle poursuite dirigée par le ministère public, à la suite d'un procès-verbal dressé par le commissaire de police. Dans son audience du 16 février, le tribunal de police correctionnelle de Lyon a condamné mademoiselle Marie Bressac à deux amendes de 15 francs, 1,000 francs de dommages-intérêts envers les médecins qui se sont portés partie civile, et à deux jours de prison.

— Un autre jugement, dans une affaire d'exercice illégal de la médecine, vient d'être rendu par le tribunal de Montfort (Ille-et-Vilaine), contre le sieur Legarçon.

Poursuivi par les médecins de son arrondissement, appartenant à l'Association médicale d'Ille-et-Vilaine, il a été condamné à tous les dépens et à payer aux demandeurs, à titre de dommages-intérêts, la somme de 1,000 francs, qui doit être versée dans la caisse de l'Association.

— Un concours pour une place d'agrégé (section de chirurgie et d'accouchements) a été ouvert le 1er février devant la Faculté de médecine de Strasbourg. Le jury est composé de MM. Ehrmann, Sédillot, Rigaud et Michel, professeurs; Bach, Hergott et Bœckel, agrégés. Deux candidats seulement s'étaient inscrits, et l'un d'eux s'étant retiré, M. Aubenas est resté seul.

La composition écrite a eu pour sujet : « La région mammaire ; anatomie et physiologie. » La première leçon a traité « de la déchirure du périnée ; » la seconde « de la trachéotomie et des maladies qui la réclament. » Une épreuve pratique a consisté dans l'examen d'une femme atteinte de fistule vésico-vaginale. Enfin, les « tumeurs de la vulve » forment le sujet de la thèse qui a été soutenue hier 27 février.

— M. le ministre a décidé que le concours d'agrégation pour deux places dans les sections d'anatomie, de physiologie et de sciences physiques à la même Faculté, s'ouvrira le lundi 2 avril, et que l'une de ces deux places sera affectée à la chimie et l'autre à l'histoire naturelle médicale. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — N° 138. Maladies du cœur (suite). — Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — 139. Cas remarquable de varicelle chez un adulte, par *Cleveland*. — Asthme (suite). — Emploi de l'ophthalmoscope (suite). — 140. Fièvre typhoïde anomale, par *Ward*. — Empoisonnement par les fruits du *solanum tuberosum*, par *Morris*. — Emploi de l'ophthalmoscope (fin). — 141. Sur une forme particulière de sclérotite, par *Taylor*. — Cas d'ostéomalacie, par *Ormerod*. — Maladies du cœur (suite). — Vice de conformation, par *Spencer*. — 142. Asthme (suite). — Formes obscures de fièvre intermittente, par *Carraway*. — Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — 143. Emploi des vapeurs médicamenteuses à l'intérieur, par *Nevins*. — Fistule vésico-vaginale ; emploi d'un pessaire, par *le même*. — 144. Clinique. — Maladies du cœur (suite). — Asthme (suite). — 145. Affections médicales obscures, par *Robinson*. — Affection articulaire obscure, par *Fleischmann*. — Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — 146. Maladies du cœur (suite). — Pathologie de l'angine de poitrine, par *Mushet*. — 147. Observations et statistiques de hernies étranglées, par *Cooper*. — Remarques cliniques sur le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac, par *Wade*. — Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — 148. Allaitement artificiel à l'aide du biberon, par *Brown*. — Analyse de 2,000 accouchements, par *Rigden*. — Statistique de 1,000 accouchements, par *Harrinson*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 480. Remarques sur le traitement hypodermique, etc. (fin). — Cyanose, etc. (fin). — 481. Observations de chorées traitées par le sulfate de zinc, par *Stone*. — Hernie étranglée ; anus artificiel ; guérison, par *Donnel*. — 482. Discours de rentrée ; règlements de diverses universités, etc. — 483. Clinique obstétricale, par *Lee*. — Rapport officiel sur la maladie du roi Oscar Ier de Suède, par *Moore*. — 484. Amputation du pénis, par *P. Teale*. — Du traitement hypodermique, par *C. Hunter*. — Excision du genou, par *E. Tucker*. — Sur l'introduction du cathéter, par *Z. Laurence*. — 485. Leçon clinique sur un cas de maladie de Bright, par *Johnson*. — Cancer de l'estomac, accompagné de tubercules pulmonaires, par *Coote*. — Clinique obstétricale, par *Lee*. — Empoisonnement par le bi-oxalate de potasse, par *Webb*. — 486. Épidémie récente d'affections paludéennes, par *Peacock*. — Anévrysme de l'aorte mortel chez une femme enceinte, par *Adams*.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL. — Août. L'urine de l'homme à l'état de santé, par *Haughton*. — Clinique, par *Woods*. — Plaies par armes à feu dans l'Inde, par *Williamson*. — Compte rendu de la Maternité de Londres, par *Barnes*. — Actions involontaires des muscles volontaires, par *Osborne*. — Symptômes cérébro-spinaux des vers intestinaux (suite). — Physiologie du sucre de diabète, par *Mac-Donnell*. — Clinique, par *O'Boherty*. — Action du suc pancréatique sur l'albumine, par *Brinton*. — Thoracentèse dans l'empyème, par *Smyly*. — Incisions contre l'anthrax, par *Collis*.

THE LANCET. — N° 9. Structure du système nerveux (suite). — Fièvre intestinale (suite). — Empoisonnement lent par le sulfate de zinc, par *Ogle*. — Péritonite (suite). — Extraction d'un calcul de l'urèthre, par *Heath*. — Sur les déclarations de naissance, par *Duncan*. — 10. Remarques sur la péritonite aiguë, par *Curling*. — Anévrysme poplité guéri par la flexion et la compression, par *Pemberton*. — Le procès de Smethurst ; diarrhée et dysentérie coïncidant avec la grossesse, par *Girdwood*. — Aménorrhée rebelle guérie dar l'électricité, par *Taylor*. — Plaie de l'artère fémorale traitée avec succès par la ligature, par *Bullal*. — 11. Structure du système nerveux (suite). — Péritonite (suite). — Nature des névralgies, par *Handfield Jones*. — Kyste de l'ovaire guéri par l'injection iodée, par *Black*. — Fracture par un coup de feu, par *Fowler*. — Traitement de l'angine couenneuse, par *Smith*. — 12. Structure du système nerveux (suite). — Nouveaux réactifs de la kiestéine, par *Hicks*. — Paraplégie réflexe guérie par la strychnine, par *Moore*. — Identité des champignons des dermatoses parasitaires, par *Fox*. — Remarques sur la diphthérie, par *May*. — Suite d'un cas d'encéphalocèle, par *Eoger*. — Hémorrhagie intra-oculaire, suite d'une opération de cataracte par extraction, par *Hildige*. — 13. Règlements des diverses univesités. — 14. Hôpitaux militaires dans les pays chauds (suite), par *Milroy*. — Cas d'obstruction intestinale, par *Sturges*. — Rupture de l'oreillette droite, par *Cregeen*. — Cas de suppression de l'urine, par *Jeaffreson*. — Section du nerf poplité pour une névralgie de la jambe, par *Hocker*. — Cure radicale de la hernie, par *Davies*. — Une limace peut-elle vivre dans l'estomac humain, par *Dickman*. — 15. Digestion de l'œsophage après la mort, par *Canton*. — Le chlorate de potasse est-il un remède innocent, par *Osborne*. — Luxation de l'astragale sans fracture, par *Monro*. — 16. Système nerveux (suite). — Guérison d'un empyème datant de sept ans, par *Wardell*. — Hémorrhagies intra-oculaires à la suite d'opérations, par *Hulke*. — Valeur de l'uréthrotomie interne, par *Thompson*. — Deux cas d'évacuations charbonneuses extraordinaires par les narines et l'intestin, par *Collway*. — 17. Remarques sur les affections de la bourse pré-rotulienne, par *Erichsen*. — Uréthrotomie (suite). — Observations recueillies dans la guerre des Indes, par *Keess*. — Observation d'encéphalocèle congénitale, par *Vines*. — 18. Fièvre intestinale, par *W. Budd*. — De la pression dans les synovites strumeuses, par *Barrwell*. — Empoisonnement par la strychnine ; guérison, par *C. Bennett*.

AMERICAN MEDICAL MONTHLY. — Août. Hydropisie et albuminurie, par *Frick*. — Pathologie et traitement de quelques maladies des femmes, par *Taylor*. — Cas d'empoisonnement par l'opium, par *Rogers*. — Trois opérations de fistules vésico-vaginales, par *Millenberger*. — Septembre. Statistique obstétricale, par *Baltimore*. — Emploi de l'*ægle marmelos* contre la dysentérie, par *Cardner*. — Restriction légale de la vente des poisons, par *Lee*. — Hernie congénitale étranglée, etc., par *Bonlecou*. — Octobre. Adhérences du placenta comme cause de spasme de l'utérus, par *Martin*. — Néphrite, urémie, leucémie, etc., par *Bauer*. — Observations de maladies des os, par *Farrington*. — Hernie ombilicale congénitale, par *Briddon*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL. — Juillet. Arrachement du bras et de l'omoplate, par *Horlbeck*. — Nouvel hystérotome pour le traitement de la dysménorrhée, par *White*. — Importation et diffusion de la fièvre jaune, par *Caillord*.

NEW-ORLEANS MEDICAL NEWS AND HOSPITAL GAZETTE. — N° 6. Observations de maladies des organes génito-urinaires, par *Crawcour*. — Emploi de la strychnine dans les fièvres intermittentes chroniques, par *Harrison*. — 7. Mémoire sur les races humaines, par *Peniston*. — Clinique, par *Flint*. — Fracture du crâne avec enfoncement sans symptômes de compression, par *Mac-Knight*. — 8. Mémoire sur l'hybridité chez les animaux, par *Peniston*. — Sur l'étude de la jurisprudence médicale, par *Harrison*.

Livres.

ANNUAIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, par le docteur *Cavosse*. 2e année. 1 fort vol. in-12, contenant l'indication et l'analyse des travaux publiés sur les sciences médicales pendant l'année 1858. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr.
Nota. La 3e année est sous presse et paraîtra prochainement.

ANNUAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES POUR 1860, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1859, par les docteurs *Jamain* et *Wahu*. 15e année. In-32 de 308 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE POUR 1860, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1859, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur l'infection déterminée dans le corps de l'homme par la fermentation putride des produits morbides ou excrémentitiels, des désinfectants qui peuvent être employés pour prévenir cette infection, par le professeur *Bouchardat*. 20e année. In-32 de 308 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

DE LA CONTAGION SYPHILITIQUE, par le docteur *Alfred Fournier*, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Grand in-8 de 130 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par le professeur *A. Nélaton*. Tome V et dernier, publié sous sa direction, par le docteur *A. Jamain*. 1 fort vol. in-8 de 1000 pages, avec 64 figures. Paris, Germer Baillière. 9 fr.
Prix de l'ouvrage complet, 5 vol. in-8. 37 fr.

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX, faites à la Faculté des sciences de Paris, par *H. Milne Edwards*. Tome V, 2e partie. Paris, Victor Masson. 5 fr.

LES CURES DE PETIT-LAIT ET DE RAISIN EN ALLEMAGNE ET EN SUISSE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES, ET EN PARTICULIER DANS LES NÉVROSES, LES TROUBLES FONCTIONNELS DES ORGANES DIGESTIFS, LES PLÉTHORES, LA PHTHISIE TUBERCULEUSE ET LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES ORGANES RESPIRATOIRES, etc., par le docteur *Carrière*. In-8 de VIII-240 pages. Paris, Victor Masson. 4 fr. 50

TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES PAR L'AUTOPLASTIE PÉRIOSTIQUE, par le docteur *Joseph Jordan*. Brochure in-4 de 50 pages, avec 3 planches. Paris, Germer Baillière. 3 fr. 50

DIE ELECTRICITÆT IN DER MEDICIN, MIT BESONDERER RUECKSICHT AUF PHYSIOLOGIE, DIAGNOSTIK UND THERAPIE (L'électricité dans la médecine, et particulièrement au point de vue de la physiologie, du diagnostic et de la thérapeutique), par *J. Althaus*. In-8. Berlin, G. Reimer. 6 fr.

CLINICAL LECTURES ON CERTAIN ACUTE DISEASES (Leçons cliniques sur certaines maladies aiguës), par *R.-B. Todd*. In-8. Londres, Churchill. 8 fr. 50

FOUNDATION FOR A NEW THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE (Principes d'une nouvelle théorie et pratique de la médecine), par *T. Inman*. In-8. Londres, Churchill. 9 fr. 75

ERRATA. — Dans le dernier numéro, à la page 121, à la colonne 2, ligne 28, au lieu de : *quoique cela pût*, lisez : *craignant que cette position ne pût*, etc.
Lignes 36-37, au lieu de : *d'être remplacée par*, lisez : *de remplacer*, etc.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an.

TOME VII. — PARIS, 9 MARS 1860. — N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 8 mars 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'IODISME CONSTITUTIONNEL. — ÉTUDES FAITES EN ANGLETERRE SUR L'ANATOMIE, LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

M. Bouchardat a commencé son discours de mardi dernier à l'Académie par une remarque judicieuse. Les observations de M. Boinet et celles de M. Rilliet (de Genève), sur les effets de la médication iodée, sont différentes; elles ne sont pas contradictoires. Ces deux honorables confrères s'accordent pour attribuer à l'iode, soit en raison de l'élévation de la dose, soit par suite de susceptibilités particulières, de certains symptômes, plus particulièrement des troubles gastriques, n'attestant autre chose qu'une action irritante analogue à celle de beaucoup d'autres médicaments. Tous deux aussi reconnaissent à l'iode une propriété spécifique, qu'on est libre de ne pas appeler *toxique*, mais qui, s'exerçant avec une certaine énergie, détermine un état morbide aussi distinct, aussi caractérisé que peut l'être, par exemple, celui qui est amené par la belladone : nous voulons parler de l'engorgement de la muqueuse nasale et des conjonctives. Cet effet (auquel le nom d'*iodisme* convient parfaitement) étant admis des deux parts, toute dissidence qui pourrait porter sur les doses auxquelles il se produit d'ordinaire n'aurait plus aucune importance, parce que les différences des lieux et des organismes pourraient être assez grandes pour rendre compte de la dissemblance des résultats; sans compter que, sous un même ciel, dans une même localité, la diversité des âges, des constitutions, des conditions de santé, des préparations pharmaceutiques elles-mêmes (car on sait que l'iodure de potassium du commerce est assez souvent mêlé d'iodate de potasse), nuisent déjà beaucoup à la comparaison des résultats. Ce que M. Rilliet affirme avoir vu, ce que n'ont jamais rencontré ni M. Boinet, ni M. Trousseau, ni beaucoup d'autres, c'est ce genre d'iodisme que le premier qualifie de *constitu-*

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — Soyons discrets! — Désintéressement de M. Lescarbault. — Garcia Fernandez et Christophe Colomb. — Un voleur de trousses. — Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie : Les homœopathes en crinoline. — L'hypnotisme tombe en quenouille. — Bienfaits de la méthode Raspail. — Les résurrectionnistes de l'Illinois : Une histoire de revenant. — Un médecin à deux faces ou le docteur Janus. — Murt tragique du colonel Thownshend. — Le suffrage universel appliqué aux chaires de médecine.

L'événement le plus gros, le plus bruyant de la quinzaine, et dont il semble que le feuilleton dût de préférence entretenir ses lecteurs, la démission de M. Longet, est précisément, ne vous déplaise, celui dont je vous demande la permission de ne point vous souffler mot. La GAZETTE HEBDOMADAIRE vous a dit dans ses deux précédents numéros ce qu'on savait de plus certain là-dessus. Le sujet commande la plus grande discrétion; il est trop délicat pour qu'on s'aventure à se faire l'écho des mille chuchoteries dont l'air est rempli. En attendant le dénoûment de ce petit drame de famille, nous faisons des vœux pour que l'affaire s'arrange à l'amiable, et qu'elle se termine à l'honneur des deux intéressés, à la satisfaction de la Faculté, non moins qu'au plus grand profit de la science et de l'enseignement (1).

— Cette fois, je puis vous donner comme officiel ce que je ne faisais que vous annoncer dernièrement comme probable : décidément M. Lescarbault a décliné les honneurs du laurier (sauce), que lui offrait le corps médical.

Ce n'est pas que je me pique
De tous vos festins de roi.

La lettre de remercîments que notre éminent confrère a adressée aux promoteurs du banquet est un modèle d'urbanité, de modestie et d'abnégation professionnelle. J'en citerai une phrase, qui prouve bien que M. Lescarbault n'est point toujours dans les nues, et que le soin des autres planètes ne lui fait pas négliger les obligations qu'il a contractées envers celle qu'il habite. Faisant allusion aux offres du même genre qui lui sont venues de Chartres et

(1) Nous croyons savoir que M. Longet a retiré sa démission.

tionnel, qu'il a décrit lui-même dans la Gazette hebdomadaire (tome V, page 714) et que M. Trousseau a rappelé dans son rapport (voir le dernier numéro, page 139); iodisme caractérisé par une sorte de cachexie dont l'amaigrissement et diverses formes de névrosisme sont les traits principaux. Or, M. Rilliet a-t-il vu ce qu'il décrit? S'il l'a vu, n'a-t-il pas attribué à l'action de l'iode des phénomènes produits par quelque autre cause? Y a-t-il eu enfin, de sa part, illusion ou vice d'appréciation? Pour notre part, nous nous associons aux sages réserves de M. Bouchardat. Ce que Prévôt, Coindet et M. Rilliet affirment, *de visu*, sans la plus légère hésitation, nous n'oserions le contester. Nous craindrions trop, en leur reprochant une erreur, de n'y être autorisé que par notre ignorance. Nous savons bien que M. Boinet emploie fréquemment la médication iodée à ces doses réfractées que l'on donne comme les plus propres à déterminer l'iodisme constitutionnel; nous n'ignorons même pas que notre confrère prend lui-même de l'iode chaque jour depuis plusieurs années, — et il ne devait pas moins à une substance qu'il cultive avec tant d'amour, au grand profit de la thérapeutique; — mais, encore une fois, plus d'une chose qui n'est pas visible à Paris peut l'être à Genève, et nous sommes disposé à accorder une sérieuse considération à cette remarque du médecin Genévois, que la pénurie de l'iode dans les eaux, l'air et les aliments de cette contrée, peut en placer les habitants dans une condition spéciale à l'égard de la médication iodée. On a objecté que ces habitants, venus à Paris et soumis à l'emploi de l'iode, n'étaient pas atteints d'iodisme. Cet argument est de M. Ricord, qui a invoqué sur ce point son expérience personnelle; mais un individu n'arrive pas de Genève à la rue de Tournon par le télégraphe électrique; nous présumons qu'il a le temps d'absorber de l'iode sur les grandes routes et à Paris même. Si donc l'explication de M. Rilliet était vraie, ce que nous n'affirmons ni ne contestons, elle ne tomberait pas devant cette objection.

Nous venons de faire allusion au discours de M. Ricord. Le chirurgien de l'hôpital du Midi est intervenu surtout pour exposer devant l'Académie, comme l'y invitait naturellement sa position particulière, ce que lui a enseigné sa grande expérience sur les effets du traitement iodé, s'arrêtant fréquemment aux effets spécifiques, antisyphilitiques, de ce traitement. Ce n'était pas tout à fait la question; mais l'Académie a gagné à cette intervention un chapitre de thérapeutique, discutable assurément en plus d'un point, mais qui se recommande de toute l'autorité de l'orateur. A. Dechambre.

Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

DEUXIÈME ARTICLE.

Nous passons maintenant à la *pathologie* des organes génito-urinaires.

De l'hypertrophie de la prostate. — M. Hodgson admet deux principales variétés de gonflement prostatique : « L'une, dit-il, consiste dans une hypertrophie du parenchyme, l'autre de la substance glandulaire. La première est assez commune chez les jeunes gens qui ont souffert d'une longue irritation des organes urinaires; la seconde survient, sans cause bien apparente, chez les hommes avancés en âge. » Il note que la première n'augmente pas autant la glande et n'altère pas autant l'urèthre que la seconde; qu'à la coupe, la substance prostatique est dense, fibreuse et pointillée de petites et nombreuses granulations jaunâtres, qui sont les vésicules glandulaires nichées dans le tissu interglandulaire épaissi, chacune d'elles adhérant par une sorte de pédicule formé par son canal et ses vaisseaux; il ajoute, conformément à l'opinion du docteur Jones, qu'on trouve en même temps dans le tissu un accroissement des fibres musculaires organiques; seulement il ne sait si la condensation de la prostate est due à l'hypertrophie de ce tissu seul, ou si elle se combine avec un accroissement proportionnel des tissus fibreux blanc et jaune élastique. Le principal changement, dit-il enfin, que cette induration produit dans les voies urinaires est une bande transversale et ferme formant barrière entre l'urèthre et la vessie. Cette variété d'engorgement, suivant le même auteur, complique fréquemment les rétrécissements anciens, et elle s'accompagne plus souvent que l'autre d'abcès prostatiques.

Quant à l'hypertrophie glandulaire, « elle présente à la coupe une surface plus ou moins ferme et d'apparence franchement glandulaire, les conduits excréteurs ont triplé, quadruplé de largeur; avec du soin, on les suit, et l'on trouve qu'ils se divisent en branches secondaires, lesquelles se perdent dans des lobules de diverses grosseurs. Ces lobules sont plus ou moins aggrégés entre eux, et forment des protubérances dans l'urèthre prostatique ou au col de la vessie. Quand plusieurs d'entre eux forment une masse, une portion volumineuse et arrondie de la glande se projette dans l'urèthre; quelquefois une seule, offrant des saillies çà et là, donne au canal urinaire un aspect noueux remarquable; ces nodosités varient du volume naturel des vésicules glandulaires à celui de petites noisettes. Les noyaux sont renfermés séparément dans une capsule fibreuse plus ou moins forte provenant des tissus interglandulaires. Ils peuvent en être énucléés, et l'on voit qu'ils tiennent à la substance de la glande par un pédicule contenant leurs conduits et leurs vaisseaux. Tels sont les caractères généraux dans les lobes latéraux et moyen... Dans quelques cas, la substance de la masse irrégulière est dure et résistante; dans d'autres, elle est molle et élas-

---

de Blois, et qu'il a également refusées, « les devoirs de notre profession, dit-il, ne me permettent pas des absences aussi réitérées, ne jouissant pas, comme vous, de la possibilité de me faire remplacer auprès de mes *chers* malades. » C'est ainsi qu'autrefois Hippocrate refusait les présents d'Artaxercès.

M. Lescarbault pousse la délicatesse jusqu'à refuser même l'hommage d'un instrument d'astronomie qui lui serait offert par le corps médical au moyen d'une souscription. Il motive son refus sur les sarcasmes et les railleuses critiques dont il a été l'objet de la part d'un journal politique. « Il me répugnerait, dit-il, de recevoir un don qui pourrait plus tard devenir, sous la plume du même écrivain ou de tout autre, un moyen d'exciter l'hilarité, sinon le mépris, aux dépens de mon inexpérience et peut-être aussi aux dépens de ma délicatesse. »

Comprend-on qu'au temps où nous vivons il se trouve des esprits assez mal faits pour tourner en ridicule une grande découverte, et des cœurs assez méchants pour attaquer avec l'arme d'une perfide ironie un savant rempli de droiture et de modestie, qui emploie utilement sa vie à soigner des malades et à observer les astres!

— Dans ma dernière *Revue*, je me plaisais à associer le nom de Lescarbault à celui de Fernel. Puisque j'étais en veine d'érudition, n'aurais-je pas bien fait de rappeler aussi le nom d'un autre médecin qui contribua puissamment à découvrir, non point une planète entière, mais la moitié d'une planète? Oui, c'était un médecin ce Garcia Fernandez, qui donna l'hospitalité à Christophe Colomb mendiant et vagabond, devint son protecteur et son ami, discuta avec lui son projet et chercha les moyens de l'exécuter. La médecine peut donc revendiquer à bon droit sa part de gloire dans la découverte du nouveau monde. Les médecins en sont-ils plus riches pour cela? Ah! c'est que du temps de Garcia Fernandez, on n'avait encore inventé ni la Californie ni les oncles d'Amérique! *Sic vos non vobis*.

— Et pourtant, ne voilà-t-il pas que messieurs les filous nous font l'honneur de nous traiter avec la même estime que si nous étions des

tique : ces variétés de consistance paraissent dues plutôt à la somme d'irritation éprouvée par la glande antérieurement qu'à quelque particularité de structure... Une dissection minutieuse n'a rien découvert de particulier dans ces engorgements; la condition de la substance glandulaire paraît même moins altérée sous le microscope qu'à l'œil nu... Le nombre des conduits propres de la glande n'est pas augmenté, pas plus que celui des vésicules terminales... Les changements les plus évidents sont l'accroissement de celles-ci et l'élargissement des premiers. Ces changements marchent ensemble, quelle que soit la partie hypertrophiée... Dans l'hypertrophie glandulaire, les abcès sont très rares; l'inflammation ou l'excitation vasculaire tend plutôt à augmenter la sécrétion... »

Ceux qui connaissent ce que nous avons écrit dans nos RECHERCHES de 1841 et 1844 sur les différences qui existent entre l'induration inflammatoire de la prostate et son hypertrophie sénile, conviendront qu'il est difficile à deux observateurs de se rencontrer plus complétement. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas connu le dernier de ces ouvrages; il y aurait vu de plus comment se forme alors la barrière transversale et ferme dont il parle, et qui n'est autre chose que ce que nous avons décrit sous le nom de valvule musculaire, valvule sur laquelle nous reviendrons.

Mais il s'en faut que les idées de M. Thompson concordent aussi bien avec les nôtres.

Il partage les engorgements prostatiques en deux classes, suivant qu'ils résultent « d'une formation excessive ou d'un arrangement anormal d'éléments analogues à ceux dont la prostate est composée, » ou bien « du dépôt d'éléments hétérologues. » Il ajoute que « le premier groupe comprend toutes les formes d'engorgement qui sont communément présentées sous le terme général d'hypertrophie, et qui ne surviennent que dans un âge avancé; tandis que le second renferme les engorgements résultant d'épanchements inflammatoires, que ce soit de la lymphe ou du pus, ainsi que les engorgements par dépôt tuberculeux, les tumeurs malignes et les hydatides (*cystic diseases*). »

Quant à la première classe, elle est formée, suivant M. Thompson, ou bien par un accroissement des deux éléments glandulaire et musculaire (nous avons vu plus haut ce qu'il pense de la structure normale), ou par l'accroissement du tissu musculaire seulement. Dans ce dernier cas, « les bandes et couches de tissu musculaire sont considérablement augmentées, et peuvent être vues au microscope formant des cloisons plus épaisses, plus distinctes entre les cryptes et conduits glandulaires, qui par cela même paraissent plus isolés. En incisant un lobe, les petites portions glandulaires paraissent à l'œil nu d'une teinte jaunâtre, tandis que les cloisons épaisses qui les séparent sont d'un blanc grisâtre. On peut en faire des tranches épaisses, qui, au microscope, paraissent entièrement dénuées d'éléments glandulaires ou n'en renferment que très peu. En général, cet état se voit beaucoup mieux dans les lobes latéraux que dans les portions intermédiaires. Le docteur H. Jones a le premier fait la remarque que l'hypertrophie sénile est plus fréquemment due à l'accroissement des éléments fibreux qu'à celui des glandes, et mes observations l'ont vérifiée plusieurs fois. »

Nous n'aurions point ici d'objection à faire si l'auteur, tout en convenant que cette dernière forme est bien l'engorgement auquel M. Hodgson a donné le nom de parenchymateux, ne prenait soin de dire qu'il est indépendant de toute action inflammatoire, et que c'est une véritable hypertrophie. Il va même plus loin : d'accord en cela avec quelques pathologistes français, il est porté à ne voir dans la plupart des hypertrophies prostatiques, et plus particulièrement dans celles qui se présentent sous forme d'excroissances, que le résultat d'une ou plusieurs tumeurs, analogues à celles que l'on nomme vulgairement tumeurs *fibreuses* de la matrice, et que, conséquemment à sa théorie, il nomme tumeurs *musculaires*.

Nous avons déjà essayé de réfuter cette opinion, page 214 de nos RECHERCHES de 1841; mais à cette époque on ne s'occupait guère du microscope. Aujourd'hui, qu'elle est soutenue par des micrographes distingués, nous serons moins absolu, et nous nous contenterons d'en appeler à des observations nouvelles. Néanmoins, en attendant que nous puissions nous y livrer, nous ne pouvons résister au besoin de faire une remarque, c'est qu'on ne rencontre jamais de tumeurs ou d'excroissances prostatiques, là où normalement on ne constate que du tissu fibreux ou musculaire, comme on croira devoir l'appeler. Nous avons écrit, et nous regrettons que M. Thompson n'y ait pas fait attention, qu'il n'existe de granulations glandulaires ni au-devant ni au-dessous de la portion prostatique de l'urèthre, excepté seulement, dans cette dernière paroi, *au-dessus* du verumontanum, portion moyenne que nous avons, à cause de cela, nommée *susmontanale*. Or, où se forme-t-il des tumeurs? Précisément dans cette portion et dans les lobes latéraux. Jamais on n'en trouve au-devant du canal et derrière, *au-dessous* du verumontanum. Nous ne différons d'ailleurs à cet égard, M. Thompson et nous, qu'en ce qu'il est moins absolu; mais nous nous croyons solidement fondé pour l'être. Deux ou trois fois seulement, nous avons vu des tumeurs qui semblaient naître au-devant du col de la vessie, mais une dissection attentive nous a toujours démontré qu'elles appartenaient à l'un des lobes latéraux, et qu'elles s'étaient seulement déjetées vers la ligne médiane. C'est un fait dont nous avons tiré des conséquences importantes, et pour le cathétérisme et pour le diagnostic; car, à notre point de vue, la paroi antérieure de la région prostatique, et sa paroi postérieure, *excepté au-dessus du verumontanum*, ne seraient que très peu susceptibles de changer de direction.

Quant à la structure des tumeurs en question, M. Thompson dit qu'elles sont formées de fibres musculaires organiques fortement roulées (*closely packed*) avec un peu de tissu cellulaire. Il convient, du reste, que quelques-unes contiennent une petite proportion d'éléments glandulaires, et même qu'il en est qui, paraissant purement fibreuses (musculaires) au premier abord, présentent encore, dans quelques-unes de leurs parties, des traces de leur substance glandulaire.

---

notaires ou des agents de change! Vous avez assurément entendu parler de ce jeune blondin qui, sous le fallacieux prétexte d'une consultation, s'introduit délicatement dans votre salon ou dans votre cabinet et profite de l'absence du maître du logis pour faire main-basse sur tous les menus objets qui décorent la cheminée, le guéridon ou le bureau. Ce kabyle a déjà exécuté de nombreuses razzias chez plusieurs médecins de Paris et de la banlieue. Je vous en préviens, il a surtout un faible pour les trousses. Il est, dit-on, charmant, très poli, mais peu honnête; les domestiques, les bonnes en particulier, se laissent aisément fasciner à la douceur de sa voix, à la distinction de ses manières, à ses gants glacés, ainsi qu'à la coupe élégante de ses cheveux et de son habit. Si vous n'avez pas encore été *détroussé* par ce damoiseau maraudeur, ne manquez point de donner son signalement à vos gens, et recommandez-leur de se défier des clients d'une mise éblouissante et d'une politesse exagérée.

— Puisqu'il est question des escrocs qui vivent à nos dépens, il est bon que je vous dise que les tribunaux se sont mis enfin à traiter comme ils le méritent les flibustiers de l'un et de l'autre sexe qui exercent, sous des noms divers, la contrebande médicale. Vous connaissez déjà la condamnation du sieur Legarçon, par le tribunal de Montfort (Ille-et-Vilaine), ainsi que le jugement qui vient de frapper l'incorrigible mademoiselle Marie Bressac (de Lyon), cette homœopathe en crinoline qui défie pour la seconde fois les prescriptions de la loi et les justes susceptibilités du corps médical. Puisse cette condamnation être un avertissement salutaire pour une autre dame de notre connaissance, qui inonde illégalement Paris de globules homœopathiques, et qui s'imagine sans doute ne pas être en contravention parce qu'elle fait de la médecine à dose infinitésimale et qu'elle est coiffée, sinon du bonnet, au moins du nom de feu son illustre époux!

— Vous êtes priés de ne pas confondre la dame à laquelle je fais allusion avec madame Piron, à qui la 7e chambre de la police correctionnelle vient d'infliger 15 francs d'amende et une verte se-

La structure des engorgements prostatiques étant la partie la moins avancée de leur histoire, nous avons cru devoir nous y étendre assez longuement ; mais quant à leurs effets sur le canal de l'urèthre et sur le cours de l'urine, ce sont des notions qui commencent à être assez généralement répandues ; aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

Un point bien important serait de connaître la cause de l'hypertrophie de la prostate, car de là découlerait le traitement prophylactique. Malheureusement nous sommes peu avancés à cet égard, et nous ne voyons pas que nos voisins le soient beaucoup plus. Dès 1841, nous avions soutenu qu'elle n'est ni squirrheuse, ni scrofuleuse, ni syphilitique ; nous avions prouvé qu'elle n'est pas due à une inflammation blennorrhagique ou autre, qu'elle n'est due par conséquent ni aux excès des organes génitaux, solitaires ou vénériens, ni aux rétrécissements de l'urèthre, ni à la présence d'un calcul, ni à des opérations de taille périnéale ; nous avions même ajouté que l'inflammation de la prostate paraît plutôt modérer son hypertrophie que l'accélérer, et M. Thompson est du même avis que nous sur tous ces points. Mais à ces diverses causes alléguées avant nous, nous en avions substitué une autre, la stagnation du sang qui tend à se produire dans le bassin chez les hommes très âgés, et par conséquent toutes les circonstances originelles ou accidentelles qui favorisent cette stagnation. M. Thompson fait de cette opinion ce que nous avions fait de celles de nos prédécesseurs : c'était la peine du talion. Nous avions établi entre cette maladie, la cyrrhose du foie et l'affection granuleuse des reins, une analogie très grande, et attribué ces trois états à une congestion veineuse, opinion qui, pour les deux derniers, nous semble aujourd'hui assez généralement admise ; mais il fait observer que la prostate augmente, tandis que le foie et les reins diminuent, et que de plus ces derniers n'offrent pas de tumeurs bien circonscrites ; seulement il ne fait pas attention que nous avons donné une explication anatomique de ces différences ultimes.

Pour lui, comparant toujours l'hypertrophie prostatique aux tumeurs fibreuses de la matrice, il dit que la cause doit être la même, à savoir l'identité d'organisation, et il ajoute que, dans l'un et l'autre sexe, ces développements n'ont lieu que pendant une certaine période de la vie, de trente-cinq à cinquante ans chez la femme, et de cinquante à soixante-dix chez l'homme. Nous avons déjà exposé pourquoi, sans nous prononcer définitivement, nous ne sommes pas du tout convaincu de l'analogie de structure dans les deux cas. Nous ajouterons maintenant que cette analogie, quant à la période d'âge où ces maladies se développent, ne nous semble pas non plus bien solidement fondée ; car nous avons vu de véritables hypertrophies de la prostate donner lieu à la rétention d'urine, bien au delà de l'âge assigné par M. Thompson, comme limite extrême. Nous en avons opéré avec succès à plus de quatre-vingt-cinq ans, et nous soignons actuellement, pour une maladie de ce genre, un confrère de quatre-vingt-sept ans. Maintenant, qu'on trouve, à ces limites extrêmes de la vie, des hommes exempts de gonflements prostatiques, rien d'étonnant, puisque personne ne prétend qu'ils soient un résultat *nécessaire* de la vieillesse. Peut-être même pourrait-on dire que c'est en grande partie grâce à l'intégrité de leurs voies urinaires qu'ils sont arrivés à un âge aussi avancé, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer en comparant la longévité de l'homme avec celle de la femme.

Une dernière analogie que M. Thompson trouve entre les états qu'il compare, c'est la dilatation des artères et des veines des deux organes engorgés.

En résumé, voici son opinion : l'hypertrophie prostatique, quoique ne se présentant qu'à un âge avancé, n'est cependant pas un état normal chez le vieillard, mais exceptionnel ; sa cause *initiale* nous échappe ; mais tout ce qui active la circulation artérielle dans ces parties la favorise, tout ce qui ralentit cette circulation ralentit la marche de l'hypertrophie.

Si l'on réfléchit qu'il est une époque dans la vie où ces engorgements ne se produisent jamais, et où néanmoins la circulation artérielle des organes en question est autrement activée qu'elle ne l'est à l'âge où on les observe si souvent, on conviendra que M. Thompson est loin d'avoir résolu le problème.

La partie symptomatologique de l'ouvrage de M. Hodgson ne nous paraît pas, à beaucoup près, au niveau de sa partie anatomique. Après avoir distingué avec tant de soin l'hypertrophie de l'induration inflammatoire, l'auteur nous paraît retomber ici dans cette confusion fâcheuse ; et puis il ne dit rien des moyens d'exploration directe, les seuls qui permettent l'emploi d'un traitement chirurgical.

M. Thompson, au contraire, a rempli cette partie de sa tâche avec le plus grand soin et avec un succès incontestable. Il fait voir que, presque toujours, l'engorgement a débuté depuis un certain temps déjà quand les premiers symptômes se manifestent ; mais il ajoute que la rapidité de leur apparition dépend de la nature de l'engorgement et de la constitution du sujet ; qu'un engorgement considérable ne cause quelquefois que peu ou point d'inconvénient pendant longtemps, tandis qu'un accroissement beaucoup plus léger, mais autrement situé, peut amener de grands troubles locaux et généraux. Cette remarque est juste, mais nous la voudrions plus explicite. D'abord les complications d'inflammation du col ou d'inertie du corps de la vessie peuvent jouer un grand rôle : l'auteur l'admet ; mais, indépendamment d'elles, voici ce qu'on doit dire de plus général : ce n'est pas parce que la prostate se gonfle que le cours de l'urine est gêné, puisque de son gonflement général résulte constamment une dilatation proportionnelle du canal, mais de ce que ce gonflement fait, du côté de l'urèthre ou de son orifice interne, des saillies hors de proportion avec le diamètre de ce canal. Ainsi un gonflement énorme pourra exister sans rétention ; mais que la portion susmontanale se développe seule, la moindre saillie qu'elle formera pourra arrêter l'urine par cela seul que, les lobes latéraux n'étant pas augmentés, le canal a conservé son étroitesse normale. Par la même raison, il faudra une saillie

---

monce pour exercice illicite de la médecine. Naguère madame Piron était une somnambule extra-lucide ; en ce temps-là elle pratiquait à Bagnolet, et même la chronique rapporte qu'elle y jouissait d'une grande célébrité. Cependant une femme si clairvoyante ne devait point tarder à s'apercevoir qu'elle était déplacée dans la patrie des aveugles. Enivrée par le succès, elle résolut donc d'aller développer ses talents et produire ses exploits sur un plus grand théâtre. Elle choisit Paris, et certainement elle ne pouvait mieux faire. La voilà installée rue de l'Éperon, en plein quartier latin ; mais je ne pousserai pas l'indiscrétion jusqu'à divulguer son numéro. Vous avouerez que madame Piron était trop voisine de la Faculté pour ne pas saisir au vol la première merveille qui se montrerait dans cette atmosphère médicale. L'hypnotisme apparut. Séduite par l'éclat du nouveau-venu, madame Piron abjure le somnambulisme et se voue corps et âme au culte de l'idole du jour. Elle s'hypnotise elle-même, et, dans cet état, elle lit dans le passé, elle prédit l'avenir, elle entrevoit les trésors cachés dans les entrailles de la terre, non moins que les secrets ensevelis dans les replis des cœurs ; elle sonde jusque dans la profondeur des organes, et elle y découvre l'origine et la nature de toutes les maladies. Faut-il jouir de facultés si prodigieuses et si surnaturelles pour prescrire à ses clients, comme le ferait une simple commère, de la bourrache et de la guimauve ! Si encore cette bourrache et cette guimauve avaient pu empêcher ce pauvre M. Chevalier de mourir, sa veuve n'aurait pas porté plainte contre madame Piron ; et celle-ci, à l'heure qu'il est, continuerait sans doute à exercer en paix sa petite industrie. O hypnotisme, voilà de tes coups !

— Décidément cette 7e chambre est impitoyable ! Ne vient-elle pas encore d'exécuter MM. Raspail frères, convaincus d'exercice illégal de la pharmacie, et leur compère M. Tessier, pour avoir servi, par mégarde sans doute, 50 grammes de sulfate de zinc à un client qui lui demandait du sulfate de magnésie. Avis à ceux qui s'adressent avec une confiance enthousiaste à ces pharmacies interlopes sur lesquelles sont écrits en caractères gigantesques ces mots sacramentels : *Selon la méthode Raspail !*

beaucoup plus considérable de la portion susmontanale si les lobes latéraux ont, par leur hypertrophie, augmenté le diamètre antéro-postérieur du canal qui les traverse. Ceci nous explique encore pourquoi, dans quelques rares circonstances, on voit la rétention cesser spontanément. Cela tient à ce que les lobes latéraux qui étaient restés d'abord stationnaires ont fini par participer au travail hypertrophique dont la portion susmontanale était le siége, et par amplifier conséquemment le canal. Ce sont ces faits et quelques autres moins fréquents qui nous ont fait dire que plus l'hypertrophie est partielle, et plus il y a de tendance à la rétention d'urine.

Mais nous avons ajouté que plus l'hypertrophie est générale et uniforme et plus il y a de tendance à l'incontinence. M. Thompson, sans nier la possibilité de celle-ci, dit ne l'avoir jamais vue. Elle est en effet beaucoup plus rare que la rétention; cependant, nous en avons cité des exemples incontestables, notamment la vingt-deuxième observation de nos Recherches de 1841. Mais ce qui nous paraît moins rare qu'une incontinence réelle, absolue, c'est une difficulté très grande à retenir l'urine sitôt que le besoin de la rendre se manifeste, et cela sans que cette difficulté soit expliquée par une irritabilité exagérée de la vessie. M. Thompson oppose à notre opinion la remarque que voici : « Généralement parlant, dit-il, le développement égal des trois lobes n'entraîne pas nécessairement l'ouverture du méat interne, puisque le développement de la portion moyenne postérieure se fait presque toujours vers la cavité de la vessie, et que, loin d'avoir l'air d'agir à la manière d'un coin *entre* les lobes latéraux, il semble plutôt s'échapper d'entre eux comme s'il y était forcé par leur pression latérale. » Ceci ne détruit en rien la justesse de notre comparaison, puisque le coin tend, lui aussi, à être repoussé par les parties qu'il écarte. Si la portion moyenne de la prostate est repoussée par les portions latérales, on nous concédera que ce n'est pas sans opposer une certaine résistance, et que cette résistance diminue d'autant la force avec laquelle les lobes latéraux tendent à se rapprocher. Si l'on nous concède, en outre, ce que nos recherches anatomiques nous permettent de donner comme incontestable, que nous ne devons la facilité avec laquelle nous retenons notre urine qu'à ce que notre vessie est fermée par un mécanisme de soupape, on sera forcé de conclure que, du moment que l'orifice vésical s'est accru d'avant en arrière, et que le bord postérieur ne fait pas une saillie suffisante pour le recouvrir, ce mécanisme n'existe plus, et que, partant, l'urine est retenue avec moins de facilité. Il en sera de même, à plus forte raison, si les lobes latéraux font tous deux une saillie du côté de l'urèthre, et ne se touchent que comme le feraient deux cônes pressés l'un contre l'autre par leur sommet. Or, nous avons décrit (obs. XXIII), et nous possédons encore une pièce qui se trouve dans ce cas.

Nous avons ajouté en dernier lieu, que les conditions qui favorisent le regorgement d'urine tiennent le milieu entre celles de la rétention et celles de l'incontinence. L'auteur a un peu négligé cette question, bien qu'au point de vue pratique ce phénomène ait été exposé par lui avec tout le soin désirable.

Quant au diagnostic de l'hypertrophie prostatique et aux diverses explorations par le rectum et par l'urèthre, tout cela a été longuement et parfaitement traité par M. Thompson. Il préfère notre sonde coudée à toute autre (1). Toutefois, nous regrettons, au point de vue historique, qu'il n'ait pas consulté la p. 411 de la 2e édition de nos Recherches sur les valvules (2e supplément), et, quant à l'étendue de confiance qu'on doit accorder à cet instrument, nous espérons qu'un peu plus d'habitude de son emploi et un peu plus d'attention à quelques minuties anatomiques que nous avons signalées, restreindront de plus en plus le cercle de doutes dans lequel il se trouve encore.

(1) M. Hodgson parle aussi de notre cathéter explorateur; mais nous n'avons pu le reconnaître dans sa description.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Dr Aug. Mercier.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires, par Boinet, membre de la Société de chirurgie.

(Suite et fin. — Voir les numéros 1, 5 et 7.)

L'observation suivante va nous montrer où peut conduire une erreur de diagnostic d'un autre genre, il s'agit d'une tympanite prise pour un kyste de l'ovaire.

Il y a quelques années, une pauvre femme hypochondriaque, âgée d'environ quarante ans, et croyant avoir une grossesse extra-utérine, se fit admettre dans plusieurs hôpitaux de Paris dans le but de se faire opérer. Elle était atteinte depuis longtemps d'une tympanite considérable. Renvoyée des hôpitaux, elle entra chez une sage-femme, et s'adressa à plusieurs médecins, demandant toujours qu'on l'opérât, affirmant qu'elle était enceinte, et qu'elle avait perdu des eaux en grande quantité. Il y a trois ans, elle avait été présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 7 juillet 1857, sur le désir de plusieurs médecins, qui pensaient que cette femme était atteinte d'un kyste de l'ovaire; malgré l'avis de la Société de chirurgie et de plusieurs autres médecins, elle n'en persista pas moins dans son désir insensé de vouloir être opérée. Voici les symptômes qu'elle présentait.

Le ventre était ballonné, uniforme, très élastique, et la grande tension des parois abdominales ne permettait qu'une impression

---

— Maintenant une petite histoire de revenant, que vous n'avez certainement jamais entendu raconter à votre grand'mère. *Il y avait une fois* deux hommes qui suivaient dans une sorte de carriole la route de Carthage, non point en Afrique, mais en Amérique, dans la province de l'Illinois. Au milieu d'eux était assis un troisième voyageur, immobile et muet. Les deux premiers étaient des *résurrectionnistes*, c'est-à-dire des gens qui font métier de dérober des cadavres dans les cimetières pour les vendre à vil prix aux étudiants en médecine. Vous devinez ce qu'était le troisième personnage. Pour ne pas éveiller les soupçons, nos industriels avaient paré le mort comme s'il était encore de ce monde, si bien que

> Notre défunt était en carrosse porté,
> Bien et dûment empaqueté.

On arrive en face d'un cabaret. Aussitôt les résurrectionnistes de descendre et d'aller étancher leur soif. Un quidam, qui passait par là, d'aventure, avise le pauvre solitaire, resté au fond du véhicule. Il l'apostrophe vivement, et, comme il n'en obtenait point de réponse, il vit à qui il avait affaire, car les exploits des résurrectionnistes sont notoires dans la contrée. Sans plus tarder, il détache le cadavre, le charge sur ses épaules et s'en va le cacher dans la grange de l'auberge, puis il s'instale sur le siége au lieu et place de monsieur le mort.

Nos deux buveurs, après maintes libations, remontent en voiture, s'établissent de nouveau côte à côte avec leur proie et partent au grand trot. Déjà les gaillards

> ..... Couvaient des yeux leur mort,
> Comme si l'on eût dû leur ravir ce trésor;

lorsque l'un d'eux frissonnant s'écria tout à coup : — Diable ! notre cadavre est chaud! — C'est, ma foi, vrai! réplique le compère. — Chaud! chaud! répond alors une voix sépulcrale; que trouvez-vous de surprenant à cela? Je voudrais bien vous y voir, vous, si comme moi vous rôtissiez depuis trois jours dans les flammes de l'enfer!

Les résurrectionnistes ahuris ne se le font pas dire deux fois,

fugitive du doigt qui les pressait. Si l'on exerçait une pression plus forte et plus soutenue, on parvenait à déprimer les parois abdominales dans tous les sens, et s'assurer qu'il n'existait aucune tumeur dans le ventre. Il n'y avait de fluctuation dans aucun point, et la percussion donnait partout un son clair et sonore. Point d'infiltration dans les membres inférieurs. Le toucher vaginal et rectal ne donnait aucune indication ; la matrice était à sa place, et n'avait subi aucun déplacement. Les digestions se faisaient mal. Cette femme disait avoir des coliques, des douleurs dans le ventre, éprouvait continuellement le besoin de rendre des vents, et avait une constipation continue ; les excréments qu'elle rendait étaient rares, durs, petits, comme ceux de la chèvre ; elle éprouvait de la chaleur, de la soif, de la fièvre ; les membres étaient amaigris. La maladie était évidemment une tympanite due à une lésion organique du tube intestinal, et, par suite, une profonde hypochondrie. Cette malheureuse femme n'avait qu'une idée, celle d'être débarrassée par une opération de la tumeur qu'elle croyait avoir dans le ventre. Rien n'avait pu l'en dissuader ; elle rencontra cependant plusieurs médecins qui, persuadés que cette malade avait un kyste de l'ovaire, cédèrent à ses instances, et tentèrent une opération à laquelle elle a succombé. Son affection était cancéreuse.

Le défaut de fluctuation, le peu de pesanteur du ventre, qui dans la tympanite ne se déjette ni d'un côté ni de l'autre, la grande tension des parois abdominales, qui ne reçoivent qu'une impression fugitive du doigt qui les presse, le son qu'on retire par la percussion, et qui s'entend dans tous les points de l'abdomen, la constipation opiniâtre, la nature et la forme des garderobes, l'état des fonctions digestives et de la santé générale des malades, et l'absence de toute infiltration des membres, sont autant de phénomènes caractéristiques qui ne permettent pas de confondre la tympanite avec l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, etc.

La rétention des matières fécales dans le gros intestin, mais principalement dans le cæcum, affection encore assez commune, peut être prise pour un kyste, une tumeur fibreuse, une tumeur de l'ovaire. On en trouve plusieurs exemples dans un intéressant travail lu par M. le docteur Boys de Loury à la Société de médecine du département de la Seine, séance du 7 mai 1858, et publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, année 1858, t. V, p. 490. Dans un cas, il s'agissait d'une dame qui avait depuis longtemps des douleurs dans le ventre, principalement à droite. Le médecin habituel y avait reconnu une tumeur, qui avait été constatée par un chirurgien appelé en consultation, et un traitement qui avait consisté en iodure de potassium pris à l'intérieur, en pommades fondantes et bains alcalins, le tout en vue de faire disparaître cette tumeur, avait été ordonné ; mais les douleurs augmentant malgré la persistance du traitement, on avait fait appeler M. Boys de Loury. Il trouva la malade en proie aux douleurs les plus vives, s'étendant à tout le ventre, qui était ballonné ; il y avait une tympanite excessive, qui, refoulant le diaphragme, occasionnait de la dyspnée. On ne pouvait toucher les parois du ventre, qui étaient très douloureuses, surtout à droite. Malgré cet état de météorisme considérable de l'abdomen, et la douleur si intense, malgré des vomissements répétés depuis plusieurs jours, vomissements d'une bile mélangée, et dont la fétidité rappelait celle des matières stercorales, la fièvre n'était pas relativement très forte, le pouls n'était pas serré comme dans la péritonite, la face nullement grippée, la langue ne présentait aucune sécheresse. D'après ces phénomènes, M. Boys de Loury pensa que la malade était affectée d'une inflammation violente du gros intestin, occasionnée par la rétention des matières fécales dans le cæcum et dans l'arc du côlon... Il agit en conséquence, et bientôt la malade fut débarrassée de sa tumeur stercorale.

Une jeune fille soignée par un guérisseur pour une affection dont les commencements ont été mal définis, fait demander un médecin au moment où elle éprouvait les douleurs du bas-ventre les plus excessives. Les plaintes et les cris de cette jeune personne rappelaient ceux d'une femme en couches, si bien qu'avec le ventre si volumineux et sa dureté on pouvait commettre cette erreur de diagnostic. En pratiquant le toucher, on ne trouva rien de ce qui pouvait indiquer une grossesse, mais une tumeur volumineuse comprimait le vagin dans la partie postérieure. C'était le rectum, énormément distendu par des matières fécales endurcies, qui donnait lieu à la tumeur et aux douleurs d'expulsion. Sous l'influence d'un traitement convenable, le ballonnement et le gonflement de l'abdomen cessèrent avec la douleur. Cette observation, qui appartient à M. le docteur Campardon, est encore moins importante que la suivante, observée par le même médecin.

Une jeune fille de dix-huit ans était traitée pour un favus du cuir chevelu ; elle prenait un demi-verre d'eau de Sedlitz tous les matins pendant quinze jours. Après ce traitement, une péritonite se manifeste avec des caractères graves. On emploie d'abord les antiphlogistiques, puis les purgatifs répétés, qui déterminent chaque jour des selles moulées. La convalescence s'établit, mais la fièvre paraît tous les soirs ; bientôt elle devient continue. En examinant le ventre, on découvre dans la fosse iliaque droite une tumeur sans changement de couleur à la peau, peu mobile, sans fluctuation, et qui paraît lisse. Un consultant diagnostique un abcès de la fosse iliaque, et craint une issue funeste. Cependant on pratique le toucher rectal, qui fait reconnaître un amas de matières fécales dures, amassées dans l'intestin ; c'est à grand'peine qu'on parvint à l'extraire.

J'ai observé, de mon côté, il y a sept ou huit ans, une dame qui portait depuis plus de deux ans une tumeur volumineuse dans la fosse iliaque gauche, tumeur que l'on considérait comme un kyste de l'ovaire, et qui avait résisté jusqu'alors à tous les traitements, même au traitement homœopathique, qui pendant une année avait eu la prétention de faire disparaître cette tumeur. En examinant cette tumeur, je la trouvai dure, bosselée, nullement fluctuante ; le ventre était légèrement tendu, ballonné. Le toucher par le vagin et le rectum me permit de constater que le petit bassin était entiè-

---

ils sautent de leur siége, s'enfuient au plus vite et courent encore.

Le faux mort a fait rendre à sa tombe le véritable trépassé. Quant à la voiture et au cheval des profanateurs, ils sont en fourrière jusqu'à nouvel ordre.

La France aussi avait autrefois ses résurrectionnistes ; et, en vérité, ces industriels ont rendu de si grands services à l'anatomie, que nous n'osons guère leur jeter la pierre. Bichat, si nous en croyons la tradition, n'aurait jamais pu, sans le concours de semblables compères, exécuter la plupart de ses immortels travaux. Aujourd'hui, Dieu merci, les cadavres abondent dans nos amphithéâtres, et le métier de résurrectionniste n'existe plus parmi nous. On regrette qu'un pays aussi éclairé que l'Amérique n'ait pas encore avisé au moyen de fournir aux étudiants le contingent de sujets nécessaire pour leurs études anatomiques.

— Y a-t-il, oui ou non, un médecin homœopathe à l'hôpital des Enfants ? Jusqu'à ce jour, nul ne se croyait permis d'en douter ; mais on m'assure que, dans une assemblée des chefs de service dudit hôpital, le médecin supposé homœopathe aurait déclaré solennellement qu'il ne faisait point profession d'homœopathie, mais qu'il appliquait des remèdes de toute espèce et de toutes doses, suivant les cas, et suivant les indications. Cette déclaration ne vous fait-elle pas tout l'effet d'une abjuration ? Mais comment, d'autre part, l'accorder avec la fondation d'un certain journal, qu'on appelle l'ART MÉDICAL ? Comment aussi la concilier avec une petite anecdote, rapportée dans l'ABEILLE du 5 mars, et où il est dit qu'un enfant atteint de carie vertébrale, ayant été conduit à la consultation du médecin soi-disant homœopathe, celui-ci blâma l'application des cautères et leur substitua 12 *centièmes de gramme* de silicia (nom dégénéré du *trigonella fœnum græcum*, plante inerte et mucilagineuse), à prendre 2 *centièmes* par jour.

C'est là une énigme dont nous trouverons peut-être la solution dans Lafontaine. Veuillez chercher livre II, fable v :

Une chauve-souris donna tête baissée
Dans un nid de belette, etc.

rement vide. Le teint jaune, cachectique de la malade, son état de maigreur, me firent supposer que j'avais affaire non à un kyste, mais à quelque tumeur de mauvaise nature. En questionnant la malade, j'appris que depuis fort longtemps elle éprouve une constipation opiniâtre, qu'elle ne va à la garderobe que tous les dix ou douze jours, mais qu'alors surviennent de véritables débâcles, qui cependant ne font pas disparaître la tumeur, puisque dans l'intervalle le passage est complétement intercepté, même pour les gaz intestinaux. J'attribue cette constipation à la compression de la tumeur sur l'intestin; cependant je palpe de rechef la tumeur avec beaucoup d'attention, et en la comprimant fortement il me semble qu'elle change de forme par la pression, et qu'il s'y est produit un enfoncement, une dépression, comme si mes doigts pressaient sur de la terre glaise. Je conseillai un lavement fortement purgatif au séné et au sulfate de soude, et des quantités énormes de matière fécale très dure furent expulsées à plusieurs reprises et après plusieurs lavements, et la tumeur disparut complétement.

Dans les cas de tumeurs stercorales, il y a, comme dans les kystes de l'ovaire, qui refoulent les intestins, développement uniforme du ventre, tension et ballonnement; la sonorité est très évidente dans le côté opposé à la tumeur, et la percussion seule ne serait pas d'un grand secours pour le diagnostic; mais, dans les rétentions de matières fécales, il existe des signes spéciaux qui rarement font défaut. C'est d'abord une entérite plus ou moins violente, qu'occasionne la rétention prolongée des fèces, c'est le météorisme douloureux des intestins grêles, c'est la constipation opiniâtre, c'est l'interception des gaz intestinaux, souvent des envies de vomir, quelquefois des vomissements, la perte de l'appétit, etc. Enfin le toucher par le vagin et par le rectum fera souvent reconnaître la présence des matières fécales indurées et arrêtées au-dessus de l'ampoule rectale. Enfin un signe caractéristique, suivant M. Boys de Loury, est un sentiment douloureux qui paraît décrire toute l'étendue du gros intestin, et qui se manifeste principalement en opérant une pression sur la région du cæcum, qui est presque toujours le siége de la rétention des matières fécales. Un dernier signe, auquel j'attache beaucoup d'importance, et sur lequel j'insiste d'une manière toute particulière, et qui n'est mentionnée nulle part, c'est la dépression qu'on peut imprimer à ce genre de tumeurs stercorales, au changement de forme que leur fait subir une pression énergique, on éprouve la même sensation que lorsqu'on veut enfoncer les doigts dans du suif fondu ou de la terre glaise.

Les tumeurs dures de l'abdomen, comme les tumeurs fibreuses, squirrheuses, sont aussi très intéressantes à étudier, au point de vue du diagnostic, et sont aussi quelquefois confondues avec les kystes de l'ovaire. Ces tumeurs fibreuses varient de volume et de poids; elles peuvent acquérir des proportions énormes et peser jusqu'à quarante livres et plus. A leur début, le diagnostic de ces tumeurs est extrêmement difficile, et ne devient possible que lorsque déjà elles ont pris un certain développement. Les tumeurs de l'abdomen, avec lesquelles on pourrait alors les confondre le plus facilement, ce sont les kystes multiloculaires; cependant elles offrent des signes qui, selon moi, doivent empêcher de les méconnaître. D'abord, ces tumeurs se développent, en général, avec une grande lenteur, restent souvent stationnaires, arrivées à un certain point de grosseur, et ne produisent aucun dérangement sur la santé, lors même qu'elles ont acquis un volume assez considérable. Les malades n'éprouvent d'autre mal que la gêne occasionnée par le poids et le volume de ces tumeurs. Un signe qui n'est pas sans importance pour aider au diagnostic, et dont il faut tenir compte, c'est qu'elles occasionnent souvent des dérangements dans les règles, et donnent lieu à des pertes de sang considérables, ce qui s'observe rarement dans les kystes de l'ovaire, qu'ils soient uniloculaires ou multiloculaires. Si ces tumeurs occasionnent des douleurs, des élancements, de la fièvre, de l'amaigrissement, si la peau devient jaune, sèche, si, en un mot, les malades offrent tous les signes de la cachexie cancéreuse, on doit craindre une transformation de mauvaise nature, et diagnostiquer une tumeur squirrheuse. Une des complications les plus ordinaires, dans ces cas, qui sont au-dessus des ressources de l'art, c'est l'ascite. Mais ce qui en impose surtout, pour le diagnostic de ces tumeurs, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, c'est qu'elles sont douées d'une certaine force d'élasticité qui les rend susceptibles de revenir sur elles-mêmes lorsqu'on les presse brusquement ou qu'on les saisit entre les deux mains. Si alors on essaye de leur imprimer alternativement, et en sens opposé, un mouvement de pression, dans le but de chercher la fluctuation, on sent un défaut de résistance, semblable à celui que ferait éprouver un gros ballon en caoutchouc ayant des parois épaisses. La sensation qu'on éprouve dans ce cas est souvent prise pour de la fluctuation, et on se figure alors qu'il existe une poche à parois épaisses, renfermant un liquide plus ou moins épais, alors on diagnostique un kyste de l'ovaire, et, comme cette sensation d'élasticité peut se rencontrer dans tous les points de la tumeur explorée, on va quelquefois jusqu'à dire que ce kyste est uniloculaire. Une remarque qu'il ne faut jamais perdre de vue, si l'on veut éviter cette erreur de diagnostic, et se mettre en garde contre cette élasticité trompeuse des tumeurs fibreuses ou squirrheuses, c'est que jamais la percussion, *pratiquée légèrement* et d'après le procédé que nous avons indiqué, ne laisse percevoir la moindre fluctuation, et l'absence complète de la fluctuation dans un point quelconque de ces tumeurs, est déjà une grande présomption, pour penser qu'il n'existe aucun liquide dans la tumeur, et qu'elle est formée de tissu dur et compacte. Si d'ailleurs l'erreur de diagnostic avait été commise, et qu'on se fût décidé à l'opération, la pénétration du trocart dans l'épaisseur de la tumeur fait éprouver à la main qui pousse l'instrument une sensation particulière qui vient promptement éclairer le diagnostic. Un habile chirurgien des hôpitaux nous a dit avoir commis deux fois une pareille erreur.

Vous savez le reste, et vous connaissez la morale de cet apologue :

> Le sage dit selon les gens :
> Vive le roi! vive la ligue!

Cette histoire me rappelle un autre trait, non moins piquant, d'un homœopathe encore (je présume que ce n'est pas le héros du récit précédent). — Docteur, disait un pauvre malade au susdit confrère, voilà bien longtemps que je souffre! j'ai déjà vu bien des médecins, et aucun n'a pu me guérir. Je vous serai très obligé si vous parvenez seulement à me soulager. — Monsieur, répartit le docteur, est-ce par l'homœopathie ou par l'allopathie que vous désirez être traité? — Le malade, qui était un peu courroucé contre l'allopathie, inclina pour la méthode homœopathique. Puis, en homme de précaution, il demanda au docteur quel serait le taux de ses visites. — 20 francs, répondit le docteur. — 20 francs! s'écria le client stupéfait, mais vos confrères se sont toujours contentés de moitié. — Soit, reprit le docteur; donnez-moi 10 francs comme aux autres; mais alors je ferai comme eux, je vous traiterai allopathiquement. — C'est ainsi que ce bon docteur réglait ses honoraires en raison inverse des doses de ses médicaments.

« Est-ce à votre cocher, monsieur, ou bien à votre cuisinier, que vous voulez parler? car je suis l'un et l'autre. » Il y a des Maître-Jacques de plus d'une espèce.

— Il est dangereux de jouer avec le cœur, a dit je ne sais quel moraliste célèbre. Voici un fait qui vient à l'appui de cette sage maxime : — Le fameux colonel Thownsend, disent *I Annali universali*, cité par Gooch comme pouvant suspendre à volonté les mouvements de son cœur, a fait, il y a peu de temps, sa dernière expérience. Devant plusieurs médecins de New-York, il avait prolongé cette suspension volontaire pendant une demi-heure. Déjà les spectateurs croyaient que l'expérience avait été poussée trop loin, et ils le tenaient pour mort, lorsque Thownsend revint subitement à la vie, et la circulation ainsi que la respiration reprirent leur cours naturel. — Mais, six heures après, le malheureux tomba

Il serait facile de multiplier les exemples des erreurs de diagnostic auxquelles ces tumeurs fibreuses ont donné naissance. Je vais seulement en citer un exemple.

Un jour, il y a de cela sept ou huit ans, je fus mandé par un médecin de mes amis pour opérer dans son service, à l'hôpital Necker, une malade qu'il croyait avoir un kyste ovarique uniloculaire. Cette femme était dans l'hôpital depuis plus de trois semaines, et avait été examinée et réexaminée par un grand nombre de personnes, et toujours la maladie avait été considérée comme un kyste de l'ovaire. Cette malade pouvait avoir de trente à trente-cinq ans; elle jouissait d'une bonne santé, et n'éprouvait d'autre gêne que celle que lui causait le volume de son ventre, qui était celui d'une grossesse à terme. Les règles étaient régulières, et toutes les autres fonctions normales. A mon arrivée, je trouvai tout préparé pour l'opération, mais avant de la faire je commençai par examiner le ventre de la malade, qui, selon moi, n'avait pas un kyste de l'ovaire, mais bien une énorme tumeur fibreuse. J'avoue qu'au premier abord, et en n'y regardant pas avec soin, on pouvait parfaitement bien faire une erreur de diagnostic, car cette tumeur fibreuse présentait à la palpation une élasticité si remarquable qu'il était difficile de se défendre de l'idée de la fluctuation qu'on croyait sentir. Mais cette fluctuation n'existait réellement pas, et la percussion, pratiquée légèrement, n'en donnait pas la moindre sensation. Toujours est-il que, grâce à ces phénomènes d'élasticité si sensibles, mon diagnostic fut contredit par toute l'assistance, dans laquelle se trouvaient plusieurs chefs de service très instruits, MM. Natalis Guillot, Monneret, Lenoir, etc. Sur l'insistance de mes savants confrères, qui, après un nouvel examen, restèrent convaincus qu'il existait de la fluctuation, et par conséquent un kyste de l'ovaire, je fis une ponction avec un gros trocart, celui dont je me sers pour la ponction des kystes ovariques. Rien ne sortit par la canule, au grand étonnement des assistants. Cette première ponction ne fut pas suffisante pour enlever les doutes de mes confrères, et une seconde fut pratiquée dans un autre point, où la fluctuation leur paraissait tellement évidente qu'il devait s'écouler du liquide; il ne sortit rien encore; enfin une troisième ponction fut faite du côté opposé, et resta sans résultat comme les deux premières. Je dirai en passant que ces ponctions dans les tumeurs fibreuses n'ont jamais de suites fâcheuses, et que chez cette malade il n'est survenu aucun accident.

J'ai eu l'occasion de faire la même remarque dans plusieurs autres cas, où une tumeur fibreuse avait été prise pour un kyste de l'ovaire, entre autres chez deux malades, l'une de M. le docteur Costilhes, l'autre de M. le docteur Trèves.

Quelquefois on rencontre des complications accidentelles qu'il n'est pas toujours facile de soumettre à des règles générales, mais qu'une investigation attentive peut cependant faire reconnaître, comme, par exemple, la grossesse qui survient chez une femme déjà affectée de tumeur ovarique, et les deux états se masquent réciproquement. D'autres fois l'ascite coïncidera avec l'hydropisie de l'ovaire ou avec des tumeurs fibreuses, squirrheuses, etc. Dans l'observation suivante, il s'agit d'un kyste compliqué d'une grossesse. Une jeune femme de vingt-six ans, jouissant habituellement d'une bonne santé et ayant eu deux enfants, se crut enceinte une troisième fois en voyant son ventre se développer; mais le terme de l'accouchement étant passé, on reconnut une hydropisie de l'ovaire droit, qui, dans l'espace d'une année, l'obligea à subir quatre ponctions. Au moment de la quatrième ponction, cette dame, qui ne s'en doutait pas, était enceinte de deux mois.

Le ventre ayant pris de nouveau un développement considérable, cette malade vint s'adresser à moi pour être traitée par les injections iodées. Elle était alors enceinte de sept mois environ, et ne croyait avoir qu'une hydropisie. Cependant elle avait remarqué, cette fois, que son ventre s'était développé plus lentement, qu'il était plus uniforme, que ses règles, qui avaient toujours été régulières, avaient cessé de paraître depuis plusieurs mois; enfin, que ses seins étaient devenus plus gros, plus sensibles, et qu'elle avait éprouvé des dégoûts, des malaises, et un affaiblissement qu'elle n'avait jamais ressentis à chaque retour de son hydropisie, et si ce n'était la sensation d'un flot de liquide qu'elle éprouve dans le ventre, elle se croirait enceinte.

L'absence des règles, le développement plus considérable des seins, leur sensibilité, les malaises et les dégoûts que la malade avait éprouvés, étaient des circonstances dont il fallait tenir compte et qui devaient appeler l'attention du côté de l'utérus. En percutant le ventre, je constatai de la matité dans toute son étendue, excepté au-dessus de la région ombilicale, qui était sonore comme dans l'ascite. La fluctuation était partielle et n'était perçue que dans le flanc droit, à la partie inférieure duquel on trouvait un peu de sonorité. La percussion indiquait donc qu'il y avait chez cette malade une tumeur fluctuante à droite et une tumeur solide à gauche, c'est-à-dire qu'il y avait un kyste à droite et une autre tumeur à gauche ne renfermant pas de liquide. Mais de quelle nature pouvait être cette tumeur placée à gauche? Était-elle fibreuse, squirrheuse? Était-ce un kyste renfermant un liquide épais, était-ce une grossesse? L'âge de la malade, les phénomènes qu'elle avait éprouvés du côté des seins, l'absence des règles depuis plusieurs mois, devaient faire réfléchir et engager à chercher si, en effet, il n'y avait pas une complication de grossesse; l'auscultation du ventre apprit bien vite qu'il en était ainsi, aussi bien que les mouvements de l'enfant, qui étaient perceptibles à la main, mouvements que la malade avait attribués au déplacement de l'eau de son hydropisie. Deux mois après cet examen, un enfant fort et vigoureux vint au monde à terme. Traitée plus tard par les injections iodées, cette dame a guéri radicalement.

Cette complication d'une grossesse avec un kyste ovarique n'est pas très fréquente; je n'en ai rencontré que quatre cas: celui que je viens de citer, un autre qui a été vu par MM. Bretonneau et Trousseau, un troisième avec M. Dieharry, et le quatrième chez une cliente de M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu. Dans ces cas,

---

subitement à terre, comme frappé de la foudre, et, cette fois, pour ne plus se relever. »

— Sous ce titre : *le Suffrage universel appliqué aux chaires de médecine*, la Gazette de Lyon rapporte le fait suivant : — Chacun des deux ou trois cents médecins de Glasgow a reçu une lettre, conçue à peu près en ces termes :

« Monsieur, vous trouverez ci-jointe la liste des sept candidats qui se présentent pour la chaire de chirurgie vacante à l'Université de Glasgow. Veuillez marquer d'une croix le nom que vous préféreriez, et nous retourner, avant le 18 courant (et sans signature, s'il vous convient), cette lettre qui, dans tous les cas, demeurera confidentielle. L'ensemble des documents ainsi obtenus nous servira à juger lequel des candidats nous devons présenter pour la nomination. »

La *Gazette de Lyon* approuve ce procédé, qui lui « semble au moins capable de balancer la notoriété qui résulte des épreuves d'un concours, à plus forte raison celle que suppose la nomination due au bon plaisir d'administrateurs quelconques. »

Dr A. Linas.

— M. Holmes Coote a fait savoir à la Société médico-chirurgicale de Londres que la syphilis ne régna en Turquie que depuis l'arrivée des troupes anglaises, et qu'elle est connue dans ces régions sous le nom de *mal anglais*. (*Gazette médicale de Lyon.*).

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait mis au concours la question des « hématocèles rétro-utérines. » Dans sa séance du 9 janvier 1860, elle a accordé une médaille d'or de 150 francs à M. le docteur Puech, médecin à Nîmes, et voté l'impression du mémoire couronné dans son *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*.

les signes de la grossesse et ceux du kyste sont tellement caractérisés, qu'il faudrait de la part du médecin une grande préoccupation, une exploration bien imparfaite ou une grande ignorance, pour commettre une erreur de diagnostic.

Quand l'ascite coïncide avec l'hydropisie de l'ovaire, surtout l'ascite chronique avec épaississement du péritoine, on peut parfois éprouver de l'embarras pour établir le diagnostic. Parmi plusieurs faits de ce genre que j'ai observés, je citerai le suivant :

Une jeune dame portait depuis longtemps une tumeur dans le ventre; les renseignements qu'elle donnait et l'ensemble des symptômes se rapportaient parfaitement à une hydropisie de l'ovaire; elle avait été opérée pour cette maladie par un professeur de la Faculté, assisté d'un confrère. La ponction n'avait vidé qu'incomplétement le ventre, et l'injection iodée, qui avait été pratiquée, avait été excessivement douloureuse et amené des suites qui avaient retenu la malade au lit pendant plusieurs semaines, preuves que l'injection avait été faite dans le péritoine. Appelé à donner des soins à cette malade par le confrère qui déjà avait assisté à la première ponction pratiquée à gauche, je fis les remarques suivantes : le ventre était très volumineux et plus gros qu'à une grossesse à terme. Prévenu de ce qui avait eu lieu lors de l'opération, je n'hésitai pas, en raison des douleurs que la malade avait éprouvées au moment de l'injection iodée, à dire qu'il devait y avoir une ascite, ce qui fut établi par les signes suivants : la malade étant couchée sur le dos, la fluctuation était très évidente dans tout le ventre; on ne percevait aucune sonorité dans les flancs, et cette sonorité était à peine sensible dans l'espace compris entre l'ombilic et le creux épigastrique. Si l'on faisait coucher la malade alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche, le liquide se déplaçait, et la percussion donnait à gauche de la sonorité, tandis qu'à droite il existait une matité très prononcée; il y avait aussi un commencement d'infiltration des membres inférieurs. Ces signes indiquaient donc qu'il y avait d'abord une ascite. La matité qu'on trouvait à droite apprenait qu'il existait dans ce point une tumeur que la percussion faisait reconnaître fluctuante, et, d'ailleurs, les renseignements fournis par la malade, qui affirmait que sa tumeur avait commencé du côté droit, ne pouvaient laisser aucun doute : il y avait donc une ascite consécutive à un kyste de l'ovaire. D'un autre côté, lorsque la malade était couchée sur le dos, en déprimant fortement le ventre pour déplacer le liquide de l'ascite, on sentait très distinctement qu'il y avait une tumeur assez volumineuse située plus profondément dans le côté droit. Je commençai par vider le péritoine de son contenu; puis, le kyste de l'ovaire étant devenu très apparent, je le ponctionnai à son tour et l'injectai de teinture d'iode. Ce kyste étant revenu sur lui-même, l'ascite ne s'est pas reproduite, et la malade a obtenu sa guérison après avoir subi quatre ponctions et quatre injections. Un des cas les plus remarquables que j'aie observés dans ce genre, c'est celui d'une vieille femme de soixante et dix-sept ans ; elle était affectée d'une ascite considérable et de deux kystes inégaux en volume, l'un à droite, l'autre à gauche. Après la ponction et l'injection plusieurs fois répétées de ces kystes, l'ascite a disparu, et cette malade a guéri et a pu prolonger son existence jusqu'à quatre-vingt-cinq ans.

Assez ordinairement, dans les cas de kystes compliqués d'ascite, lorsqu'on palpe avec soin les parois du ventre, la main rencontre une ou plusieurs tumeurs, peu dures, quelquefois molles, dans lesquelles on sent même de la fluctuation. Si, malgré un examen attentif, il arrivait qu'on restât encore dans le doute sur la nature de la maladie, on aurait encore les caractères du liquide après la ponction pour éclairer le diagnostic; et enfin, si le liquide lui-même était insuffisant pour lever tous les doutes, les phénomènes produits par l'injection iodée apprendraient d'une manière certaine si c'est une ascite ou une hydropisie enkystée de l'ovaire. D'autre part, soit que la ponction soit faite au hasard dans un kyste ou dans la cavité péritonéale, le ventre conserve toujours un certain volume qui fait reconnaître l'état des choses. En effet, si le kyste a été ponctionné et vidé, l'ascite reste; si c'est le liquide de celle-ci qui est évacué, le kyste, débarrassé du liquide qui l'entoure, apparaît dans toute son étendue et avec tous ses caractères particuliers; dans l'un comme dans l'autre cas, la ponction est donc quelquefois nécessaire pour assurer le diagnostic.

D'autres fois, l'ascite se rencontre avec des tumeurs fibreuses, surtout avec des tumeurs squirrheuses des ovaires, et, dans ces cas, une méprise est facile à commettre. Ici la palpation et la percussion ont une grande importance, car si la dernière fait reconnaître la présence et le siége du liquide, la première indique, en pressant assez fortement les parois de l'abdomen, qu'il existe derrière le liquide une tumeur dure, élastique. A ces signes vient se joindre souvent un état mauvais de la santé générale et de toutes les fonctions, qui doivent faire craindre une tumeur squirrheuse de l'ovaire. Une erreur semblable m'est arrivée dans un cas où, avec plusieurs de mes confrères, j'ai pris une tumeur cancéreuse de l'ovaire, compliquée d'ascite, pour un kyste multiloculaire.

Il s'agissait d'une femme de quarante-sept ans, maigre, de constitution sèche, de santé habituellement mauvaise, n'ayant plus ses règles, après avoir eu dix enfants. Cette malade était venue me consulter au commencement de 1858 pour une tumeur abdominale dont le début remontait au moins à dix ans, vers l'époque de son dernier accouchement, qui, comme tous les autres, avait été très heureux. La tumeur siégeait dans le côté gauche du ventre, et pendant longtemps n'avait apporté aucun trouble dans toutes les fonctions. Les règles avaient été régulières jusqu'à il y a environ une année ; c'est alors que la tumeur a commencé à prendre un développement plus considérable, et que j'ai été appelé à l'examiner. Sa grosseur était à peu près celle de la tête d'un enfant à terme ; elle paraissait arrondie, dure, insensible à la pression. On n'y sentait aucune fluctuation; l'amaigrissement extrême de la malade et la minceur des parois abdominales rendaient ces signes très évidents. Je diagnostiquai une tumeur de nature probablement fibreuse et conseillai à cette malade de ne rien faire. Trois mois plus tard, elle revint me voir, et je fus étonné du volume de la tumeur, qui avait plus que doublé, et, dans l'espace d'une année, elle acquit un volume si considérable, qu'elle avait envahi tout le ventre et lui avait donné l'aspect régulier d'une grossesse à terme. Malgré ce développement rapide et considérable, cette tumeur était restée toujours insensible à la pression, les veines des parois abdominales étaient devenues variqueuses, et les membres inférieurs n'offraient pas la moindre infiltration. Toutes les fonctions intestinale et vésicale étaient très gênées, l'appétit était nul, et cette femme dépérissait à vue d'œil; elle était très amaigrie et avait un aspect jaunâtre. Il existait de la fluctuation, et la pression donnait la sensation d'une élasticité remarquable, et telle qu'il était difficile de se défendre de l'idée d'une fluctuation profonde et semblable à celle qu'on rencontre dans certains kystes ovariques multiloculaires renfermant un liquide épais. Je diagnostiquai un kyste multiloculaire compliqué d'ascite. Ce qui avait pu en imposer dans ce cas, dont l'autopsie fut faite, et faire croire à un kyste multiloculaire renfermant un liquide, c'est qu'il existait dans le péritoine une certaine quantité de liquide qui, interposé entre cette tumeur et les parois abdominales, donnait lieu à une fluctuation réelle, de telle sorte que cette fluctuation, qui n'était pas générale à cause des nombreuses adhérences qui existaient entre la tumeur et les parois abdominales, jointe à l'élasticité de la tumeur, qu'on ne pouvait palper qu'au travers du liquide péritonéal, pouvaient faire croire à une fluctuation plus profonde. D'autre part, le développement si considérable et si rapide de cette tumeur cancéreuse, qui, dans l'espace d'une année, avait quintuplé de volume, me firent admettre l'existence d'un kyste multiloculaire plutôt que l'existence d'une tumeur fibreuse, ainsi que je l'avais pensé d'abord; mais si j'avais tenu bien compte de l'état général de la malade, de son amaigrissement, de sa faiblesse, du développement variqueux des veines, du trouble de toutes les fonctions, de la marche de la maladie en un mot, j'aurais dû reconnaître une tumeur squirrheuse de l'ovaire gauche.

Est-il possible de savoir si des adhérences existent entre les tumeurs et les parois de l'abdomen dans le cas de tumeurs ou de kystes adhérents? En faisant aller et venir par un mouvement de glissement les parois de l'abdomen sur les parties antérieures et latérales des tumeurs, ou en soulevant ces parois si elles sont relâ-

chés, on peut jusqu'à un certain point constater la mobilité qui existe entre ces différentes parties; mais si des adhérences existent aux parties latérales et postérieures des tumeurs, il est tout à fait impossible de s'en assurer. Cependant si, en essayant de mouvoir la tumeur dans tous les sens, la malade étant couchée sur le dos, les jambes fléchies, on peut y parvenir facilement, ce serait une preuve que le kyste n'aurait pas d'adhérences et qu'il est seulement pédiculé. Un autre signe peut encore être tiré de cette circonstance, c'est que s'il n'existe pas d'adhérences, la tumeur peut s'abaisser de 5 à 6 centimètres, pendant une profonde inspiration. La sensation particulière de crépitation et de frottement que l'on éprouve en palpant les téguments qui recouvrent la tumeur, annonce l'existence probable d'adhérences entre la tumeur et le péritoine pariétal; mais la connaissance de ces adhérences ne deviendrait utile et nécessaire que dans les cas où l'on se proposerait de pratiquer l'ovariotomie.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Renvoyée au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 MARS 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de l'Aveyron, du Morbihan, du Finistère, de la Drôme, de l'Allier et des Basses-Alpes. — *b*. Un certain nombre de rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs *Beaupoil*, *Bocamy*, *Amiot* et *Piedallu*. (*Commission des épidémies*) — *c*. Une note de M. le docteur *Leriche* (de Lyon) sur un nouveau mode de cautérisation des plaies comme moyen préservatif de la rage. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. L'indication d'un nouveau procédé pour conserver le vaccin et pratiquer la vaccination, par M. le docteur *Chauvin* (d'Arbois). (*Commission de vaccine.*) — *e*. Un rapport de M. le docteur *Ourgaud* sur le service médical des eaux d'Ussat (Ariége). — *f*. Un rapport de M. le docteur *Privat* sur le service médical des eaux de la Malou (Hérault) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit un travail de M. le docteur *Alibert*, inspecteur des eaux minérales d'Ax, renfermant quelques considérations à propos de la nouvelle législation des établissements thermaux. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Duchenne* (de Boulogne) adresse le résumé d'un travail intitulé : *Spasme musculaire et paralysie musculaire fonctionnelle*.

La fonction musculaire, fréquemment répétée, peut occasionner temporairement le spasme ou la paralysie d'un ou de plusieurs des muscles qui concourent à cette fonction.

Le spasme fonctionnel est caractérisé tantôt et ordinairement par des contractions continues, tantôt par des tremblements ou des contractions cloniques; il disparaît avec la suspension de la fonction musculaire qui l'a provoqué. Il est quelquefois indolent, mais plus souvent douloureux. Fréquemment il apparaît dans les muscles moteurs de la main. Alors seulement cette forme de spasme fonctionnel pourrait être désignée sous le nom de *crampe des écrivains*, dénomination qui lui a été donnée par les auteurs, parce qu'il est ordinairement continu et douloureux et parce que l'on a vu qu'il attaquait spécialement les écrivains. Mais je l'ai observé chez des pianistes, chez une fleuriste, chez des tailleurs, chez des cordonniers, chez des maîtres d'armes, etc. Bien plus, il peut régner dans beaucoup d'autres régions que la main. Ainsi je l'ai vu siéger dans les rotateurs de l'humérus, dans les rotateurs de la tête, dans les fléchisseurs de la tête pendant la station, dans les muscles de la face, dans les muscles de l'œil pendant la lecture ou la fixité du regard (et produire le strabisme), dans les fléchisseurs du pied sur la jambe (chez un tourneur), enfin dans les expirateurs pendant chaque inspiration.

La paralysie musculaire fonctionnelle ne se montre également que pendant l'exercice de la fonction qui l'a occasionnée. Elle est beaucoup moins commune que le spasme fonctionnel.

Jusqu'à présent la faradisation m'a paru généralement sans action thérapeutique sur le spasme fonctionnel. Elle a échoué complétement dans les quelques cas de paralysie musculaire fonctionnelle que j'ai eu occasion de traiter, tandis qu'elle guérit, en général, la contracture idiopathique.

Le spasme fonctionnel des muscles moteurs de la tête peut guérir sous l'influence d'un exercice gymnastique qui consiste à maintenir aussi longtemps que possible les muscles antagonistes de ceux où siége ce spasme dans un état de contraction continue et volontaire, au moyen d'un appareil à résistance élastique. (*Comm.*: M. Briquet.)

M. *le Secrétaire perpétuel* indique le nombre des mémoires envoyés au concours pour chacun des prix décernés par l'Académie.

Pour le *prix de l'Académie*, 5 mémoires ; pour le *prix Civrieux*, 16 ; pour le *prix Portal*, 1 ; pour le *prix Lefèvre*, 1 ; pour le *prix Capuron* (accouchements), 3 ; pour le *prix Capuron* (eaux minérales), 2 ; pour le *prix Barbier*, 2; pour le *prix Orfila*, 2.

L'un des mémoires envoyés pour le prix de l'Académie (*question du chloroforme*) n'est point accompagné du pli cacheté d'usage, contenant le nom de l'auteur. Il porte pour épigraphe : *Ibam forte via sacra*, etc.; et il est inscrit provisoirement sous le numéro 5. L'auteur est invité à se conformer à la prescription réglementaire et à envoyer son nom sous un pli cacheté en donnant le signalement de son mémoire.

M. *Robert* présente, au nom de M. *Rochard* (de Brest), une *Observation d'anus artificiel, pratiqué avec succès par la méthode de Littre, dans un cas d'imperforation congénitale* (*Comm.* : MM. Laugier, Velpeau et Robert.)

M. *Velpeau*, à l'occasion de ce fait, dit qu'il a vu récemment une jeune fille à laquelle il a établi, il y a une vingtaine d'années, un anus périnéal, et chez laquelle cet orifice artificiel s'est parfaitement maintenu.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose sur le bureau, au nom de M. *Marchand* (de Fécamp), et de M. *Girardin* (de Rouen), une note sur la *Saumure des harengs*.

M. *Gibert*, au nom de M. le docteur d'*Aquinez* de *Fonseca* (de Fernambouc), communique un mémoire intitulé : *Quelques mots sur l'influence salutaire du climat du sertão de Fernambouc dans le traitement de la tuberculisation pulmonaire.* (*Comm.* : MM. Barth, Louis et Rufz.)

Discussion sur la médication iodée.

M. *Ricord*. M. Trousseau avait à prononcer entre les conclusions si opposées des mémoires de MM. Boinet et Rilliet, relatifs à l'emploi médical de l'iode. Il s'est abstenu, et il a mieux aimé faire appel à l'expérience de ses collègues.

Je ne crois pas me tromper en disant que j'ai été un des premiers à expérimenter les préparations iodiques, surtout dans le traitement des maladies vénériennes. Au début, j'ai mis une extrême prudence dans leur administration. J'ai commencé par des doses très faibles, des doses *genevoises*, si je puis ainsi dire. L'iodure de potassium (car c'est uniquement de cet agent que je veux parler ici) m'a paru insuffisant et sans action aux doses où je le donnais alors. L'expérience m'a formellement convaincu que pour en obtenir un effet curatif, il fallait le porter à des doses élevées, à 2 ou 3 grammes en moyenne, et jusqu'à 6 grammes. Un de mes collègues de l'hôpital du Midi l'a administré jusqu'à la dose énorme de 50 grammes, sans déterminer aucun accident.

Chez les sujets soumis à mon observation, loin de produire des

effets nuisibles, j'ai constaté que l'iodure de potassium développait les fonctions digestives, augmentait l'appétit, favorisait les phénomènes de nutrition, et reconstituait l'élément globulaire du sang, toujours altéré par le virus syphilitique : de là une augmentation de l'embonpoint des malades, que je n'ai jamais manqué de constater à l'aide de la balance, au bout d'une quinzaine de jours.

M. Trousseau nous a cité l'exemple d'une malade, tombée dans le marasme et promptement rétablie sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, et en particulier de l'iodure de potassium.

J'ai donné aussi des soins, avec M. Cruveilhier, à une dame du grand monde dont le mauvais état de santé résistait à toutes les médications. Des doses énormes d'iodure de potassium ont opéré un très prompt rétablissement.

L'iodure de potassium est non-seulement un agent curatif très puissant quand il est employé à propos, mais encore un remède prophylactique de premier ordre dans la vérole. C'est ainsi qu'il prévient le développement des accidents tardifs, si l'on a soin de l'administrer pendant un temps convenable, à la suite du traitement hydrargyrique.

Et ce n'est pas seulement sur des Français et sur des Parisiens que j'ai pu constater l'innocuité de l'iodure de potassium et ses merveilleux effets curatifs. Depuis trente ans que je l'administre, je l'ai vu réussir également bien sur des étrangers de toute nation, sur des Suisses et même sur des Genévois.

Est-ce à dire qu'on puisse toujours employer impunément l'iodure de potassium? Est-ce à dire que je ne l'aie vu produire quelquefois les accidents signalés par la plupart des observateurs : des troubles gastriques, du ptyalisme, de la diarrhée, de la polydipsie, du coryza, une ophthalmie œdémato-séreuse, des éruptions cutanées, l'hydrohémie, des infiltrations œdémateuses, des congestions viscérales, l'amblyopie, l'amaurose, la bronchorrhée, l'œdème de la glotte, certains troubles nerveux, des palpitations, des névropathies, etc.? Oui, sans doute, ces accidents sont quelquefois liés à l'administration des préparations iodiques, et je dirai bientôt à quoi ils me paraissent tenir.

Quant à l'atrophie de certains organes glandulaires, des mamelles et des testicules en particulier, je déclare que je ne l'ai jamais observée. Il est possible que d'autres l'aient vue ; mais ma pratique me force à regarder cet accident comme très rare.

Pour le testicule, je me suis assuré à l'aide du compas, chez presque tous mes malades, qu'il ne subissait aucune diminution sous l'influence de la médication iodique. Je vais dire ce qui a pu donner le change et induire en erreur quelques praticiens. Quand on administre l'iodure de potassium à un sujet atteint de sarcocèle syphilitique, si déjà la lésion a atteint et désorganisé les éléments normaux de la glande, on voit, en effet, diminuer puis disparaître presque entièrement la masse testiculaire. Mais dans ce cas, la destruction du testicule n'est point le fait de l'iodure de potassium ; déjà cet organe n'existait plus avant l'administration du remède ; il était remplacé par un tissu hétéromorphe ; et c'est ce tissu que l'iodure de potassium a détruit. Que si, au contraire, l'iodure de potassium est administré au début du sarcocèle, avant que cette affection ait altéré profondément les éléments normaux du testicule, l'agent thérapeutique n'agissant que sur le tissu pathologique, on voit la glande reprendre progressivement son volume primitif.

Je le répète donc avec une entière conviction, l'iodure de potassium n'exerce aucune influence atrophique sur le tissu normal du testicule, ni aucune action funeste sur sa fonction.

En somme, les accidents attribués aux préparations iodiques sont extrêmement rares et faciles, d'ailleurs, à arrêter. Je ne saurais trop m'élever contre la fâcheuse tendance à faire craindre comme un poison ce précieux médicament. Et je n'ai jamais vu surgir devant mes yeux le spectre de l'iodisme, dont M. Rilliet nous a tracé un si effroyable tableau.

Les accidents que j'ai énumérés plus haut ne s'observent que sur des sujets mal disposés et antipathiques, pour ainsi dire, à la médication iodée. Il en est de l'iode comme de tous les remèdes ; il a des indications précises, que le médecin doit savoir saisir avec discernement. Il est des idiosyncrasies qui ne peuvent point tolérer l'administration de l'iodure de potassium. Cet agent sera mal supporté aussi par les individus atteints de troubles gastriques ou intestinaux, d'une disposition scorbutique, ou sujets aux congestions sanguines ou séreuses.

En donnant l'iodure de potassium comme il convient, dans les maladies qui en commandent l'emploi et aux personnes qui le supportent aisément, il est incapable de nuire ; et s'il détermine quelques accidents, ils sont légers et de courte durée, son séjour dans l'économie étant tout à fait passager; car c'est un des médicaments dont l'élimination est la plus prompte.

Quelles sont les causes des accidents formidables observés et signalés par M. Rilliet? Est-ce parce que l'iode est plus rare dans l'air de Genève que dans l'air de Paris? Mon observation personnelle me porte à croire que cette explication n'a rien de fondé. Ces accidents sont-ils dus à la présence d'un goître chez les sujets observés par notre confrère de Genève? Ici encore mes observations ne concordent point avec celles de M. Rilliet. Chez les goîtreux que j'ai soignés, j'ai pu constater que tantôt les préparations iodées restaient inefficaces, tantôt produisaient de bons résultats ; jamais aucun accident. Enfin je me suis demandé si les signes de l'iodisme étaient véritablement pathognomoniques! La boulimie et l'amaigrissement ne sont point des phénomènes particuliers à l'intoxication iodique, que je sache.

Que conclure de tout cela? Si ce n'est peut-être que la constitution de l'air et la composition de l'eau de Genève s'opposent aux bons effets des préparations iodées que nous observons journellement à Paris.

M. *Bouchardat*. J'espère qu'il va ressortir de la discussion à laquelle je vais me livrer que les faits observés par M. Rilliet ne sont nullement comparables à ceux que M. Boinet a relatés, et conséquemment que les assertions de ces deux auteurs ne se détruisent pas réciproquement, comme l'a prétendu M. Gibert.

Je m'occuperai successivement : 1° de l'action de l'iode libre, de l'iode donné à haute dose, ou de l'empoisonnement iodique aigu ; 2° de l'action de l'iode dissimulé par des combinaisons chimiques ; 3° de l'action physiologique de l'iode administré à dose thérapeutique ; 4° de la question fondamentale de l'iodisme constitutionnel.

1° On a beaucoup exagéré les dangers de l'administration de l'iode libre ; il résulte, en effet, des expériences d'Orfila et de Magendie que cette substance, prise même à des doses assez élevées, n'a produit que des accidents légers et de courte durée. De faits d'empoisonnement, il n'en existe aucun d'authentique dans la science!

2° C'est à tort qu'on a admis que l'iodure de potassium devait aussi être regardé comme un poison, mais beaucoup moins actif que l'iode libre. Nous avons, Stuart Cooper et moi, exécuté de très nombreuses expériences dont les détails sont consignés dans mon *Annuaire de thérapeutique* de 1847, qui établissent que l'iodure de potassium, administré à haute dose, n'agit nullement comme composé iodique, mais comme composé de potassium, et qu'il est beaucoup moins actif que le chlorure de potassium. Magendie est arrivé à des résultats identiques.

3° Administrés à doses thérapeutiques, les iodiques produisent des effets locaux assez bien connus aujourd'hui, grâce aux travaux de MM. Ricord, Cullerier, Boinet, etc. Il n'en est pas de même de l'action générale de l'iode sur le système adipeux et sur les glandes. Ici les avis sont partagés. Suivant les uns, l'iodure de potassium augmente l'embonpoint ; selon d'autres, il exerce une action atrophique sur les glandes et sur la graisse. Ces résultats, en apparence contradictoires, peuvent s'expliquer avec M. le docteur Jauh par les diverses conditions dans lesquelles on administre les préparations iodées. Ainsi, chez les sujets atteints de syphilis tertiaire, l'iode agit comme médication bienfaisante, d'où le rétablissement de la nutrition et le retour de l'embonpoint ; tandis qu'il demeure sans effet ou bien qu'il fait sentir son influence atrophique quand on le donne sans indications formelles. Dans ce cas, l'action des iodiques est toute variable et capricieuse, suivant les individus. Cependant il faut reconnaître que les accidents déterminés par

les préparations d'iode, données journellement à très faibles doses, sont infiniment rares à Paris. Quoi qu'il en soit, il importe d'en surveiller les effets et d'en suspendre de temps en temps l'administration.

4° J'arrive à l'iodisme constitutionnel. Sur ce sujet, M. Trousseau n'ose point se prononcer. Pour ma part, en présence des faits recueillis par Coindet et Prévost, par MM. Lebert et Rilliet, je ne conserve aucun doute sur la réalité de l'affection qu'ils ont décrite.

Les choses se passent autrement à Genève qu'à Paris. Je ne saurais admettre, avec M. Rilliet, que cela tienne à la diminution de l'iode dans l'air de Genève. Ce qui est fondamental, c'est que l'iodisme constitutionnel s'observe toujours chez les individus affectés de goître endémique. Certains phénomènes de l'iodisme ont bien pu être observés à Paris, chez des sujets non goîtreux, mais était-ce là l'iodisme décrit par nos confrères de Genève? Si dans les localités à goître endémique, les accidents de l'iodisme se sont déclarés sans qu'il y ait de goître apparent, il faut examiner les choses de près avant de se prononcer, le développement de la thyroïde pouvant être limité et à peine sensible.

En résumé, dans ma pensée, l'iodisme constitutionnel ne s'observe que dans les contrées où règne le goître endémique; les contradictions apparentes tombent par ce seul fait.

— La séance est levée à cinq heures.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales, et sur les moyens d'en prévenir le développement, par M. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine au port de Brest. (Chez J.-B. Baillière.)

Si les différences de climats ne créent pas nécessairement autant de nosologies particulières, entièrement distinctes de nature et de nom, elles impriment du moins aux endémies, qui sont l'expression pathologique des localités, un cachet incontestable de spécialité. De tous temps on a eu soin de ne pas confondre les fièvres, la dysenterie, l'hépatite des régions équatoriales, avec les maladies analogues observées en Europe. Et pourtant, d'une manière abstraite et à part les influences de climats, quelle différence pourrait-on faire souvent, sous le rapport des symptômes, entre une fièvre pernicieuse cholérique ou apoplectique et une attaque de choléra ou d'apoplexie? N'avons-nous pas vu tout récemment assimiler l'ictère grave, hémorrhagique, à la fièvre jaune? Pourquoi cette analogie symptomatique ne suffit-elle pas pour constituer l'identité pathologique, surtout à cause d'une différence dans l'étiologie, les maladies endémiques des climats torrides ne trouvant que dans l'air et le sol de ces climats l'élément qui constitue leur endémicité?

La moins fréquente, la moins grave, et aussi la moins remarquée, jusqu'à ces dernières années, des endémies qui ont été signalées comme propres aux climats torrides, est une espèce de colique assimilée par les auteurs du siècle dernier à la colique dite végétale ou colique de Poitou, et par ceux qui l'ont observée plus récemment, à la colique de plomb. Tout au plus en avait-on signalé des cas isolés sur quelques navires, lorsque, il y a une quinzaine d'années, les médecins de la flotte qui, la plupart, ne connaissaient la maladie que par tradition et d'après le mémoire de Segond, se trouvèrent aux prises avec des épidémies de coliques, dont quelques-unes se montrèrent très meurtrières. Frappés de la ressemblance des symptômes avec ceux des maladies de plomb, ils se mirent à la recherche de la cause saturnine, dont les éléments existent en abondance à bord, surtout depuis l'application de la vapeur à la navigation et depuis quelques installations nouvelles, destinées à améliorer l'hygiène du marin, en ce qui concerne particulièrement son alimentation. Des accidents isolés furent attribués à cette origine; mais nulle part l'enquête et l'analyse chimique ne donnèrent l'explication des épidémies, qu'on trouva naturel de rapporter aux influences de climat qui entretenaient l'endémicité de la maladie à terre.

A la lecture de toutes ces relations de campagne, il y avait lieu de douter cependant que les choses se passassent toujours ainsi, et il appartenait à M. Lefèvre, placé à la tête du service de santé d'un grand port où viennent aboutir presque toutes les campagnes lointaines, et ayant à sa disposition tous les éléments d'une appréciation exacte, de signaler les erreurs ou les exagérations auxquelles avaient pu se laisser aller beaucoup de jeunes médecins. Bien que la question d'étiologie dont traite son livre n'ait pas le même intérêt pour tous les médecins, et qu'elle eût pu se résumer, pour les chirurgiens de la marine, dans une instruction officielle, la valeur scientifique qu'il lui a donnée par sa publication mérite d'être examinée.

Le chapitre premier porte le titre : *Historique, appréciation des travaux antérieurs.*

Depuis que les épidémies de colique se sont multipliées à bord des navires, bon nombre de chirurgiens de la marine en ont fait le sujet de leur thèse pour le doctorat ou de mémoires particuliers, et l'auteur constate que tous ces écrits sont unanimes à reconnaître l'analogie symptomatique de la colique sèche et de la colique de plomb, unanimes aussi à repousser leur identité d'origine. M. Raoul, dit-il, est le seul qui ait protesté. Pas pendant sa navigation, toutefois, ses rapports de campagne et son guide hygiénique et médical à la côte d'Afrique ne contiennent rien d'affirmatif sur ce sujet; mais à l'occasion des leçons qu'il fit plus tard, comme professeur au port de Brest, sur l'empoisonnement par le plomb. Cette circonstance n'est pas indifférente à signaler, après les hésitations que l'observation directe des faits lui avait fait éprouver, comme à la plupart de ses confrères. Évidemment, tous ces écrits, auxquels on ne peut reprocher que trop de confiance dans les opinions reçues, n'étaient pas préparés pour une attaque aussi sévère et aussi vigoureuse que celle du livre de M. Lefèvre. C'est une revanche à prendre de la part de leurs auteurs, et elle leur sera facile s'ils sont dans le vrai, car ils auront pour eux l'observation plus complète de nouveaux faits, bien supérieure à toutes les vues théoriques.

L'étude attentive des symptômes à laquelle se livre l'auteur dans ce chapitre serait sans doute une excellente base de diagnostic différentiel; malheureusement ceux de la colique de plomb n'ont pas la valeur pathognomonique qu'il leur accorde. Ainsi, le liséré bleuâtre des gencives, si l'on s'en rapporte aux observations de M. Tanquerel-Desplanches, est un signe d'intoxication saturnine plus que d'une maladie de plomb particulière; et le silence de tous les observateurs de la colique sèche sur la préexistence des signes de cette intoxication est en rapport avec l'absence complète du liseré signalé par beaucoup d'entre eux. Sa couleur, variable d'ailleurs, peut se rencontrer dans beaucoup de maladies chroniques des pays chauds comme des pays tempérés, on ne peut pas le nier, et, à la rigueur, l'analyse chimique serait le seul *criterium* de sa nature, puisqu'il est bien reconnu que c'est un composé plombique formé directement par la rencontre du plomb et des gaz de l'estomac, à leur passage à travers la bouche, et non un produit de sécrétion morbide. M. Tanquerel-Desplanches, avec de l'eau oxygénée promenée à l'aide d'un pinceau sur des gencives dont la teinte était douteuse, dit avoir déterminé une traînée blanche de sulfate de plomb; et nous lisons dans la thèse de M. Lecoq, que, de son côté, M. Raoul essaya vainement d'obtenir un résultat analogue dans les cas de colique sèche qui lui arrivaient à Brest des pays chauds et qu'il croyait être des coliques de plomb; c'est un moyen à essayer de nouveau.

La paralysie des extenseurs n'appartient pas en propre aux maladies de plomb; elle se rencontre, ainsi que l'atrophie des membres, dans d'autres maladies aiguës ou chroniques, et n'est pas rare à la suite de la dysenterie, qui a des affinités endémiques avec

la colique sèche. La paralysie consécutive est depuis quelque temps l'objet d'une attention particulière qui peut en changer beaucoup la signification symptomatique. L'absence de contractilité musculaire par la faradisation n'est pas, d'ailleurs, un signe pathognomonique de la paralysie saturnine; elle se constate dans d'autres paralysies *sine materia*, quand il y a en même temps atrophie prononcée des muscles. Des idées trop arrêtées sur la valeur de ce symptôme peuvent même donner lieu à une erreur de diagnostic dans les cas qui paraissent les plus probants. Nous avons vu dernièrement, sur un peintre placé dans les salles de M. Gubler et entré pour une maladie de plomb, un cas de paralysie du membre supérieur droit, qui aurait pu en imposer à un observateur superficiel. L'index tombant au-dessous du médius et de l'annulaire, ce qui est le contraire dans la paralysie saturnine, l'habile médecin de Beaujon fut amené à constater que cette paralysie était survenue par suite de la chute d'une planche sur l'épaule et ne devait pas être mise au compte du plomb, bien qu'existant chez un saturnin. N'a-t-on pas longtemps attribué au plomb les accidents nerveux déterminés par la peinture fraîche?

Quant à la preuve de l'identité de nature tirée de la similitude des moyens de traitement, l'aphorisme pourrait bien mentir ici, comme dans beaucoup d'autres cas.

Les témoignages puisés dans les auteurs anciens pour démontrer combien étaient peu fondées les prétentions d'inventeur qu'affichait Segond, n'ont pas manqué à M. Lefèvre. Mais ces témoignages peuvent bien aussi exprimer autre chose : la notoriété traditionnelle de l'existence de la colique, comme maladie endémique, à une époque et dans des lieux où les causes de plomb ne pouvaient raisonnablement pas être soupçonnées ; en 1685, à Madagascar, par exemple, où les voyageurs Flacourt et Dellon en eurent connaissance ; un siècle plus tard, à la côte de Guinée, où Lind signalait le mal de ventre sec et un certain ver comme les maladies les moins redoutables de ce climat (*Maladies des Européens*, section II, p. 70). Il est vrai que pour l'auteur ces constatations ne prouvent qu'une chose: c'est que de tout temps la colique sèche a été assimilée aux diverses espèces de coliques végétales, et que celles-ci n'étaient elles-mêmes que la colique de plomb.

Disons de suite que le silence des auteurs anglais modernes ne nous semble rien prouver contre l'existence de la colique sèche. M. Colas ne l'a pas plus rencontrée à Pondichéry que M. Morchead à Bombay; mais plusieurs chirurgiens de notre marine qui ont été en rapport avec leurs confrères de la marine anglaise dans des stations lointaines, ont trouvé ceux-ci aux prises avec la même maladie. Les installations des navires anglais sont les mêmes que les nôtres; donnent-elles naissance à des coliques de plomb? Nous n'avons, d'ailleurs, ni la même classification, ni les mêmes doctrines d'étiologie endémique que les Anglais touchant les maladies des pays chauds. Il est souvent parlé du béribéri dans leurs écrits; ne le confondraient-ils pas avec la colique sèche, comme nous l'avons fait pendant longtemps? Ne désignent-ils pas non plus sous le nom de paralysie, d'épilepsie, des accidents dépendants de la colique, comme ils désignent sous les noms de fièvres ardente, congestive, continue, des fièvres qui sont pour nous des pernicieuses paludéennes? Ils donnent bien le nom de rémittente bilieuse à la fièvre jaune de la côte d'Afrique. N'est-ce pas enfin du mal de ventre sec de Lind qu'est sortie la colique sèche?

Dans le deuxième chapitre sont appréciés *les quantités*, *les diverses formes et le mode d'action de la cause plombique à bord des navires.*

Il entre 13,226 kilogrammes de plomb dans la construction d'un vaisseau à vapeur de 90 canons. Il est vrai que c'est presque toujours le plomb métal qu'on trouve sur les surfaces intérieure et extérieure des murailles, ou dans les conduits qui servent à l'air et quelquefois à l'eau; mais ses oxydes et ses sels servent aussi à plusieurs usages ou sont tenus en réserve comme approvisionnement. Ajoutez à cela l'exiguïté de l'espace, le défaut d'aération, l'atmosphère chaude et humide où s'agite et se presse un équipage nombreux, dégageant des masses d'acide carbonique, et vous aurez les conditions au milieu desquelles se développe la colique sèche, qui a tant d'analogie avec la colique saturnine.

Toutes ces conditions existaient bien autrefois (on pourrait même dire que quelques-unes étaient beaucoup plus redoutables) ; mais les accidents n'ont pris de l'intensité que depuis l'application de la vapeur à la navigation, et surtout depuis l'usage des charniers et des cuisines distillatoires; les étamages, les vases en étain, le zincage des pièces à eau, sont également accusés par l'auteur.

Cette exhibition est faite avec un peu de complaisance, et plutôt par l'hygiéniste qui signale les moindres causes de dangers, que par le pathologiste qui élucide un point de doctrine. Il est certain que ce n'est pas la quantité absolue du plomb, mais bien la forme sous laquelle il est susceptible d'être absorbé, qui doit être prise en considération dans l'explication des accidents produits; que sous ce rapport le métal qui sert de revêtement à plusieurs parties du navire, et qui tient la plus grande place dans l'inventaire des causes toxiques dressé par M. Lefèvre, doit être innocenté; qu'après les expériences de MM. Chevreul et Mialhe, et les observations de M. Marchal (de Calvi), il n'est plus permis d'attribuer aux composés plombiques les accidents aigus produits par la peinture fraîche, bien que l'erreur ait duré pendant des siècles. Le mastic au minium employé pour les réparations des machines à vapeur, est très susceptible, au contraire, de donner lieu à des accidents de plomb ; mais il a été accusé dans plusieurs cas où ces accidents se sont montrés.

En ce qui concerne les cuisines distillatoires et les charniers, il s'élève plus d'une accusation sérieuse, sinon des preuves bien évidentes, sur le rôle qu'une installation vicieuse a pu leur faire jouer dans quelques empoisonnements d'apparence épidémique. Toutefois, ces accusations perdent beaucoup de leur valeur en présence des faits négatifs qui ont été constatés tout récemment. Pendant les années 1854 et 1855, la France a eu dans la mer Noire une nombreuse escadre de guerre composée en grande partie de bâtiments à vapeur, dont les installations ne différaient en rien de ce qu'elles sont dans les stations coloniales ; beaucoup d'entre eux avaient des charniers garnis de siphons en plomb, ainsi que M. Lefèvre s'en est assuré lui-même pour ceux qui ont désarmé au port de Brest. La chaleur des deux étés a été excessive, l'encombrement du personnel et du matériel plus grand par moments qu'il ne l'a peut-être jamais été ; bien plus, le croirait-on, l'acidulage colonial, pour les charniers, a été prescrit réglementairement et exécuté scrupuleusement ; il a été remplacé par le vin à bord des navires qui avaient le scorbut. Qu'est-il arrivé? Des épidémies de dysenterie, de typhus, de scorbut, ont fait des ravages à bord comme à terre; mais les endémies graves des régions équatoriales n'ont pas été observées; les rapports officiels n'ont mentionné que quelques récidives de colique des pays chauds, et *pas un cas de colique de plomb*. Transportez une escadre dans ces conditions sur les côtes du Sénégal ou de la Guyane, en sera-t-il de même? Il n'est sûrement pas un seul chirurgien de la marine, éclairé par l'expérience de ces dernières années, qui osât répondre par l'affirmative.

Le chapitre troisième est l'*appréciation des faits relatifs au développement de la colique sèche observée sur tous les points du globe, soit à terre soit à bord.*

Les étapes de cette revue géographique sont les diverses possessions coloniales où la France entretient des stations plus ou moins nombreuses; et les mers ou les ports étrangers des régions équatoriales qui sont habituellement visités par nos navires de guerre. Les faits qui y sont étudiés sont de deux ordres : ceux qui concernent la colique observée à terre et se rapportent à son caractère endémique, ceux qui l'envisagent à bord des navires et avec le caractère épidémique.

M. Lefèvre n'a pas procédé pour la terre comme pour les navires, c'est-à-dire par le dépouillement des statistiques et des rapports officiels des hôpitaux de nos colonies. La chose était facile, cependant, et l'unité de forme des documents, rédigés partout sur un même modèle et provenant des conseils de santé, devait donner aux résultats une certaine authenticité. Nous avons fait ce travail pour notre propre instruction, et nous sommes arrivé à nous for-

mer, sur l'endémicité de la colique dans nos colonies insalubres, une conviction dont notre pratique personnelle ne nous avait pas fourni les éléments. Il est vrai que nous nous plaçons souvent à un autre point de vue que M. Lefèvre pour l'interprétation de certains faits. Dans la mention que font les auteurs anciens d'une colique particulière sur tous les points de la zone tropicale, nous voyons un caractère d'endémicité; dans le silence des modernes, depuis le commencement de nos guerres jusqu'à 1830, nous ne voyons qu'un défaut ou une insuffisance de documents. Dans l'absence du nom de la maladie sur certaines statistiques, nous ne voyons, comme pour les fièvres graves et la dysenterie tout aussi défigurées, qu'un effet des vicissitudes de la classification. Au Sénégal, par exemple, la colique ne figurait pas sur les statistiques avant 1830, parce que M. Catel, qui la connaissait fort bien pourtant, la désignait sous le nom de gastro-entérite; après cette époque, elle apparaît sous le nom d'iléus nerveux sur les états de M. Calvé; plus tard encore, sur les relevés de Thévenot, elle prend les noms de colique nerveuse, colique sèche, colique végétale, qu'elle ne quitte plus. M. Thèse, qui vient de succomber à la fièvre jaune et dont l'esprit d'observation était justement apprécié par ses confrères de la marine, personnellement sollicité par M. Lefèvre de rechercher avec soin les causes de la colique à Saint-Louis, termine ainsi son dernier rapport (avril 1859) : « De l'examen de ces faits et de ceux antérieurs, nous croyons qu'au Sénégal on peut incriminer le plomb dans bon nombre de cas; mais qu'il est impossible, dans d'autres, de rien trouver qui puisse faire accuser ce métal de produire la douloureuse névralgie qui nous occupe. »

Il y a donc une colique endémique au Sénégal, et M. Lefèvre, qui se refuse à l'accorder aux idées préconçues, selon lui, des chirurgiens de la marine, en fait presque la concession aux renseignements que lui fournit un armateur de Marseille, lequel dit la voir sévir sur ses agents et sur les équipages de ses navires, à la côte d'Afrique.

A la Guyane, l'existence n'en est pas moins bien établie. Fermin lui a consacré le plus long chapitre de son livre sur les maladies de Surinam, et Campet en a observé des cas à Cayenne. Depuis la reprise de possession de cette dernière colonie, elle n'a pas cessé de figurer sur les statistiques médicales sous le nom de colique bilieuse d'abord, puis de colique bilieuse avec constipation, de colique nerveuse, de colique sèche ou végétale enfin. M. le médecin en chef Chapuis, qui depuis le livre de M. Lefèvre recherche attentivement, comme on le fait à Saint-Louis, les causes d'intoxication saturnine, constate exceptionnellement un cas où existent les signes de la colique de plomb; mais, dans presque tous les autres, voit manquer le liséré et n'accuse que les influences du climat.

La notoriété d'une colique particulière dans les îles Caraïbes semble résulter de la lecture des auteurs anglais du siècle dernier. La colique bilieuse décrite par Poissonnier-Desperrières et par PouppéDesportes, nous semble aussi en établir l'existence, malgré les critiques de Gardane, « qui, n'ayant jamais passé les mers, » d'après Dazile, n'est pas une autorité très recommandable. Toutefois les statistiques de nos hôpitaux des Antilles n'en mentionnent que des cas peu nombreux, jusqu'à l'année 1843, et ils ne s'accroissent, à partir de cette époque, qu'en proportion des accidents observés sur les navires de la station, de sorte que là l'endémicité apparaît moins qu'au Sénégal et à la Guyane. Sur la statistique de la Guadeloupe pour 1843, à côté des coliques de plomb de l'*Africaine*, M. Cornuel inscrit pourtant quelques cas de colique végétale. Mais à Madagascar, où Flacourt et Dellon avaient eu connaissance d'une colique propre au climat, elle n'a pas cessé de figurer sur les statistiques médicales, depuis l'occupation de Mayotte, et on l'y distingue de la colique de plomb (1). Dans les climats salubres de la Réunion et de Taïti, les médecins des hôpitaux sont unanimes, au contraire, à reconnaître que la colique sèche n'existe pas à terre; mais celle qu'on observe sur les navires peut fort bien, comme souvent la dysenterie et la fièvre, avoir puisé son origine dans d'autres climats.

Le petit nombre de cas d'une maladie n'est pas d'ailleurs un caractère négatif de son endémicité, comme semble le penser M. Lefèvre; tandis que la limitation géographique, l'existence continue ou les retours périodiques, l'immunité, sinon absolue du moins très marquée, dont jouissent certaines races, en sont des caractères positifs; et pour les climats du Sénégal, de la Guyane et de Madagascar, ces caractères paraissent reposer sur des faits aussi probants par l'ancienneté de leur date que par l'unanimité des médecins qui ont été à même de les observer.

Cette question de l'endémicité, que M. Lefèvre nous paraît avoir tranchée par la négative plutôt que résolue par des preuves suffisantes, peut être considérée comme connexe de celle de l'épidémicité à bord, sur laquelle nous lui demandons la permission de lui faire quelques observations générales, ayant seulement pour but de lui signaler les causes d'erreur qui ont pu le conduire à des conclusions trop absolues.

Il y a deux choses à examiner dans ses appréciations des faits épidémiques : les documents qui leur servent de base, la forme qu'il leur a donnée.

Les documents sont les rapports de campagne, dont l'analyse a été confiée, dans les cinq ports de guerre, à de jeunes chirurgiens de la marine. Nous avons fait ce travail nous-même, il y a quelques années, sur les rapports déposés à la bibliothèque médicale du port de Brest; et si nous avons tiré de leur ensemble quelques enseignements qu'il nous a paru utile de faire connaître (1), nous n'avons pas trouvé cependant, dans la manière dont les faits y sont énoncés, les éléments d'une discussion contradictoire. Si quelques-uns sont faits avec soin, la plupart ne sont écrits que pour satisfaire à une prescription réglementaire, et nous ne craignons pas d'être démenti par leurs auteurs en disant qu'ils ne contiennent pas tout ce qu'en a tiré l'analyse. A cette insuffisance du fond, s'ajoutent des erreurs de chiffres commises par les analystes. Nous en citerons un exemple, parce qu'il se rapporte à un fait qui s'est passé pendant que nous étions médecin en chef à la Martinique : c'est celui de la frégate *la Sybille*, commandant la station des Antilles pendant les années 1851, 52 et 53. Il est dit, dans le livre de M. Lefèvre (p. 112), que sur les neuf navires composant cette station, on ne constata en tout que quarante-neuf cas de coliques appartenant spécialement aux petits navires. Or, nous savions que *la Sybille* avait eu une épidémie nombreuse, dont plusieurs cas furent traités à l'hôpital de Saint-Pierre; ces chiffres ne pouvaient donc pas être exacts. Pour nous en assurer, nous avons consulté le rapport de fin de campagne de *la Sybille*, un des plus complets et des mieux faits de la collection, et nous avons trouvé, sur les états de la frégate seulement, un total de 115 coliques, dont 49 sont désignées sous le nom de coliques sèches, 76 sous celui de coliques diverses; ces dernières appartenant, d'après M. Bouffier, qui les a presque toutes observées, à la même cause que les premières, mais ayant seulement moins de gravité. Les huit autres navires en réunissent 32 cas. Cette erreur de chiffres aurait peu d'importance, si elle ne donnait lieu à une erreur d'appréciation. M. Lefèvre retrouvant plus tard *la Sybille* dans les mers de l'Inde, y signale de nouveau l'absence de la colique, et semble l'attribuer à ce que ce bâtiment n'a pas de cuisine distillatoire; mais il avait un charnier avec embouts en étain. Rien n'a été changé dans son installation, d'après nos informations, ce qui n'empêche pas les différences observées dans son état sanitaire.

Mais si les documents médicaux analysés par M. Lefèvre prêtent beaucoup à l'erreur, la position qu'il a prise dans l'appréciation des faits qui y sont mentionnés, donne à son argumentation une force de logique à laquelle il est difficile d'échapper. Les nombreuses installations qui nécessitent l'emploi du plomb, à bord, et les analogies symptomatiques de la colique de plomb avec la colique sèche, lui fournissent facilement une réponse à toutes les objections. —

(1) Dans les rapports de 1858 de M. Daullé, on trouve mentionnés cinq cas de colique saturnine déclarés à Mayotte, chez des artilleurs, par l'usage d'une boisson citronnée pour laquelle on s'était servi d'une ancienne boîte d'endaubage à soudure en plomb. La gravité de la maladie et la présence d'un véritable liséré gengival ont suffi à M. Daullé pour ne pas confondre cette colique avec la colique sèche habituellement observée dans la localité.

(1) *Maladies maritimes* (*Gazette médicale*, 1850 et 1851).

Vous n'avez pas parlé du liseré des gencives ; vous ne pouvez pas dire qu'il n'existe pas ; vous l'avez vainement cherché ; moi, je l'ai trouvé sur les malades qui sont revenus à Brest. — Vous avez poursuivi par l'analyse chimique la présence du plomb dans les vivres, le vin, l'eau ; mais vos analyses ont dû être incomplètes ou sont insuffisantes, vous aviez des charniers avec siphons en plomb, en étain ou en ferblanc, des caisses distillatoires avec conduits en plomb ou étamages suspects. — Les chauffeurs ont-ils été malades ? On a fait des travaux à la machine ; sont-ce les cambusiers, les cuisiniers, les domestiques ? Ils se sont servis de vases en plomb ou ont été en contact avec le plomb, les personnes mangeant à la table des officiers ; elles ont fait usage de conserves d'Appert. — On oppose encore le grand nombre de faits négatifs à celui des faits positifs, malgré des conditions identiques ; mais que prouvent des faits négatifs ?

Malheureusement, les questions d'étiologie ne se décident pas avec le seul raisonnement. Il ne suffit pas de dire : Il existe, à bord des navires, de nombreuses causes de maladies de plomb, on y observe des accidents qui ont la plus grande analogie avec ces maladies, donc ces accidents sont bien d'origine saturnine. On pourrait répondre : Le plomb ingéré, même en assez grande quantité, ne détermine pas toujours les signes et encore moins les accidents de l'empoisonnement saturnin, ainsi que le prouve l'usage fréquent et souvent prolongé des préparations de plomb en médecine ; les coliques avec paralysie observées souvent à bord, quoique ayant une grande analogie avec la colique de plomb, sont observées aussi à terre, sous le ciel des tropiques, comme dépendance du climat ; donc ces coliques peuvent être aussi bien des maladies du climat que des maladies de plomb.

Dans ce même ordre d'idées, c'est la facilité avec laquelle les maladies endémiques des pays chauds prennent à bord le caractère épidémique qui a fait accuser les constitutions atmosphériques spéciales, alors que les recherches de la cause plombique restaient sans résultat et que la marche de la maladie prenait tous les caractères de l'épidémie. Or, quand on voit deux navires, comme la frégate *la Syrène* et l'aviso *le Gassendi*, dans l'Océanie, en 1849, être envahis à la même époque, vers le milieu d'une troisième année de campagne, par une maladie qui frappe toutes les classes de l'équipage, dure quelques mois et disparaît sans que rien ait été changé à l'hygiène ou aux installations du navire, avant ni après, il est bien permis d'accuser une constitution épidémique spéciale, comme le fit la commission nommée pour rechercher les causes de cette épidémie. Quand, pendant la deuxième année d'une campagne dans les mers du Sud, une épidémie se déclare à bord d'un navire, dure deux mois et demi, cesse au départ pour France et pendant le passage du cap Horn, pour reparaître au passage à travers la zone tropicale de l'océan Atlantique, comme cela est arrivé à la corvette *l'Embuscade*, en 1857 et 1858, il est difficile de ne pas croire à une influence de climat et de latitude, si l'on a cherché vainement une cause saturnine.

Nous signalons ces différents points de vue comme favorables au caractère épidémique de quelques faits ; mais nous reconnaissons pour un grand nombres d'autres qu'il résulte, des appréciations de M. Lefèvre, une somme très grande de probabilité en faveur de l'étiologie saturnine. Nous croyons cependant, pour certains faits déjà loin de nous, qu'il eût mieux valu s'en tenir à des probabilités que d'user de quelques arguments plutôt propres à leur nuire qu'à leur servir de preuve. Ainsi, on ne sait trop à qui croire dans cette mise en opposition des chirurgiens-majors avec leurs seconds chirurgiens, et de ceux-ci avec leurs chirurgiens-majors ; dans ces attestations d'officiers de marine, de maîtres, d'infirmiers, destinés à contrôler les assertions des médecins, et présentées comme authentiques, quoique arrivant dix et quinze ans après coup. On est tenté de leur appliquer ces paroles de M. Tanquerel-Desplanches, si souvent invoqué par M. Lefèvre : « Je me défie de l'exactitude d'un pareil observateur (Conringius), qui *se souvient* seulement d'avoir guéri, il y a dix ans, une maladie dont il n'avait jamais observé d'autres exemples. » Il y a aussi des noms qui sont une garantie d'exactitude pour les faits positifs : de ce que d'autres médecins n'ont pas rencontré la colique sèche dans la Plata, il ne s'ensuit pas que M. le médecin en chef Marroin n'en ait pas observé à l'hôpital de Montévidéo ; et les faits observés à Bordeaux, par M. Gintrac, prouvent plus en faveur d'une colique non saturnine et analogue pourtant à la colique de plomb, que l'absence de faits semblables dans les hôpitaux d'autres ports de commerce qui reçoivent aussi des malades provenant de régions tropicales.

Dans le chapitre quatrième, l'auteur revient sur le chapitre précédent pour faire voir, dit-il, combien sont contestables les causes auxquelles on a exclusivement attribué la colique sèche. Il examine si l'on ne peut pas également expliquer la colique de plomb par les influences diverses de la température ; ce qu'il faut penser du miasme ou de l'abus des boissons alcooliques ; la preuve d'identité qui ressort du succès des mêmes moyens de traitement ; enfin l'influence réelle qu'exercent les préparations de plomb.

La chaleur, dit-il, favorise l'action du plomb. A cela on peut répondre que ce n'est pas la chaleur seule des climats chauds qui est la cause des endémies, mais bien l'action combinée de tous les éléments de la météorologie. Le refroidissement subit est une cause banale ; mais c'est la cause la mieux constatée des névralgies ; et elle intervient si souvent pour l'apparition des cas de colique sèche, qu'on ne peut s'empêcher de voir un lien entre elle et le génie névralgique de la maladie. Les influences de la mer, et surtout de la vie de marin, sur la colique sèche, sont plus manifestes que celles de la terre ; mais celles-ci n'en existent pas moins, puisque la maladie est endémique dans plusieurs localités ; et si le miasme par lequel elles doivent s'exercer est une hypothèse, c'est une hypothèse aussi logique que celle qu'on admet généralement pour d'autres maladies endémiques.

L'abus des boissons alcooliques, si généralement signalé par les auteurs anciens comme cause de la colique des pays chauds, s'expliquerait aussi par la présence du plomb dans les appareils qui servent à leur fabrication ou à celle du sucre. M. Lefèvre cite même des faits où la preuve chimique est venue confirmer cette supposition. Mais, pour quelques faits qu'il a été facile d'éclaircir, peut-on généraliser l'existence d'une telle cause, quand on songe que c'est en Europe que se consomment surtout les produits coloniaux ? Il est des pays, d'ailleurs, où l'on ne peut pas la faire intervenir ; à la côte d'Afrique et à Madagascar, par exemple, où ne se fabriquent ni boissons alcooliques, ni sucre.

Quant aux influences exercées par le plomb, si l'on doit reconnaître que la vapeur et quelques installations nouvelles des navires en ont multiplié les causes, on admettra plus difficilement que le défaut de proportion du nombre des accidents avec quelques-unes de ces causes, et l'inconstance fréquemment observée des symptômes les plus caractéristiques de la colique de plomb, ceux de l'intoxication par exemple, ne soient que des effets d'aptitude individuelle des malades ou de mode d'action du poison. Le plomb est bien certainement le poison dont les effets se généralisent le plus, et se traduisent par les caractères les plus constants.

Le chapitre cinquième, enfin, est consacré aux mesures hygiéniques et préventives destinées à faire disparaître l'influence des produits saturnins à terre comme à bord. Tout en faisant aux causes endémiques la part qui leur revient dans la production de la colique sèche des régions équatoriales, on ne peut qu'approuver les conseils donnés par l'auteur dans ce chapitre. Une réforme aussi radicale que celle qu'il indique nous paraît bien un peu difficile ; quoi qu'il arrive, l'hygiène privée se fera toujours un peu à la manière de chacun ; les visites de l'équipage, qui se sont toujours faites réglementairement, régulièrement même sur la plupart des navires, n'en apprendront pas plus que par le passé sur le liséré gingival, à moins qu'on ne possède un moyen de diagnostic plus sûr que la couleur bleuâtre ; enfin, quels que soient les changements opérés, il restera toujours à bord assez de plomb pour servir d'échappatoire à l'étiologie saturnine, si l'on admet comme principe que la présence du plomb et de la colique sèche suffit pour conclure à la colique de plomb. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait être trop sévère et trop attentif sur l'emploi des moyens destinés à faire cesser la confusion qui a souvent dû avoir lieu entre les deux maladies ; et que c'est seulement ainsi qu'on arrivera à prouver qu'en dehors de la colique saturnine il existe réellement

une autre affection ayant avec celle-ci une grande ressemblance, et qui est cependant due à d'autres causes.

L'œuvre de M. Lefèvre porte déjà ses fruits. Des accidents récents, dont l'origine saturnine aurait pu rester ignorée si elle avait été moins scrupuleusement recherchée, sont venus confirmer ses appréciations sur la nature des coliques qui se développent, dans certaines conditions, à bord des navires. Ce n'est donc pas seulement la valeur scientifique et littéraire de son livre, considérable pourtant, qui en fait le mérite, c'est surtout le service important qu'il rend à l'hygiène navale, et pour lequel la marine entière ne saurait lui être trop reconnaissante.

Toutefois, nous ne pouvons pas perdre de vue que l'attention éveillée par ce même livre dans nos colonies n'a pas conduit aux mêmes résultats; que là les médecins des hôpitaux continuent à signaler des coliques sans liséré et avec paralysie, dont ils ne peuvent découvrir l'origine saturnine, et qu'ils font dépendre des seules influences du climat; que, par conséquent, il y a lieu de faire à chacune de ces deux étiologies, pour la production de la colique, une part que l'avenir apprendra à mesurer plus exactement, les conseils de M. Lefèvre aidant.

En attendant, le repatriement des malades reste la meilleure mesure prophylactique contre les récidives de la colique des pays chauds; et l'administration de la marine n'a pas retiré aux veuves de marin la pension à laquelle leur donne droit la qualification d'endémique ajoutée à la colique sur les certificats de décès. Ces considérations suffiraient, au besoin, pour faire comprendre l'inconvénient de trancher avec précipitation et d'une manière trop absolue la question d'identité de la colique endémique et de la colique de plomb.

DUTROULAU.

V

VARIÉTÉS.

Nous recevons imprimé le compte rendu fait à l'*Association des médecins du département de la Seine* par M. Orfila, et dont nous avons dit quelques mots dans un de nos derniers numéros. Ce travail, qui ne comprend par moins de 22 pages in-8°, est un des plus complets, des plus sérieux et des mieux réussis du genre. Le passage auquel nous avions fait allusion, et qui concerne le rejet de l'ancien projet d'agrégation des Sociétés locales, est ainsi conçu :

« Est-ce à dire pour cela que, dans cette circonstance, nous ayons déserté la cause commune de notre profession? Non, certes; et le corps médical n'a pu s'y méprendre. Pendant la longue discussion qui avait précédé le vote du 31 janvier 1858, les chances de succès de la société projetée avaient été minutieusement pesées, calculées, et en présence du résultat peu encourageant de ce scrupuleux examen, l'idée avait été émise par notre habile et zélé trésorier, M. Vosseur (elle a d'ailleurs été très bien développée plus tard par notre excellent collègue M. Dechambre), qu'une Association *fédérative* était préférable à cette société qui devait réunir en un seul faisceau tous les médecins de France. Eh bien, pour quiconque a étudié les statuts et le fonctionnement de l'Association générale qui s'est récemment formée à côté de nous, il est évident que cette idée a été mise à profit par les fondateurs de cette Association. Nous pouvons donc proclamer que, malgré notre abstention, nous avons encore contribué à la création de cette Association; nous avons d'ailleurs eu la satisfaction de voir nos appréhensions partagées même par les partisans du premier projet. En somme, l'organisation actuelle de l'Association générale est en même temps la négation du plan qui nous avait été proposé, et la confirmation des considérations qui ont prévalu dans notre commission générale, en 1857. Elle est du reste la consécration, au moyen de statuts, des habitudes de notre société. Jusqu'à présent, en effet, aucun lien réglementaire n'existait, aucune dépendance n'avait été établie; mais une sincère confraternité tenait lieu de loi écrite, et l'Association de la Seine s'est toujours appliquée à entretenir avec les Associations des autres départements les relations les plus amicales et les plus profitables pour tous. »

Il ressort du *compte rendu*, que pendant l'année 1859, 24 nouveaux membres sont entrés dans l'Association, la mort en a enlevé 10. Le chiffre total des sociétaires est de 604. Les recettes, pour l'année 1859, se sont élevées à 25,165 fr. 50 c.; dans cette somme figurent 6,982 fr. 50 c. de rente, et 3,040 fr. de dons. Les sommes employées se montent à 20,490 fr. 80 c., dont 13,225 ont été consacrés au soulagement des souffrances de la famille médicale, le reste ayant été absorbé par les frais d'administration. Le 1er janvier 1860, il restait en caisse 4,674 fr. 70 c.

Les médecins que leurs premières études ou leur inclination naturelle ramènent de temps à autre vers les travaux d'érudition et la littérature médicale, n'apprendront pas sans intérêt que la maison Firmin Didot vient de faire un tirage spécial de la *Médecine de Celse*, traduite par le docteur Des Étangs.

Cette traduction, comme le savent assurément quelques-uns de nos lecteurs, a paru dans la collection des classiques latins, publiée sous la direction de M. D. Nisard. Il suivait de là, jusqu'à ce jour, l'obligation, pour qui voulait le *Traité de médecine*, d'acheter en même temps l'*Architecture* de Vitruve, les *Aqueducs* de Frontin, etc.; il fallait, en un mot, se résigner à posséder l'énorme in-8° qui constitue l'un des volumes de cette importante collection.

Aujourd'hui, rien de semblable, et pour un prix très modéré chacun de nous peut faire emplète du *Cicéron des médecins*, laissant à qui de droit les œuvres de Vitruve et de Frontin.

— Le concours pour l'agrégation (médecine et médecine légale), qui s'était ouvert le 2 décembre 1859, s'est terminé mercredi dernier, à cinq heures et demie du soir, par la nomination de MM. les docteurs Marcé, Potain, Lorrain, Vulpian, Parrot, Charcot et Laboulbène.

— M. le docteur G. Pécholier, professeur de clinique interne à l'École de médecine d'Alger, et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, ayant dû, suivant un avis de M. le ministre de l'instruction publique, opter entre l'une ou l'autre de ces deux positions, a choisi la dernière. Il a, par conséquent, donné sa démission de la chaire qu'il occupait à Alger.

— Par décret du 15 février, M. Guillard, médecin oculiste à Dinan (Côtes-du-Nord), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Tonnellé, ancien directeur de l'École préparatoire de médecine de Tours, vient de succomber à la suite d'une longue et bien douloureuse maladie.

— M. le docteur Tholozan, médecin-major de 1re classe en mission hors cadre, attaché à la personne du schah de Perse, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 24 février dernier.

— M. Cazalas, médecin principal de 1re classe à l'hôpital de Vincennes, vient d'être désigné pour l'état-major de la 1re division militaire.

— L'administration de la ville de Lyon, déférant au vœu exprimé par l'Académie de cette ville, a ordonné l'exécution des bustes du docteur Gensoul et du professeur Ozanam.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX, faites à la Faculté des sciences de Paris, par *H. Milne Edwards*. Tome V, 2e partie. Paris, Victor Masson. 5 fr.

MÉDECINE MENTALE. Deuxième étude : *Des causes*, par le docteur *P. Berthier*, médecin des asiles d'aliénés de Bourg. In-8 de 130 pages. Paris, Victor Masson. 4 fr.

PRÉCIS HISTORIQUE DE LA FIÈVRE JAUNE, par le docteur *Delery*. In-8 de 159 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

TRAITÉ DE QUELQUES MALADIES PENDANT LE PREMIER AGE, par le docteur *A. Mignot* Grand in-8 de 332 pages. Paris, Victor Masson. 5 fr.

ON DISEASES OF THE THROAT, EPIGLOTTIS, AND WINDPIPE; INCLUDING DIPHTHERIA, NERVOUS SORE THROAT, DISPLACEMENTS OF THE CARTILAGES, WEAKNESS OF THE VOICE AND CHEST : THEIR SYMPTOMS, PROGRESS AND TREATMENT (Sur les maladies du larynx, de l'épiglotte et de la trachée), par *G.-D. Gipp*. In-8. Londres, Churchill. 7 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 16 MARS 1860. N° 11.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 9 mars 1860, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 1er avril prochain, pour quatre places d'agrégés stagiaires pour la Faculté de médecine de Paris (4e section, chirurgie et accouchements) :

MM. Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, président.

Le baron Paul Dubois, doyen, professeur de clinique d'accouchement à la même Faculté.
Velpeau, professeur de clinique chirurgicale.
Laugier, professeur de clinique chirurgicale.
Nélaton, professeur de clinique chirurgicale.
Jobert (de Lamballe), professeur de clinique chirurgicale.
Malgaigne, professeur d'opérations et d'appareils.
Le baron Larrey, chirurgien de S. M. l'Empereur, membre de l'Académie impériale de médecine.
Richet, ancien agrégé.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :

MM. Moreau, professeur d'accouchement, maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de médecine de Paris.
Gosselin, professeur de pathologie chirurgicale.
Richard, agrégé en exercice.
Pajot, agrégé en exercice.

Par arrêté, en date du 9 mars 1860, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Montpellier, le 1er avril prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (1re et 2e sections, sciences anatomiques et physiologiques, et sciences physiques) :

MM. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier, président.
Bérard, doyen, professeur de chimie médicale générale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier.
Golfin, professeur de thérapeutique et de matière médicale.
Martins, professeur de botanique et d'histoire naturelle médicale.
J. Benoist, professeur d'anatomie.
Béchamp, professeur de chimie médicale et de pharmacie.
Jacquemet, agrégé en exercice, chef des travaux anatomiques.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :

MM. Ribes, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.
Courty, professeur d'opérations et d'appareils.
Bourdel, agrégé en exercice.
Moitessier, agrégé en exercice.

Par arrêté, en date du 9 mars 1860, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Strasbourg, le 1er avril prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires, près la Faculté de médecine de Strasbourg (1re et 2e sections, sciences anatomiques et physiologiques et sciences physiques) :

MM. Ehrmann, doyen, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, président.
Küss, professeur de physiologie.
Caillot, professeur de chimie médicale et de toxicologie.
Fée, professeur de botanique et d'histoire naturelle.
Rameaux, professeur de physique médicale et d'hygiène.
Coze, professeur de matière médicale et de pharmacie.
Kœberlé, agrégé en exercice, chef des travaux anatomiques.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :

MM. Tourdes, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg.
Michel, professeur de médecine opératoire.
Strohl, agrégé en exercice.
Kirschleger, agrégé en exercice.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er janvier au 16 février 1860.

1. COMMENGE, Joseph-Oscar, né à Saint-Girons (Ariège). [*Considérations sur la métro-péritonite puerpérale, à l'occasion d'une épidémie observée à l'hôpital Cochin en 1856.*]

2. ALLAUX, Bernard-Alcide, né à Grepelisse (Tarn-et-Garonne). [*Sur la persistance des signes de l'étranglement après la réduction ou l'opération de la hernie.*]

3. COURANJOU, Jean-Raymond-Émile, né à Toulouse. [*Du traitement de la fistule lacrymale.*]

4. GERMAIN, Albert, né à Nozoroy (Jura). [*Des eaux minérales de Salins* (Jura)]

5. JACOB DE CORDOMOY, Philippe-Auguste, né à Saint-André (île Bourbon). [*Étude sur l'étiologie physiologique des maladies des organes de sécrétion excrémentitielle dans les climats chauds.*]

6. Mauvais, Virgile-Antoine, né à Besançon (Doubs). [*Des accidents fébriles qui se rattachent au cathétérisme ou à certaines opérations pratiquées sur l'urèthre.*]

7. Collin, Philippe-Victor, né à Paris (Seine). [*Du cathétérisme laryngien.*]

8. Michaux, Édouard-Armand, né à Port-d'Espagne (île de la Trinité), Antilles. [*La Guyane et ses établissements pénitentiaires.*]

9. Gonzalez, Eschevenia-Manuel, né à la Havane. [*Sur la nature des affections dites tubercules des vertèbres.*]

10. Manson, Pierre-Alfred, né à Sampigny (Meuse). [*De l'uréthrotomie.*]

11. Dupuis, Hyacinthe-Élisabeth, né à Beauvais (Oise). [*De la fièvre puerpérale, à l'occasion de quelques faits recueillis à l'Hôtel-Dieu en 1858.*]

12. Lernout, Émile-Charles, né à Flètres (Nord). [*Du régime dans les maladies aiguës.*]

13. Goeau Brissonnière, Armand-Léopold, né à Tugand (Vendée). [*De l'état actuel de nos connaissances sur les maladies d'Addison.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Bourbon.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 15 mars 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'IODISME CONSTITUTIONNEL. — ÉTUDES FAITES EN ANGLETERRE SUR L'ANATOMIE, LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Devant la différence des résultats auxquels a conduit, à Paris et à Genève, l'observation des effets de l'iode sur l'organisme, il y avait deux partis à prendre : réserver son opinion, en attendant, en provoquant, de nouvelles et plus attentives recherches; ou nier, comme une fantasmagorie, l'existence des accidents attribués à l'iode. M. Piorry a repoussé l'*iodisme*, le mot aussi bien que la chose. Ceux qui croient à la chose regretteront que M. Piorry n'ait pas, séance tenante, corrigé le vice du mot; nous aurions eu l'*iodoorganicopathie*, et c'était toujours cela de gagné. Mais il était dans son droit d'abandonner à sa mort naturelle une dénomination qui, pour lui, ne répond à rien. Sur le fond, l'orateur ne se contente pas de mettre en doute les faits avancés par M. Rilliet; il les nie. Pourquoi? Parce qu'il ne les a jamais observés. De sorte que pour mettre dans tout son jour la témérité du médecin de Genève affirmant ce qu'il croit avoir vu, il affirme lui, M. Piorry, que le médecin de Genève a eu — qu'on nous passe la trivialité de l'expression — la berlue.

Nous préférons le procédé de M. Chatin. Sans vouloir nous porter garant de toutes ses vues sur le rôle de l'iode dans la nature, il nous semble que, sur l'objet propre de la discussion, il a posé le débat dans ses véritables termes. Il y a des raisons théoriques de penser que l'organisme peut être diversement influencé par l'iode administré à l'intérieur, suivant que cet agent est plus ou moins répandu dans le milieu où l'homme respire; il serait donc hors de toute raison de nier que les choses se passent, en effet, de la sorte, surtout quand des hommes tels que Coindet, Maunoir et M. Rilliet, s'en portent garants.

Du reste, l'intervention de M. Chatin dans le débat aura toujours un excellent résultat si le vœu par lequel il a terminé est exaucé, et si l'on sait enfin à quoi s'en tenir sur la présence et les proportions de l'iode dans l'atmosphère; les eaux et le sol de la zone parisienne et de la zone génevoise.

A. Dechambre.

Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

TROISIÈME ARTICLE.

M. Thompson commence son chapitre sur le traitement en disant qu'un moyen d'arrêter les progrès de cette maladie ou de la guérir serait l'un des plus grands bienfaits que la science pût faire à l'humanité souffrante; puis il pose les trois indications suivantes à remplir : 1° remédier aux effets de l'obstruction causée par l'engorgement prostatique; 2° s'occuper de l'état général du malade ; 3° traiter directement l'engorgement lui-même.

1° Quand on a constaté la maladie et qu'on s'est assuré que la vessie ne se vide pas, il veut qu'on la vide artificiellement une fois par jour s'il reste 2 ou 3 onces d'urine après la miction, deux fois s'il en reste le double et trois fois s'il en reste beaucoup plus qu'il n'en sort naturellement, enfin autant de fois que le besoin l'exige si le malade n'urine que très peu ou point. Il admet bien quelques compromis, selon les difficultés ou la sensibilité du canal; mais il ne tient pas compte de l'âcreté de l'urine et de l'abondance des sécrétions morbides. C'est un tort, selon nous : il y a des malades chez lesquels la moindre quantité de liquide qui séjourne dans la vessie entretient un malaise indicible. Il veut que le cathétérisme soit fait par un chirurgien ou par le malade lui-même, et jamais par un homme étranger à l'art. C'est une règle beaucoup trop absolue : d'abord, il est difficile qu'un homme ait toujours un chirurgien à sa disposition, et précisément aux heures voulues; ensuite, souvent l'âge, les infirmités ou les souffrances qui résultent de la rétention ne permettent pas au patient de faire cette opération d'une manière convenable, tandis que bien des fois nous avons vu des domestiques, des fils ou même des épouses doués d'intelligence s'acquitter de ce soin d'une manière parfaite. M. Thompson veut que, d'après l'expérience qu'on a soi-même acquise du cas particulier, on mette entre les mains du malade une sonde élastique ou une en argent.

Quant à celles d'argent, les grosses sondes en étain de Mayor leur doivent être préférées. Pour ce qui est des premières, notre auteur recommande de leur donner, au moyen d'un mandrin qu'on y laisse longtemps, une courbure plus forte que celle qu'elles ont en sortant des mains du fabricant, et parfois de munir, pendant qu'on s'en sert, leur portion droite d'un court mandrin qui lui donne de la solidité, tandis que leur portion courbe conserve toute sa flexibilité. Ce sont là des préceptes que nous avons également donnés dans nos *Recherches* de 1856, p. 149 et 285.

Du reste, il conseille, et avec raison, de ne pas laisser ces instruments à demeure, sauf les cas où il y a trop de difficulté à les introduire.

Mais quand cette introduction ne peut être opérée, que faire pour évacuer l'urine? L'auteur reconnaît l'utilité, dans ces circonstances, de nos sondes coudées et bicoudées qui se présentent à l'obstacle, non par l'extrémité, mais par le dos de leur bec. Néanmoins, il dit avoir presque constamment réussi, soit à l'aide du procédé de William Hey, qui consiste à augmenter la courbure de la sonde lorsqu'on est arrivé au col de la vessie, en retirant le mandrin de 2 ou 3 centimètres, soit par une autre méthode qui lui est propre et qui se pratique en introduisant jusqu'à l'obstacle une large sonde d'argent de courbure ordinaire, ouverte à ses deux bouts et remplie par une sonde élastique qui en obture l'extrémité pendant l'introduction et qu'on pousse ensuite doucement jusqu'à ce qu'on ait enfilé le col de la vessie. Nous croyons arriver à peu près au même but à l'aide d'une pratique que nous avons décrite et qui ne diffère de celle de Hey qu'en ce que le mandrin remplit la sonde, afin qu'il ne puisse sortir par ses yeux si l'on avait besoin de le repousser, et qu'au lieu de le retirer, c'est au contraire celle-ci que nous poussons pendant que nous le tenons immobile.

Nous avons, d'ailleurs, décrit un autre procédé dont M. Thompson ne parle pas. Un des cas les plus embarrassants est celui où la face uréthrale de l'obstacle a été creusée d'une fausse route dans des cathétérismes antérieurs. Toutes les sondes qu'on introduit

ensuite, à l'exception des sondes coudées, s'engagent presque inévitablement dans cette fausse route. Un jour donc que, dans un cas de ce genre, nous essayions, mais en vain, une sonde Mayor volumineuse, nous eûmes l'idée que si, pendant que son extrémité remplissait la fausse route, nous poussions dans son canal et faisions sortir par l'œil unique qui se trouve sur sa concavité une petite sonde élastique, celle-ci aurait grande chance de s'engager entre l'obstacle et le bord antérieur du col de la vessie, et, en effet, il nous a suffi d'adoucir en plan incliné le bord terminal de l'œil pour exécuter aussitôt notre plan et réussir.

Dans ces dernières années, on a proposé en France une méthode destinée, dit-on, à franchir toutes les difficultés. Il suffit, d'après les promoteurs, d'introduire une bougie fine jusque dans la vessie, de visser une sonde à l'extrémité externe de cette bougie et de pousser le tout jusqu'à ce que les yeux de cette sonde aient franchi l'obstacle : la première sert de conducteur à la seconde et se pelotonne dans la vessie à mesure qu'elle pénètre. Pour ne parler que des cas en question, nous demanderons pour quelle raison la bougie évitera plutôt la fausse route que d'autres instruments plus faciles à diriger. Nous savons bien que le hasard pourra quelquefois la favoriser, comme il favorise parfois les sondes droites ou courbes, cylindriques ou coniques, munies ou non d'un renflement olivaire à leur extrémité; mais alors, puisqu'on trouve dans le commerce des sondes aussi fines que les plus fines bougies et des mêmes formes, pourquoi ne pas essayer tout de suite une de ces sondes, qui donnera immédiatement issue à l'urine, de préférence à une bougie qui ne servira que de conducteur à une sonde? Il semble, en vérité, qu'on se fasse un jeu de compliquer sans raison l'arsenal chirurgical, qui l'est déjà passablement.

L'auteur dit, et nous sommes complétement de son avis, qu'il est extrêmement rare de rencontrer des cas d'engorgement prostatique où le cathétérisme soit absolument impossible. Néanmoins, comme il en a vu, il traite très au long des moyens de donner à l'urine une issue artificielle, et il finit par conclure que, lorsque le bec de la sonde peut arriver à l'obstacle, on doit perforer celui-ci, soit avec cette sonde, soit avec un autre instrument muni d'un stylet; que si des fausses routes, des déchirures, etc., ne permettent pas d'arriver à l'obstacle, et si la fluctuation peut être distinctement sentie par le rectum, c'est par cette voie qu'il faut ponctionner la vessie; que, dans le cas contraire, surtout si le malade est peu corpulent et sa vessie facile à sentir à l'hypogastre, c'est dans cette région que la ponction doit être faite; qu'enfin l'opération à travers la symphyse pubienne n'a pas encore été suffisamment expérimentée, mais qu'elle l'a été assez pour que, avec les avantages qui semblent dériver des considérations anatomiques, elle soit soumise à de nouvelles épreuves.

Le cathétérisme, jusqu'à présent, ne nous a jamais fait défaut. Il nous semble cependant que si nous étions obligé d'en venir à la ponction, c'est à celle de l'hypogastre que nous donnerions la préférence, à moins de circonstances exceptionnelles. La ponction par le rectum est facile habituellement; mais elle expose à blesser le péritoine ou les vésicules séminales. La canule est difficile à remplacer, difficile à manœuvrer, fort gênante, et la plaie sujette à devenir fistuleuse, dans ces cas surtout où l'émission urinaire revient rarement à sa liberté normale. La ponction à travers l'obstacle n'est pas sans dangers quand celui-ci est très épais, comme dans certains cas de tumeur, et qu'en même temps la vessie est peu dilatable. Elle laissera, en outre, une fausse route qui gênera singulièrement le passage ultérieur des sondes à l'usage desquelles le malade sera peut-être condamné pour le reste de ses jours. Quant à la ponction à travers la symphyse, outre l'ossification de celle-ci dont M. Thompson reconnaît la possibilité, nous ferons remarquer que plus on se rapproche du col de la vessie, plus on risque d'atteindre de grosses veines et de donner lieu aux accidents que cette lésion peut occasionner.

Le principal et presque unique inconvénient de la ponction hypogastrique, c'est l'infiltration urineuse à laquelle elle donne souvent lieu; mais il nous semble qu'on doit conjurer ce danger quand on la fait précéder d'une incision verticale de la paroi abdominale, immédiatement au-dessus du pubis.

Du moment qu'on a mis fin aux accidents de la rétention, il faut s'occuper de ceux qui en sont si souvent la suite, tels que le catarrhe, l'hématurie, etc. C'est effectivement ce que M. Thompson fait avec beaucoup de soin; mais on sent que nous ne pouvons le suivre dans tous ces détails. Nous dirons seulement, et beaucoup trouveront cela extraordinaire de notre part, que c'est à tort qu'il rejette si complétement l'inertie vésicale. Il est certain que c'était faussement qu'on attribuait il y a quelques années presque tous les résultats de l'hypertrophie prostatique à une paralysie essentielle de la vessie. Mais il n'en est pas moins vrai qu'on rencontre fréquemment une inertie consécutive à la distension des parois vésicales, et dont on doit tenir grand compte, soit pour le traitement lui-même, soit pour l'appréciation de divers moyens dont l'action a été mal interprétée.

Nous passons également ce que l'auteur dit du traitement général, et nous ne nous occuperons que de l'hypertrophie prostatique elle-même.

Il examine d'abord les moyens tirés de la matière médicale. L'extrait de ciguë ne lui a fourni aucune preuve de son utilité, malgré quelques témoignages de Hunter et de M. Coulson en sa faveur. Le mercure lui paraît tout simplement dangereux. L'hydrochlorate d'ammoniaque n'a pas donné en Angleterre les résultats annoncés par MM. Fischer en Allemagne et Vanoye en Belgique; mais il n'y a pas été administré à d'aussi fortes doses (de 4 à 12 grammes par jour, et pendant 6 à 8 semaines). L'iode et ses composés ont été employés par Stafford à l'intérieur, en suppositoires dans le rectum, en pommade dans l'urèthre, et cet auteur rapporte des cas nombreux de succès. Mais, bien que M. Thompson soit assez bien disposé en faveur de ce médicament, il convient que le diagnostic de son compatriote est loin d'offrir toute la précision désirable, et que même plusieurs résultats annoncés sont d'une perfection et d'une rapidité difficiles à croire. Ce qui paraît surtout entraîner sa conviction, c'est l'analogie qu'il trouve entre l'engorgement de la prostate et celui de l'utérus, et l'efficacité, incontestable selon lui, de l'iode dans ce dernier cas. Partant de là, il a essayé et il recommande beaucoup les eaux de Kreuznach, dont l'efficacité lui a d'ailleurs été affirmée par le docteur Prieger, médecin de ces eaux.

Pour nous, nous croyons à tous les succès qu'on dit avoir obtenus; mais ce que nous révoquons fortement en doute, c'est l'explication de ces succès. Nous disions tout à l'heure que souvent l'inertie de la vessie vient s'ajouter à l'obstacle causé par la prostate. Eh bien! qu'on réveille, qu'on stimule cet organe à l'aide de moyens qu'on y fait parvenir, soit directement par l'urèthre, soit par l'intermédiaire de la circulation générale, il pourra arriver que le cours de l'urine se rétablisse, en partie du moins, jusqu'à ce que la persistance de l'obstacle reproduise les mêmes effets. Est-ce qu'on n'a pas cru chez nous, dans ces derniers temps, guérir des engorgements de la prostate par l'électricité? Est-ce qu'on n'a pas plusieurs fois combattu ces rétentions, avec quelque apparence de succès, au moyen de simples injections d'eau froide? Oui, on fait cesser momentanément ainsi la cause secondaire; mais qu'on n'oublie pas que la cause primitive est toujours là.

Arrivons aux moyens chirurgicaux.

Nous avons dit plus haut que M. Thompson rejette l'emploi des sondes à demeure comme dangereux; il admet néanmoins l'utilité de la compression intermittente; mais nous croyons qu'il ne s'explique pas parfaitement sa manière d'agir. Il croit qu'elle ne réussit qu'en diminuant le volume de l'organe, en y déterminant une sorte de résorption interstitielle, et, partant de là, il rejette les moyens qui ne pressent que sur une partie circonscrite, comme ceux qui ont été imaginés par M. Leroy et par nous. Il approuve, en conséquence, un instrument de Physick, de Philadelphie, qui se compose d'une sonde portant à son extrémité une petite poche de peau de baudruche : on introduit cet instrument dans la vessie, on distend la poche en y poussant un liquide, et on l'attire ensuite dans la région prostatique, de manière à tenir écartés les uns des autres les différents points de l'orifice vésico-uréthral. En conséquence, il a fait construire un appareil du même genre, où la baudruche est remplacée par du caoutchouc préparé.

Il y a huit ou dix ans déjà qu'à l'instigation de M. Gariel nous avons essayé des moyens semblables, et avec si peu de résultats, que nous sommes bientôt revenu à nos procédés ordinaires. Par le fait même de la dilatation qu'on lui fait subir, le caoutchouc devient trop mince, et il crève avant qu'on puisse exercer une pression tant soit peu énergique. Nous sommes persuadé que les dépresseurs ou les compresseurs n'agissent presque uniquement qu'en déplaçant l'obstacle ou en modifiant quelque peu sa forme; et, si nous avons raison, ne suffit-il pas d'agir sur la partie qui bouche le canal? Nous voyions dernièrement, avec le docteur Jacquemier, un malade que nous avons guéri il y a trois ans d'une rétention complète à l'aide de cinq ou six dépressions de cinq minutes chacune; et, depuis ce temps, sa rétention ne s'est pas reproduite. Ce n'est certainement pas parce que nous avons diminué sa prostate qui nous semble plus énorme que jamais. Il y a dix-huit mois que nous avons guéri de la même manière un malade également affecté d'une rétention complète que nous avait amené le docteur Ledieu (d'Arras), et, depuis, ce malade ne s'est ressenti de rien. La guérison fut tellement rapide, que certainement on ne peut invoquer un dégorgement de la prostate. Du reste, on trouve à la page 192 de nos *Recherches* de 1841, l'observation d'un malade que nous avions guéri par le même moyen, et chez lequel, grâce à une maladie accidentelle, nous avons pu constater qu'une tumeur de la portion sus-montanale qui fermait le col de la vessie avait été relevée et creusée en gouttière.

M. Thompson dit qu'une inflammation des parties serait une contre-indication à l'emploi de ce moyen. Il a raison; mais alors le sien, qui ne peut avoir de l'action que par un séjour assez prolongé, n'a-t-il pas aussi les mêmes inconvénients?

Ici se borne la portion thérapeutique du long travail de M. Thompson. Il renvoie la division des obstacles valvulaires de la portion sus-montanale (moyenne des auteurs) à un autre chapitre que nous examinerons plus loin. Quant au broiement et à la ligature des tumeurs, il n'en dit que quelques mots, très sensés à notre avis, pour exprimer ses doutes relativement à la possibilité de ces opérations au moyen des instruments proposés. Il suffit, d'ailleurs, pour en douter, de réfléchir que ces procédés ne sont applicables qu'aux tumeurs pédiculées, et que ces tumeurs sont extrêmement rares. Depuis que nous avons fait cette remarque on n'en parle plus, et nous croyons que notre confrère de Londres sera longtemps encore sans connaître les nouvelles expériences qu'il dit attendre de Paris. Il ne parle pas de la cautérisation, des scarifications, de l'arrachement de ces tumeurs, ni de leur excision que nous avons imaginée, mais pas encore suffisamment expérimentée à cause précisément de la rareté des cas auxquels elle est applicable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Dr Aug. Mercier.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Examen critique des résultats cliniques du forceps-scie (1), par le docteur Didot, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Cinquante et un accouchements ont été jusqu'en 1852, à ma connaissance, terminés par le forceps-scie de M. Van Huevel. Ces cinquante et un faits appartiennent, savoir :

A M. le professeur Van Huevel.	35
— docteur Marinus.	7
— professeur Simon.	6
— docteur Billy de Sandorno. . .	2
— docteur Bessems.	1
Total.	51

Sur ces cinquante et un faits, il y a eu quarante guérisons et onze morts.

Parmi les circonstances qui ont contribué à amener ces onze insuccès, il faut noter surtout :

1° Quatre accouchements avec déchirure de la matrice ou du vagin;

2° Un avec épanchement au cerveau, succédant à l'éclampsie;

3° Cinq avec gangrène de la matrice.

Ces complications ne sont pas assez intimement liées avec le *céphalosciage*, pour que celui-ci puisse être rendu solidaire des accidents qu'elles ont entraînés.

Quarante succès sur cinquante et une opérations sont donc un argument suffisant pour prouver le mérite et la supériorité de la *méthode générale* de M. Van Huevel, malgré les imperfections dont l'instrument lui-même peut encore être entaché.

En rapportant ces cinquante et un faits (1), je n'ai omis aucune circonstance importante, je n'ai négligé aucun détail essentiel, et me suis au contraire fait un devoir de citer textuellement les passages qui avaient une portée particulière. Cette exactitude rigoureuse m'était commandée par la nécessité de motiver une observation, de justifier mes critiques, et surtout de légitimer les modifications que je propose : on verra si j'ai atteint le but que j'avais en vue.

En tous cas, j'ai la certitude d'avoir agi avec une entière bonne foi, et d'avoir obéi à des convictions plus puissantes que toutes les considérations personnelles.

Réflexions. — Le forceps-scie de M. Van Huevel possède un avantage que l'on n'a pas assez apprécié, je crois, qui lui est exclusivement dévolu, et qu'aucun autre appareil ne peut lui disputer; c'est même à cet avantage que sa méthode doit sa grande utilité pratique : on va le comprendre.

Dans les difformités pelviennes, l'obstacle le plus habituel comme le plus insurmontable, gît dans l'étroitesse de l'espace sacro-pubien, étroitesse qui se complique généralement de la saillie de l'angle sacro-vertébral, lequel s'avance comme un promontoire au centre de l'anneau pelvien. Or, le forceps-scie agissant sur le crâne du fœtus, de manière à diminuer ses dimensions dans le sens même de la coarctation existante, son premier avantage est de simplifier la difficulté en tendant à établir des rapports convenables entre le bassin et les organes du fœtus qui doivent en traverser la filière. Une portion du crâne suffisante pour compenser la perte d'espace occasionnée par la difformité pelvienne, se trouve retranchée par une section nette, et les organes de la femme restent *généralement* à l'abri de toute violence.

Voilà, certes, des résultats que l'on obtiendrait difficilement à l'aide des anciens appareils, ou par les autres méthodes. Aussi, je suis convaincu qu'il est impossible de les mettre en parallèle avec la découverte du professeur bruxellois.

Cependant il se présente quelques difficultés de détail qui ôtent à la méthode cette simplicité parfaite, cette facilité constante d'exécution que l'on avait d'abord admises, et qui cependant n'empêchent pas que l'opérateur ne reste parfois aux prises avec quelques-uns des embarras reprochés aux autres modes de délivrance.

Ces difficultés, inhérentes au *procédé* plutôt qu'à la *méthode*, ne sont pas insurmontables sans doute, puisque je crois les avoir fait disparaître en grande partie; mais, avant tout, je dois en préciser

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage manuscrit très étendu et consciencieusement élaboré, où l'auteur aborde avec un esprit inventif et une critique pénétrante les questions les plus ardues que soulèvent les rétrécissements du bassin. Nous espérons que M. Didot ne tardera pas plus longtemps à soumettre ces solides études au jugement du public, dût l'embryotomie par le *diatripteur* y perdre définitivement son procès après une nouvelle et habile défense.

(1) Nous avons été forcé, à regret, d'écarter la partie de cette étude consacrée aux observations trop étendues pour le cadre d'un journal, et la partie consacrée à la description technique du forceps-scie de M. Van Huevel et des modifications que M. Didot lui a fait subir, description qui ne peut être suivie utilement que sur les figures ou sur les instruments eux-mêmes.

la nature et la portée, afin de justifier les modifications que j'ai cru devoir apporter au forceps-scie, malgré l'opposition de l'inventeur lui-même.

Obéissant, je le répète, à des convictions profondes, ardentes, sincères surtout, j'ai dû faire fléchir les questions de personnes devant l'intérêt sacré de la science et de l'humanité, tout en me faisant un devoir de proclamer hautement et sans arrière-pensée, que la découverte de M. Van Huevel constitue le progrès le plus remarquable que la chirurgie obstétricale ait réalisé dans les temps modernes. C'est assez dire que je ne revendique rien pour moi, et que je laisse à notre savant collègue tout l'honneur et toute la gloire de son invention.

Difficultés d'application. — L'opération du céphalosciage ne présente par elle-même aucun danger réel, il faut le reconnaître; elle n'exige ni effort ni violence, elle s'exécute sous la protection des cuillers de l'instrument, et celles-ci s'opposent à toute déviation de la chaîne. Mais, avant d'en venir là, il faut que le forceps soit introduit, qu'il soit articulé, et nous savons que cette manœuvre n'est pas toujours aussi facile qu'on veut bien le dire.

En effet, si l'on en croit l'histoire des cinquante et un accouchements que je viens de rapporter, cette introduction aurait toujours été facile et rapide, même dans le temps où l'on se servait de cuillers ayant plus de deux pouces de largeur!... Évidemment c'est une erreur échappée à l'enthousiasme, ou plutôt c'est une simple exagération qu'il eût été convenable d'éviter, en présence de tant de succès de bon aloi.

Le raisonnement le plus simple nous dit que si l'application du forceps ordinaire rencontre parfois de sérieuses difficultés dans certains accouchements où les organes ne sont le siége d'aucune difformité de quelque importance, à plus forte raison ces difficultés doivent-elles se présenter quand un vice organique s'oppose à l'engagement du vertex, et le tout cloué sur la marge du détroit abdominal. Or, si l'on se rappelle que les *cuillers* du *dernier* instrument de M. Van Huevel ont une largeur de 18 lignes, ou de 52 millimètres, on sera forcé de convenir que l'introduction de cet appareil rencontrera forcément des obstacles que l'adresse de l'opérateur ne parviendra pas toujours à surmonter. Une observation de M. Simon (*Bullet. de l'Acad. de méd. belge*, t. II, p. 54) est là pour justifier cette assertion.

A la vérité, M. Van Huevel a posé des limites au delà desquelles il suppose que l'embryotomie, loin d'être une ressource, deviendrait une cause d'accidents plus redoutables que l'opération césarienne elle-même. Il a dit en propres termes (1) : « En dessous de » 2 pouces (6 centimètres) dans un diamètre quelconque, l'em» bryotomie ne doit plus être pratiquée, à moins de conditions par» ticulières de position, de petitesse ou de putréfaction du fœtus.» Mais on se demandera avec raison pourquoi cette limite de 2 pouces (6 cent.), s'il est possible d'arriver à séparer les groupes organiques du fœtus, à les disjoindre de manière à leur permettre de franchir une filière de dimensions moindres? Évidemment, il y a là de l'arbitraire, et rien ne justifie, quant à présent, la fixation d'un chiffre aussi absolu, on va le comprendre.

Le *céphalosciage* produit par la chaîne articulée, est une innovation admirable, personne ne le niera; mais le céphalosciage lui-même n'a pas été convenablement étudié, parce que, pour l'effectuer, on n'a encore employé qu'un seul et même instrument, le *forceps* plus ou moins modifié. Or, l'influence d'un mot, d'un seul mot a passé sur tous les essais et a sans cesse ramené l'expérimentateur aux mêmes errements. Préoccupé de l'idée du *forceps*, il a dû écarter beaucoup d'inspirations heureuses, pour en revenir toujours aux dispositions de cet instrument, sans songer que l'appareil à créer ne devait avoir qu'une destination essentielle, *la section du crâne et des groupes organiques à travers les bassins les plus difformes.*

Le forceps-scie réunit toutes les qualités du forceps ordinaire, et sert de plus à abriter et à conduire la scie qui doit diviser le crâne du fœtus, c'est-à-dire qu'il est à la fois agent de *préhension*, de *division* et d'*extraction*. C'est trop, ou ce n'est pas assez.

Il faut bien reconnaître que, comme agent d'*extraction*, il rend de minces services, puisque, dans la presque totalité des cas, il a fallu recourir à des tenettes à dents de loup, ou au crochet mousse, pour entraîner les segments crâniens. Il peut donc être privé de cette qualité sans nuire à la méthode. Ajoutons que dans les rétrécissements qui siégent au détroit inférieur, c'est la *viciation en travers* qui est la plus commune. Or, comme l'ovoïde des cuillers présente un développement de 24 lignes 1/2, ou de 72 millimètres, il est impossible que l'instrument *assemblé* franchisse une filière de dimensions *moindres*, et entraîne par conséquent les segments et le fœtus lui-même. Cette seule circonstance réduit donc encore le mérite de l'instrument comme agent d'*extraction*.

Comme agent de *préhension*, il n'a pas besoin d'une force bien considérable, car, du moment où les branches peuvent rester appliquées sur la *partie saisie* pendant que la scie agit, le but est atteint.

Enfin, comme agent de *division*, l'essentiel est qu'il puisse pénétrer sans peine dans les bassins les plus difformes, et qu'il soit en état d'attaquer *tout* ce qui est soumis à ses étreintes. Or, pour cela, il faut que ses dimensions soient réduites dans le sens de la coarctation la plus fréquente, et, par conséquent, que les *cuillers* disparaissent.

Ces cuillers sont étroites, je le veux bien, mais ce sont toujours des cuillers qui, dans beaucoup de circonstances, ne pénétreront pas, ou du moins ne seront introduites qu'avec les plus grandes difficultés, même dans des bassins de 2 pouces et 1/2 (75 millimètres), comme le prouve l'observation de M. Simon, et d'autres sans doute.

Que l'on veuille bien se rappeler (j'insiste à dessein sur ce point) que le forceps-scie ne fait et ne saurait faire communément l'office du forceps ordinaire; qu'il n'est pas destiné à exercer des tractions; que, une fois en place, il ne bouge plus, n'exécute plus aucun mouvement, et devient en un mot un agent *passif* de l'opération qui va s'exécuter, et l'on comprendra que les *cuillers* sont non-seulement inutiles, mais encore désavantageuses.

Je les ai donc supprimées dans mon *céphalotome*, ainsi que cela sera exposé plus loin, et les ai remplacées par des *tiges simples et étroites*, dont la seule destination est d'abriter la scie et les lames conductrices, tout en *fixant* invariablement la tête ou tout autre groupe d'organes du fœtus.

M. Van Huevel, qui s'est montré peu favorable à ce genre de modifications, a objecté (1) que « le forceps-scie tend toujours à » s'appliquer *en arrière*, contre les symphyses sacro-iliaques, et la » paroi postérieure de la matrice, et que plus les *gaines* se rap» prochent de la face postérieure du bassin, moins le segment de » ce côté aura d'épaisseur, et plus l'antérieur sera difficile à ex» traire. » Il conclut, en conséquence, en soutenant que les cuillers sont une nécessité.

Cette objection n'est pas sérieuse, car elle repose sur une exagération manifeste.

En effet, chez les femmes affectées de viciation antéro-postérieure très marquée, avec saillie de l'angle sacro-vertébral, toujours les pubis sont fortement inclinés en avant, il y a *ensellure*, et tout le globe utérin se trouve confiné dans la région abdominale, où il tend à faire la *besace*. Pour appliquer le forceps-scie, ou tout autre instrument analogue, il faut donc le porter jusqu'à cette région, en suivant la direction des axes du bassin, et dans ce cas les cuillers se trouvent forcément portées en haut et en avant, au lieu de venir se loger dans les gouttières ilio-vertébrales, qui elles-mêmes sont occupées par le tissu cellulo-adipeux, par les muscles, par le gros intestin, et enfin par le segment inférieur de l'utérus, qui est plus ou moins tendu sur toutes ces parties. Il y a donc une sorte d'impossibilité matérielle à ce que les branches de l'instrument s'arrêtent dans ces gouttières et se placent chez la femme vivante comme elles le feraient dans un *bassin sec* et dépouillé de ses parties molles.

(1) Van Huevel, *Presse médicale belge*, 1850, p. 346.

(1) Marinus, *Bulletin de l'Académie*, précité, t. II, p. 35.

Cette impossibilité existe surtout pour mon *céphalotome*, depuis que j'ai donné une *courbure plus considérable* aux branches *simples et étroites*, qui remplacent les *cuillers* du forceps-scie. L'instrument ainsi construit glisse librement à travers la filière pelvienne, dont il suit les différents axes. Il se place naturellement au centre du détroit abdominal, sans qu'il soit besoin de peser sur les manches pour les rapprocher du coccyx, et il se trouve en position pour menacer ni la partie postérieure, ni la partie antérieure du bassin. Après cela, on comprend qu'aucun instrument, qu'aucune méthode ne peut être solidaire de l'imprévoyance de la maladresse.

Je crois être le premier, mais à coup sûr je ne suis pas le seul qui aie reconnu l'inutilité ou les inconvénients des *cuillers* du forceps-scie. Dans le travail que M. de Billy de Sandorno a lu à l'Institut impérial et royal des arts et sciences de Milan, le 7 novembre 1850, ce savant déclare « qu'il serait disposé à adopter ce » que propose M. Jacquemier, c'est-à-dire de rendre beaucoup » plus étroites les cuillers de cet instrument, ce qu'on obtien- » drait facilement en rapprochant la branche postérieure de l'an- » térieure, en rétrécissant, ou même en faisant disparaître les » fenêtres, comme dans le céphalotripteur de M. Baudelocque. » Alors, le forceps-scie, avec des cuillers moins larges, pourrait » pénétrer dans des bassins dont l'étroitesse n'admet pas un for- » ceps, et son utile application s'étendrait à un plus grand nombre » de cas, sans que, de la modification proposée, son action vienne » en aucune manière à être annulée ou diminuée. »

Je suis heureux de me trouver en parfaite conformité d'idées avec des hommes aussi distingués que MM. de Billy et Jacquemier. Aussi, je me félicite d'avoir ainsi rendu la céphalotomie et l'embryotomie plus faciles, plus générales, et surtout moins dangereuses.

(La suite à un prochain numéro.)

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Affections urémiques de l'intestin.

Cher confrère,

Le numéro du 2 mars 1860 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE nous a donné, par extraits, la traduction d'un important mémoire du professeur Freitz *Sur les affections urémiques de l'intestin*. M'étant moi-même un peu indirectement occupé de cette question, permettez-moi d'emprunter la publicité de votre journal pour communiquer à vos lecteurs les résultats théoriques auxquels je suis arrivé de mon côté.

Le professeur Freitz, après avoir décrit avec soin les différentes altérations que présente le tube digestif chez les individus atteints de maladie de Bright, et avoir rattaché ces diverses lésions à l'intoxication urémique, ou pour mieux dire à l'action du carbonate d'ammoniaque sur la muqueuse intestinale, formule une nouvelle théorie des accidents dits *urémiques*. Or, cette doctrine se trouve précisément être la même que celle que j'ai exposée dans ma thèse intitulée : *Des séries morbides*, et soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, le 12 février 1859.

Afin que vous soyez, monsieur le rédacteur, édifié sur la similitude complète des deux doctrines, je transcris ici textuellement le passage de ma thèse relatif à ce sujet (p. 45) :

« Qu'il me soit permis, à mon tour, de soumettre cette doctrine (de l'urémie) à l'analyse. Nous avons reconnu que le rein a suspendu en tout ou en partie ses fonctions; que d'ailleurs, ne formant lui-même aucun des principes constituants de l'urine, tous ces principes tendent nécessairement à s'accumuler et à se concentrer dans le sang, dont la composition se trouve par là singulièrement pervertie..... Mais ce n'est pas tout; la tendance à l'élimination du produit infectieux, qui est l'urine tout entière, se manifeste, comme le prouvent des expériences très nombreuses, que je n'ai pas à rapporter ici; l'estomac, l'intestin, la peau, la muqueuse pulmonaire, etc., mais surtout la muqueuse gastro-intestinale, sont les voies d'élimination les plus naturelles de ce produit. L'urée, avec les divers autres matériaux de l'urine, se présente donc en nature sur ces différentes surfaces. Cette substance, dont la disposition moléculaire est très peu stable, ne tarde pas, en présence de l'air atmosphérique, à subir sa décomposition ordinaire en eau et en carbonate d'ammoniaque. C'est dans l'intestin surtout, où les tumeurs ont une réaction alcaline, où les diverses substances qui le parcourent ont une tendance évidente à la décomposition putride, et qui est peut-être déjà le siége d'une inflammation chronique ou d'un état catarrhal, que ce dédoublement me paraît devoir s'opérer le plus activement. On accordera facilement que l'urine contenue dans la vessie d'un homme que l'on est obligé de sonder tous les jours, qu'il y ait ou non catarrhe chronique, ne tarde pas à se décomposer, et l'on ne voudrait pas admettre qu'un pareil phénomène puisse se produire dans le tube digestif! D'ailleurs, je suis en mesure de le prouver par l'examen que j'ai fait des matières vomies par un homme atteint de maladie de Bright, et dans lesquelles, par la simple ébullition, j'ai trouvé une grande quantité d'ammoniaque. J'ai constaté de plus que, pour l'estomac comme pour la vessie, un état inflammatoire ou catarrhal accompagnait ces vomissements ammoniacaux.

» Si ces faits que j'avance sont exacts, les conséquences en sont toutes naturelles. De même qu'on voit, chez un individu atteint de cystite chronique, la présence d'une urine ammoniacale dans les voies urinaires enflammées, être bientôt suivie d'une résorption urineuse, ou plutôt putride, dont tous les effets sont bien connus; de même il faut admettre qu'une semblable résorption s'exerce sur la muqueuse gastro-intestinale, presque toujours malade dans ce cas, et l'on devra observer alors tous les symptômes d'une véritable infection ammoniacale et putride. Voilà comment à l'infection urineuse proprement dite, ou urémie de Wilson, succède une autre infection, l'infection ammoniacale de Frerichs.

» Cette sorte de théorie mixte que je propose, et qui compte en sa faveur l'observation des faits et même des expériences entreprises par les défenseurs des deux premières doctrines, me paraît être conforme à la vérité..... »

Ainsi, d'après ce qui précède, il est évident, monsieur le rédacteur, que M. Freitz et moi nous nous sommes rencontrés dans la même idée. Mais, quel que soit le mérite de cette nouvelle variante de la doctrine de l'urémie, je tiens à constater que j'avais énoncé mon opinion longtemps avant que le travail de M. Freitz fût connu en France, et, d'après le rapprochement des dates, probablement avant que M. Freitz eût publié ses recherches en Allemagne.

Du reste, je suis très heureux de l'importance que le nom et les observations de M. Freitz donnent à cette question. Je saurai profiter des résultats obtenus en Allemagne, et je les joindrai aux faits que j'ai moi-même recueillis, lorsque je publierai les fruits d'une étude qui n'a jamais cessé de m'occuper depuis que j'ai quitté les hôpitaux et que je suis aux prises avec les difficultés de la pratique.

Agréez, etc. A. LUTON,

professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIQUE. — *Sur le pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs et d'autres tissus organiques*, par M. *Ch. Matteucci*. — L'objet de ce mémoire est la description d'un phénomène que l'auteur a découvert en étudiant l'action du courant électrique sur les nerfs.

Si l'on prend un long filament nerveux, tel que le nerf crural ou le sciatique d'un lapin, d'une brebis, d'une grenouille, etc., qu'on le place sur deux électrodes de platine, et qu'on fasse passer par ce nerf un courant de quelques petits éléments (2 à 8 formés de zinc, charbon et eau légèrement salée) pour un espace de temps qui peut varier de deux secondes à deux ou trois minutes, le nerf, après ce passage, a acquis un pouvoir électro-moteur qui dure pendant plusieurs heures, qui résiste au lavage du nerf dans l'eau, et qui se montre avec des propriétés constantes et très déterminées. C'est ce que M. Matteucci nomme *courant secondaire*. Voici comment le pouvoir électro-moteur secondaire se manifeste. Entre les points qui ont été parcourus par le courant de la pile, on a un courant dirigé dans le nerf en sens contraire au courant de la pile; entre les points qui n'ont pas été parcourus par le courant, on trouve encore un courant qui est dans le même sens des deux côtés, et dirigé dans le nerf comme le courant de la pile. L'intensité de ces trois courants est très différente : le courant le plus fort est celui de sens opposé à celui de la pile; le courant un peu moindre est celui qu'on a dans les points qui n'ont pas été traversés par le courant du côté de l'électrode négatif; enfin le courant le plus faible est celui qu'on a dans l'autre morceau qui n'a pas été parcouru par le courant, du côté de l'électrode positif.

L'auteur a trouvé des phénomènes semblables dans des tranches de matière cérébrale et de moelle épinière, et de la vessie urinaire, sur des tranches de pomme de terre, de racines et des tiges végétales, ainsi que dans une tranche de foie ou de tissu pulmonaire ou de muscle.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Sur l'iode de l'atmosphère*, par *Ad. Chatin*. — L'auteur annonce que de nouvelles recherches, faites comme les précédentes, lui ont permis de constater une fois de plus la présence, en quantité aisément appréciable, de l'iode dans les eaux pluviales de Paris, de Versailles, de Lille, de la Haye, d'Amiens, du Crotoy, de Coutances, de Cherbourg et d'Angers. La recherche de l'iode des pluies de ces divers pays a été faite sur place, loin, par conséquent, de l'influence tant exagérée de l'atmosphère des *laboratoires*.

D'autre part, et en parfaite conformité aussi avec les résultats de ses recherches antérieures sur les eaux de Splügen, du grand et du petit Saint-Bernard, les eaux des glaciers de la Norwége et du mont Cenis n'ont pas fourni d'indices sensibles d'iode, tandis que l'eau de neige tombée à Paris cet hiver donnait, le même jour et dans le même laboratoire, de très sûrs indices d'iode. (*Comm.* : MM. Élie de Beaumont, Boussingault, Bussy, Moquin-Tandon, Fremy.)

ORGANOGÉNIE. — *Mémoire sur la genèse et la morphologie du follicule dentaire chez l'homme et les mammifères*, par M. *E. Magitot*. — Le lieu de la genèse du follicule, pendant la vie intra-utérine, est le *tissu sous-muqueux* gingival.

L'ordre dans lequel apparaissent les follicules des dents temporaires est le même que celui qui, dans les premières années, règle leur éruption hors des mâchoires.

Quant aux follicules de deuxième dentition, ceux des incisives et canine n'apparaissent qu'au moment de la naissance, ou soit un peu avant, soit un peu après, suivant les différences individuelles relatives au développement général du corps. Ceux des petites molaires n'apparaissent que plusieurs mois après la naissance, et ceux des deux dernières molaires assez longtemps après.

Contrairement à l'opinion généralement admise depuis Goodsir, mais conformément à celle de M. Serres, la muqueuse buccale reste complétement étrangère à la formation première du follicule. Il n'y a donc pas repli, comme on l'a dit, de la muqueuse sur elle-même pour former le sac folliculaire, et l'adhérence du follicule à la face profonde de la muqueuse est de beaucoup postérieure à son développement.

Au sein du tissu sous-muqueux gingival, dans la partie la plus voisine du fond de la gouttière dentaire, à l'endroit même qui correspond à l'évolution folliculaire, on voit naître un point foncé, tranchant par son opacité sur la teinte pâle du tissu gélatiniforme ambiant. Ce point opaque, que le microscope révèle comme composé d'une accumulation de noyaux embryoplastiques, représente le premier vestige du *bulbe dentaire*. En même temps la partie correspondante du tissu sous-muqueux offre un système spécial de vascularisation qui n'a pas encore été signalé.

Au point de vue de sa structure, le bulbe est composé d'une masse de noyaux ovoïdes, embryoplastiques, séparés par une petite quantité de matière amorphe à peine granuleuse. A la surface du bulbe, cette matière est plus dense que dans la profondeur, elle est susceptible de se plisser et même de se détacher par dilacération, surtout après un commencement d'altération cadavérique, et elle cesse d'exister au point de jonction du bulbe avec la paroi. C'est cette couche, décrite à tort comme analogue aux séreuses, qui a été considérée comme un repli de la membrane interne de la paroi folliculaire.

L'*organe de l'émail*, interposé entre la paroi et la surface libre du bulbe, est constitué par une assez mince lame d'aspect gélatiniforme se moulant en même temps sur la face interne de la paroi tapissée d'épithélium et la surface mamelonnée de bulbe. Cet organe n'est en continuité de tissu ni avec la paroi ni avec le bulbe. Il est entièrement dépourvu de vaisseaux et de nerfs.

L'*organe du cément*, chez l'homme, n'existe pas dans la période folliculaire, et ne se développe qu'au moment où naissent les racines. (*Comm.* : MM. Duméril, Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, J. Cloquet.)

ANATOMIE. — *Recherches microscopiques sur les lobes olfactifs de mammifères*, par M. *Owsjannikow*. — Une coupe transversale de lobes olfactifs, vue sous le microscope, présente au milieu une ouverture ou cavité tapissée chez les mammifères, les poissons et les amphibies d'un épithélium cylindrique, dont la forme n'offre pas de grande différence chez différents animaux.

Ces cellules épithéliales, munies de petits cils vibratiles, s'unissent par leurs bouts déliés à des filaments, qui se réunissent entre eux sous des angles aigus, et s'unissent avec les corpuscules du tissu cellulaire.

Ces éléments forment une première couche autour de la cavité centrale.

La seconde couche contient principalement des filaments nerveux, dont la plupart va parallèlement à la cavité du lobe olfactif. La troisième couche est formée de cellules semblables à celles que nous désignons comme cellules de sensibilité dans le cerveau et la moelle épinière.

Ces trois couches sont très intimement unies entre elles; quant à la quatrième couche, elle se sépare facilement dans les préparations durcies par l'acide chromique, de même que dans les préparations fraîches. L'abondance de vaisseaux sanguins en est la cause. L'observateur y en rencontre les plus larges troncs, surtout du côté intérieur, vers les limites de la troisième couche.

Dans la quatrième couche, les filaments s'unissent aux petites cellules nerveuses, qui sont pour la plupart bipolaires. Dès que les filaments ont traversé les deux tiers de cette couche, ils se groupent en faisceaux plus ou moins grands, et ressemblent, sous le microscope, à des taches rondes de différente grandeur.

Des vaisseaux entourent et traversent ces groupes, de sorte qu'il est très difficile d'isoler les nerfs. La plupart des vaisseaux sont si fins qu'ils ne contiennent point de corpuscules sanguins.

Les filaments des nerfs olfactifs se terminent en s'unissant aux cellules épithéliales qui se trouvent sur la surface de la muqueuse nasale, et qu'on peut nommer avec raison des cellules olfactives.

A la place où les cellules manquaient, elles s'étaient sans doute détachées. Aussi est-ce invraisemblable en physiologie que les filaments nerveux finissent librement, il doit y avoir nécessairement un organe entre le nerf et le monde extérieur.

Il n'existe point de commissure entre les lobes olfactifs du côté droit et gauche, et il semble qu'elle serait physiologiquement inutile. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Milne Edwards.)

THÉRAPEUTIQUE. — *Note sur les moyens d'améliorer par la culture les vertus de quelques plantes médicinales*, par M. *Champouillon*. — Tout le monde sait que le fraisier et son fruit, le raisin et le vin blanc, jouissent à divers degrés du pouvoir de solliciter la sécrétion

urinaire; certains sels, l'azotate et l'acétate de potasse surtout, ajoutent encore à cette propriété. Ces substances minérales existent comme éléments naturels dans la composition de quelques végétaux, mais le mode de culture en renforce ou en diminue la proportion. L'auteur s'est assuré par des expériences nombreuses qu'il était possible d'augmenter la richesse saline, et conséquemment l'action diurétique de ces plantes, en les alimentant avec de l'azotate de potasse. Il rapporte deux faits qui établissent que les diurétiques administrés de cette manière ont une prompte efficacité sur les hydropisies. (*Comm. :* MM. Brongniart, Andral, Decaisne.)

Tératologie. — *Sur un fetus humain monstrueux devant former un genre à part sous le nom de* Pseudocéphale, par MM. *Desormeaux* et *P. Gervais*. — Un fœtus monstrueux, né à Clichy (Seine), le 31 août 1859, nous a présenté des caractères fort remarquables et rappelant à beaucoup d'égards ceux du sujet décrit en 1767 par Le Cat (de Rouen).

On n'y voit ni yeux, ni oreilles externes, ni aucune partie que l'on puisse comparer au nez. A une faible distance au-dessus de l'insertion du cordon ombilical est une cavité irrégulière, peu développée, se terminant presque immédiatement en cul-de-sac, qui doit être considérée comme représentant la bouche. Il n'y a point de perforation anale, non plus que d'orifice génito-urinaire, ni aucune trace extérieure de l'appareil sexuel, et les membres inférieurs sont les seuls qui existent, encore sont-ils mal conformés, courts et évidemment incomplets dans leurs parties fémorale et tibiale.

Absence de thymus, de larynx, de trachée-artère, de poumons, de cœur, ainsi que d'œsophage, de foie et d'organes internes de la reproduction. Tube digestif formé d'un intestin terminé en cul-de-sac, obtus à son extrémité antérieure, et prolongé en pointe à son extrémité postérieure, où il se termine en un cordon fibreux qui se perd dans le tissu cellulaire du côté du bassin.

Le crâne n'est pas plus gros qu'une petite noix. Les os qui le composent peuvent être considérés comme représentant l'occiput supérieur, les occipitaux latéraux, l'occipital inférieur ou basilaire, les pariétaux, les frontaux, les temporaux, les rochers, et peut-être le sphénoïde postérieur et les ailes du sphénoïde antérieur. Les vertèbres cervicales sont en moindre nombre que dans l'état normal; il en est de même pour les dorsales, et il n'y a que deux lombaires, en arrière desquelles on aperçoit trois ou quatre noyaux osseux représentant le sacrum et le coccyx. Plusieurs côtes sont en partie soudées entre elles; l'épaule est la seule portion conservée des membres supérieurs, et plusieurs des pièces des membres inférieurs ne sont pas ossifiées.

Les auteurs proposent de donner à ce monstre le nom de *Pseudocéphale*, et de le placer à la fin des paracéphales, et, par conséquent, à peu de distance des véritables acéphales. Il aurait pour principaux caractères extérieurs d'avoir le crâne imparfait, caché dans une tumeur énorme par rapport au reste du corps, et de manquer de membres supérieurs.

Anatomie. — M. *Tigri* appelle l'attention sur les résultats auxquels il est arrivé dans ses recherches sur les *globules caducs* de l'humeur du thymus, du mucus et de la lymphe, nom qu'il leur a donné pour exprimer la propriété qu'ils ont de se dissoudre dans certaines circonstances déterminées.

Il résulte de ses recherches 1° que le liquide sécrété par les glandes muqueuses est primitivement lactescent, et, comme celui du thymus, se compose de globules qui, se trouvant sur les membranes muqueuses, en contact avec un liquide aqueux et légèrement alcalin (offrant eux-mêmes une réaction tant soit peu acide), s'y transforment en mucus véritable; 2° que les globules lymphatiques (globules incolores du sang) proviennent des ganglions lymphatiques, et ont la même composition que les précédents. De sorte que les ganglions lymphatiques, que l'on considérait comme des sources de sérosité ou comme des organes d'hématose, sans rien déterminer relativement à l'influence qu'ils exerceraient sur la lymphe et le chyle qui traversent leur parenchyme, se trouvent être des organes préparateurs de substance albuminoïde configurée en globules microscopiques dits incolores. Leur destination jusqu'à présent était restée inconnue, surtout par rapport au sang, et personne ne soupçonnait celle qu'ils ont, en effet, de fournir, par leur décomposition même, l'albumine et la fibrine qu'on observait dans les liquides circulants. De ces résultats physiologiques découlent encore des connaissances importantes pour la pathologie, entre autres celle de la genèse de la leucocythémie.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

MM. Velpeau, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe), Serres, Andral, J. Cloquet, Rayer, Flourens, Milne Edwards, réunissent la majorité des suffrages.

Séance du 5 mars 1860. — Présidence de M. Chasles.

M. *Milne Edwards* présente à l'Académie la deuxième partie du Ve volume de son ouvrage sur la *physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*. Dans ce fascicule, l'auteur traite des organes de la digestion chez les animaux invertébrés.

Physiologie. — *Nouvelles expériences sur la formation du cal*; par M. *Flourens*. — Dans mes nouvelles expériences, j'ai cherché des fractures compliquées, des fractures avec chevauchement, avec croisement des bouts d'os fracturés; et j'ai vu alors deux sortes de cal : le *cal périostique*, le *cal permanent*, le *vrai cal* des anciens chirurgiens, si bons observateurs, et le cal des parties molles, extérieures au périoste, le *cal provisoire*, le *faux cal* des anciens chirurgiens, et que j'appellerai le *cal musculaire*, parce que c'est principalement par le tissu musculaire qu'il est formé.

Je vais exposer très rapidement ce qui se passe dans chacune des parties d'un membre fracturé :

1° Les *nerfs* restent toujours à l'état sain. 2° Les *vaisseaux* sont souvent rompus, et alors il se produit un épanchement, mais leur tissu ne change point. 3° Les *tendons à coulisse* ne changent pas non plus. 4° Les *tendons d'insertion* peuvent, selon le lieu de la fracture, se confondre avec le périoste, et suivre toutes les phases de son ossification. 5° Les *muscles* sont le vrai siége du cal extérieur au périoste, du *cal provisoire*, du *faux cal*. Les muscles qui sont éloignés de la fracture restent sains. Ceux qui adhèrent au périoste, et touchent au fragment osseux, changent de couleur et de consistance; ils pâlissent, ils durcissent, leurs stries transversales s'effacent; enfin leur tissu, devenu fibreux, présente d'abord des cellules cartilagineuses et puis des cellules osseuses. Avec la guérison de la fracture, tout cela disparaît; le muscle reprend son état naturel, et le cal provisoire n'existe plus. 6° Les *gaines des muscles* se tuméfient, et plusieurs se transforment en cartilage et puis en os. 7° Les *fragments déchirés du périoste* se portent vers la membrane médullaire ou périoste interne, s'y joignent, et bouchent avec lui le canal médullaire des bouts d'os fracturés. 8° Le *périoste* se tuméfie, se gonfle, adhère aux muscles qui entourent les fragments osseux; puis il se transforme en cartilage, et de cartilage en os. Ceci est le *vrai cal*, le *cal permanent*, le cal qui subsiste après la guérison de la fracture, ou plutôt qui constitue la guérison même de la fracture, la *consolidation permanente* des bouts d'os rompus. 9° L'*os* lui-même n'augmente pas de volume; ses bouts ne s'allongent point; ils ne bougent point; tout le phénomène de la formation du cal leur est extérieur; ils restent passifs; le périoste seul est actif, seul il agit, seul il forme la *virole osseuse*, le *lien osseux* qui relie les bouts osseux et les tient unis.

Et tout cela fini, c'est encore le périoste, soit interne, soit externe, qui ronge les parties excédantes des bouts d'os rompus, qui les use, qui les résorbe. Et alors un phénomène très singulier s'opère : la continuité du canal médullaire, un moment interrompue, se rétablit, et l'os reprend peu à peu son état primitif, sauf en ce qui touche ces deux points-ci : le premier, qu'il reste plus court de toute l'étendue des bouts rompus qui a été résorbée, et le second, qu'il reste courbé; il ne reprend ni sa première longueur, ni sa rectitude première.

Chimie appliquée a l'alimentation. — *Du froment et du pain de froment au point de vue de la richesse et de la santé publiques*, par M. *Mège-Mouriès*. — L'auteur entre dans quelques détails sur la constitution anatomique du grain de blé ; il insiste particulièrement sur une membrane dont l'existence jouerait, d'après lui, le principal rôle dans l'alimentation, et qui précisément ne se trouve point dans la farine servant à fabriquer le pain blanc. « On peut constater, dit-il, qu'elle produit un effet diffusible sur l'encéphale, une fraîcheur particulière sur le tube digestif, et une sécrétion plus abondante de salive, etc. Sans elle la farine tue les granivores, et avec elle les animaux vivent parfaitement ; enfin des mammifères, soumis au régime exclusif du pain, meurent au bout de cinquante jours si ce pain ne contient pas cette membrane, et ils vivent bien au delà de ce temps si ce pain la contient. En présence de ces faits, il est impossible, d'accord avec la plupart des médecins, de ne pas attribuer au pain blanc ordinaire une fâcheuse influence sur la santé générale. Il faut donc laisser conclure les faits, et dire avec eux qu'on doit rejeter le pain blanc ordinaire, parce qu'étant difficilement assimilable il produit des digestions longues et irritantes ; qu'on doit repousser le pain bis parce qu'une partie de ses principes nutritifs est décomposée, et qu'il faut considérer comme pain normal celui qui, sans devenir pain bis, contient tous les agents assimilables et assimilateurs du grain, c'est-à-dire le grain entier, moins 8 pour 100 environ d'enveloppes inertes. »

Après avoir condamné les procédés usuels de mouture, M. Mouriès décrit sa méthode dans les termes suivants : « On emploie pour le pain nouveau 70 de farine, 8 de gruaux blancs, 5 de gruaux bis, ce qui avec 1 de perte donne 16 d'extraction de son. Les procédés employés sont de deux sortes : dans les pays où le préjugé impose une nuance très blanche, on sépare par le tamisage humide les parcelles de son contenues dans les gruaux bis ; dans les localités où l'habitude rend moins exigeant, on laisse ces parcelles de son, et l'on obtient ainsi un pain un peu plus jaune que le premier, mais d'une saveur plus agréable. Ce dernier pain, par ses qualités qui le rapprochent le plus de la constitution naturelle du grain, sera un jour adopté par les habitants des villes au nom de l'hygiène et de l'économie.

« L'expérience faite à l'école normale, à l'école polytechnique, au lycée Saint-Louis, etc., est concluante, et l'on peut espérer qu'en persévérant encore on pourra faire disparaître le pain bis, élever le niveau de la santé publique, et accroître de plus de 200 millions de francs la richesse céréale de la France. » (*Comm. :* MM. Chevreul, Dumas, Pelouze, Payen, Peligot.)

Physique animale. — *De la chaleur produite pendant le travail de la contraction musculaire*, par M. *J. Béclard*. — « La contraction musculaire peut se manifester de deux manières très différentes : tantôt la puissance développée dans le muscle est maintenue en *équilibre* par une résistance qui n'est pas surmontée. La contraction musculaire peut être *équilibrée* soit par le poids des organes, soit par des poids additionnels, soit par la contraction synergique de muscles opposés. Je désigne cette contraction sous le nom de *contraction statique*. Tantôt les organes obéissent à la puissance musculaire qui tend à les mouvoir. La force musculaire peut mettre en mouvement non-seulement les leviers osseux garnis de leurs parties molles, mais soulever des poids additionnels, vaincre ou surmonter des résistances variées. Je désigne cette forme de contraction, accompagnée d'effets mécaniques extérieurs, sous le nom de *contraction dynamique*.

» Il résulte d'un grand nombre d'expériences tentées, soit à l'aide de poids libres, soit à l'aide d'un appareil dont je donne la description dans mon mémoire, que la contraction musculaire statique développe toujours une quantité de chaleur supérieure à la contraction musculaire accompagnée d'effets mécaniques extérieurs. D'où je tire cette conclusion que la contraction musculaire n'est pas une source de chaleur à la manière dont les physiologistes le pensent, mais qu'il n'y a que la partie de la force musculaire non utilisée comme travail mécanique qui apparaisse sous forme de chaleur.

» Je fais construire en ce moment un appareil plus précis, dont les résistances pourront être expérimentalement appréciées, et à l'aide duquel je pense arriver à établir, d'une manière approximative et par une voie nouvelle, l'équivalent mécanique de la chaleur. » (*Comm. :* MM. Becquerel, Cl. Bernard, Delaunay.)

Nomination. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de feu M. *Lejeune-Dirichlet*.

M. *Plana* ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 MARS 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : de nouveaux renseignements sur la source *Larbaud*, découverte à Saint-Yorre (Allier). (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur l'opium indigène, par M. *Lepage*, pharmacien à Gisors. (*Comm.:* M. Poggiale.) — *b*. Une note sur l'altération du sirop de sesquichlorure de fer, par M. *Duroy*, pharmacien à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c*. Une note sur les effets physiologiques et toxiques des préparations d'iode, par M. *Boinet*. (*Comm.:* M. Trousseau.)

M. *le Secrétaire perpétuel* annonce que l'auteur du mémoire inscrit sous le n° 5 (prix de l'Académie) a fait parvenir les indications qu'on lui demandait et satisfait aux conditions exigées.

M. *Depaul* présente, au nom de l'auteur, un mémoire imprimé *sur la fièvre jaune*, par M. le docteur *Alfred Mercier*, qui a longtemps exercé à la Nouvelle-Orléans.

M. *Trousseau* dépose sur le bureau, au nom de M. *Pinel* (neveu), un mémoire manuscrit intitulé : *Diagnostic des maladies thoraciques et abdominales par la compression des nerfs pneumogastriques et grand sympathique.*

Discussion sur la médication iodée.

M. *Piorry*. Je suis étrangement surpris qu'un thérapeute aussi éminent, qu'un clinicien aussi distingué que M. Trousseau ait, pour ainsi dire, décliné sa compétence à conclure entre les avis si partagés, les opinions si différentes de MM. Boinet et Rilliet. Je n'aime point les tergiversations, et j'estime qu'un savant, un rapporteur surtout, ne doit pas hésiter à faire connaître son jugement, dût-il être discuté ou contredit par tout le monde. Suivant ce principe, je me propose de dire nettement ma pensée sur la question qui occupe en ce moment l'Académie.

Depuis quinze ans je crois avoir énormément contribué à vulgariser l'iode dans la thérapeutique ; je l'ai employé autant que personne, sans en abuser jamais. Je l'ai administré sous les formes les plus variées. A l'intérieur, j'ai donné l'iodure de potassium depuis 1 jusqu'à 3 grammes dans les vingt-quatre heures ; j'ai fait respirer des vapeurs provenant, soit de l'iode métallique chauffé à une température convenable, soit de la teinture d'iode enflammée à la manière d'un punch, selon le procédé de M. Mallez. Enfin j'ai employé l'iode à l'extérieur en frictions, en onctions, en fomentations, etc.

J'ai usé de ces différentes préparations dans le traitement des diverses manifestations de la scrofule (adénites, plaies, fistules, etc.), de la pneumophymie (phthisie pulmonaire), du mal vertébral de Pott, dans toutes les formes de la syphilis, dans le goître, etc.

Eh bien, j'affirme que jamais je n'ai observé aucun des accidents dont on a fait si grand bruit à cette tribune.

Je suis convaincu que la plupart de ces craintes reposent sur une erreur, sur une fausse observation, et que souvent on a attribué à l'ingestion de l'iode des phénomènes qui appartenaient à la maladie même pour laquelle cet agent était employé.

Je ne dis pas que l'administration immodérée, intempestive, de

l'iode ne puisse donner lieu à quelques troubles de la santé. Mais ces troubles sont légers, fugaces et de si peu d'importance, que c'est grand tort que de leur donner le nom redoutable d'*empoisonnement*. D'ailleurs, je suis sûr qu'on peut toujours les éviter en donnant le médicament d'une manière sage, prudente et attentive.

Qu'on se garde bien de nous dire surtout que ce sont les doses infiniment petites d'iode qui agissent avec le plus de violence. Une pareille assertion nous jetterait dans la plus ridicule des homœopathies. Jamais un médecin sérieux ne pourra admettre qu'un médicament, inoffensif à dose élevée, devienne un poison violent à dose infinitésimale. Si cela semble vrai pour l'arsenic, c'est qu'à très petite dose il reste dans les voies digestives, où il est absorbé; tandis qu'à haute dose il est promptement et presque entièrement rejeté par le vomissement.

On cherche à expliquer la différence des effets obtenus à Paris de ceux qu'on signale à Genève, par des différences dans la constitution de l'air, du sol et des eaux. Hypothèses que tout cela! Quand donc les médecins s'en tiendront-ils exclusivement à l'observation rigoureuse? Quand renonceront-ils à ces théories vaines et puériles qui plongent la science dans le doute et dans l'incertitude la plus déplorable? Avant tout, observez donc attentivement; étudiez l'organisation de vos malades et les modifications que les médicaments apportent aux différents états organopathiques! Faites cette étude avec toute la sévérité, toute la rigueur que réclame un sujet si important, et alors vous verrez la médecine sortir du chaos où elle s'agite, et à une thérapeutique de hasard et de fantaisie, vous substituerez une thérapeutique sérieuse, efficace, vraiment scientifique et rationnelle.

M. *Chatin*. Le fait dominant, le fait principal, la base de cette discussion, c'est, à mon avis, de savoir s'il y a de l'iode dans l'atmosphère. M. Trousseau ne le nie pas absolument, mais il paraît en douter assez volontiers. Quant à moi, je professe des idées toutes différentes. Des recherches nombreuses, des analyses minutieuses, entreprises depuis longues années, dans différents pays et dans toutes les saisons, m'ont démontré sans conteste cette importante vérité : c'est qu'il existe de l'iode dans l'air, dans le sol et dans les eaux, et que cet agent est continuellement introduit dans l'économie par l'acte de la respiration, ainsi que par les aliments et les boissons.

M. Trousseau a parlé de certaines objections qui auraient été faites relativement à la présence de l'iode dans l'air des montagnes. Je ne connais point ces objections, j'ignore ce qu'elles sont, et j'aurais su gré à M. Trousseau de nous en indiquer la source.

Dans le procès qui vient d'être fait à l'iode, je suis loin de contester la plupart des allégations qui ont été produites; mais je suis convaincu, comme M. Piorry, qu'on n'a pas toujours observé avec toute la rigueur nécessaire. On a prétendu que l'iode ne guérissait pas le goître; j'ai entendu un professeur de la Faculté de médecine le déclarer formellement. Je crois que c'est une erreur. Il y a plusieurs variétés d'hypertrophies de la glande thyroïde. Sur certaines, l'iode est sans effet; mais il est d'une efficacité incontestable contre celle qui mérite réellement le nom de *goître*.

On a accusé l'iode de produire des accidents. Je connais un certain nombre de faits qui ne permettent pas d'en douter; et l'on sait que Coindet, après avoir émerveillé Genève par la notoriété de ses succès, éprouva plus tard des revers si nombreux qu'il ameuta presque la population contre lui et qu'il fut obligé de se soustraire à la vengeance de quelques-uns de ses concitoyens.

On prétend que c'est surtout à petite dose que l'iode détermine des accidents. Je suis persuadé qu'il peut très bien en produire aussi à des doses élevées; mais je crois cependant la première opinion très fondée. Pourquoi n'en serait-il pas des préparations d'iode comme des préparations de mercure, dont l'effet est d'autant plus sûr et d'autant plus actif qu'elles sont administrées à doses plus fractionnées? Un fait qui vient encore à l'appui de cette proposition, c'est la merveilleuse efficacité de certaines eaux minérales contre le goître; or, les eaux les plus efficaces ne renferment qu'un tiers ou un quart de milligramme d'iode par litre.

Ceci m'amène à dire deux mots de l'influence de la composition des eaux sur la production du goître et du crétinisme. Il est incontestable pour moi que la constitution goîtreuse s'observe à peu près exclusivement dans les contrées le plus déshéritées d'iode, et parmi les populations condamnées à l'usage d'une eau privée de cette substance. J'ai pu m'assurer de la réalité de ce fait en étudiant les conditions hygiéniques où vivent les habitants des régions de la Suisse et du Piémont les plus désolées par le goître et le crétinisme. Je crois que sur ce point mes observations sont parfaitement d'accord avec celles de M. Baillarger. Ceux qui ont nié ces faits ont bien pu se laisser tromper par des renseignements mal fondés. Là-dessus, il ne faut s'en rapporter aux dires de personne; il faut y aller voir. Dans un village, les notables du pays m'assuraient qu'il n'y avait plus de goîtreux; la fille même du président était affectée de goître; et le lendemain, je rencontrai cinq ou six goîtreux dans les rues. Dans une autre localité, un maître d'hôtel qui m'affirmait aussi qu'on ne voyait plus aucun goître dans le pays, en portait un énorme sous sa cravate. C'est ainsi qu'on écrit l'histoire!

Ici l'orateur cite plusieurs faits confirmant l'influence de l'iode sur le goître. Il rapporte, entre autres, qu'à Saillon (dans le Valais) il n'y a pas eu de goître tant qu'on a fait usage de l'eau dite *de la source chaude*, qui renferme des proportions notables d'iode; tandis qu'on observe cette maladie depuis quatre ou cinq ans, c'est-à-dire depuis qu'on boit de l'eau dite *du torrent*, provenant de la fonte des neiges et nullement iodurée. A l'époque où il n'y avait pas de goîtreux à Saillon, on en observait un très grand nombre à Fogny, village très voisin, mais alimenté par des eaux entièrement dépourvues d'iode. A Borgo-Nuovo, dans la vallée d'Aoste, il y a deux fontaines, la *bonne* et la *mauvaise;* on trouve des goîtreux parmi ceux des habitants qui boivent des eaux de la seconde source; on n'en rencontre point parmi ceux qui font usage des eaux de la première. Qu'avons-nous besoin d'aller si loin? N'a-t-on pas trouvé des goîtreux à quelques kilomètres de Paris, dans la vallée de Montmorency? Or, l'analyse n'a-t-elle point démontré clairement que l'eau de puits que buvaient les habitants était de nature séléniteuse, et peu ou point iodurée?

« J'admets donc, poursuit M. Chatin, non-seulement les faits avancés par M. Rilliet, mais encore je me range à l'explication qu'il en donne. Je ne différerai de lui que par une nuance : je crois que la présence de l'iode dans l'air et dans les eaux est nécessaire à la santé; mais je ne pense point qu'il soit essentiel qu'il y en ait de fortes proportions. Je ne crois pas non plus, ainsi qu'il l'avance, que l'iode soit indispensable aux animaux et aux végétaux comme à l'homme. Ce qui le prouve c'est qu'on rencontre une végétation très luxuriante et des bestiaux superbes dans les contrées de goîtreux et de crétins. Je crois que l'homme jouit d'une constitution très différente de celle des autres animaux, et je suis de ceux qui pensent que notre espèce mérite, par sa conformation anatomique et par ses attributs physiologiques, de former un règne à part, le *règne humain*. Le fer et le phosphore, que l'on trouve en si grande abondance dans les eaux et dans les produits du sol, sont nécessaires à tous les animaux. Un des caractères distinctifs de l'homme c'est d'avoir besoin d'un aliment spécial, de l'iode, dont peuvent se passer les autres créatures.

Mais, messieurs, à quoi servent tous les discours et toutes les discussions théoriques lorsqu'il s'agit d'établir un fait scientifique? Le débat actuel sera stérile, je le crains bien, tant que ne sera pas démontrée pour tous cette vérité fondamentale : *qu'il existe de l'iode disséminé dans l'atmosphère, dans les eaux et dans les matières organiques*. Je termine donc en proposant que l'Académie institue la section de chimie en commission spéciale, chargée de résoudre cette question, en étudiant comparativement l'air, les eaux et le sol de la zone parisienne et de la zone genévoise. »

La séance est levée à cinq heures (1).

(1) Pendant le cours de la discussion, M. *le président* proclame les *Commissions des prix*. (Voy. aux VARIÉTÉS, p. 175.)

V

REVUE DES JOURNAUX.

Néphrite diphthéritique, urémie, leucémie, abcès articulaire, infiltration purulente de la cuisse, observation par M. le docteur Louis Bauer.

Leucocythémie lymphatique, par M. le docteur Mulder.

Obs. — Ernst S..., âgé de trente ans, fut reçu, dans un état comateux, au *Long College Island Hospital*, le 2 avril 1859. Sa santé avait toujours été délicate. A la suite d'un érysipèle de la face, il fut pris d'un délire tranquille, avec exacerbations très violentes.

A son entrée, l'érysipèle était en voie de résolution; la coloration de la peau était pâle et jaunâtre, sa température abaissée, le pouls très fréquent et faible. On constata en outre les particularités suivantes : tête fraîche, non congestionnée, sclérotique très pâle, yeux fixes, pupilles mobiles, région lombaire un peu sensible, souffle cardiaque doux au premier temps, prostration, apathie, quelques tremblements musculaires, rétention d'urine, urine albumineuse, contenant seulement des traces d'urates, mais un grand nombre de cellules épithéliales infiltrées de graisse, plus des cylindres *diphthéritiques* et épithéliaux, et des globules sanguins. (Prescription : carbonate de soude, ventouses scarifiées aux lombes.)

Pendant la nuit, le malade était agité et délirait continuellement ; mais dans la matinée du 3 avril, après quelques heures de sommeil, les facultés intellectuelles étaient plus libres, la fièvre et le tremblement musculaire avaient également diminué; l'état de l'urine n'avait pas changé.

On continua le même traitement, et l'état du malade s'améliora progressivement; la convalescence semblait être franchement établie, lorsque le 12 avril, après une nuit très agitée, le malade se plaignit d'une tuméfaction douloureuse du genou gauche, dont la synoviale était distendue par une assez grande quantité de liquide. C'était un épanchement purulent, qui ne s'accompagnait d'ailleurs que d'une très légère réaction générale.

Après avoir ponctionné deux fois l'articulation pour évacuer le pus, on remarqua, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, un cordon résistant, roulant sous le doigt, nullement douloureux à la pression ; puis, en peu de jours, toute la cuisse et une partie de la jambe furent envahies par une infiltration purulente, qui nécessita des incisions multiples et s'accompagnait d'œdème de la jambe et du pied.

Sous l'influence de la suppuration abondante qui s'établit, le malade dépérissait et s'affaiblissait rapidement. Il était surtout d'une pâleur effrayante, telle que M. Bauer n'en avait jamais vue d'aussi remarquable, même à la suite des hémorrhagies les plus abondantes. C'est ce symptôme qui l'engagea à soumettre le sang à l'examen microscopique: on appliqua à la région précordiale une ventouse scarifiée, et l'on obtint ainsi environ 12 grammes de sang. Après l'avoir défibriné, on le laissa reposer. La fibrine contenait un grand nombre de globules blancs ; dans le sérum on trouva des globules blancs et rouges, en proportion inverse du rapport normal (le champ du microscope ne contenait, dans aucune préparation, plus de quatre globules rouges), et un nombre *énorme* de granulations graisseuses moléculaires (solubles dans l'essence de térébenthine et dans l'éther), et d'autres granulations dont on ne put déterminer la composition chimique. Enfin, le dépôt qui s'était formé dans le sang défibriné et qui avait la couleur d'une solution de carmin, était composé presque exclusivement de globules blancs ; c'est à peine si l'on y rencontrait quelques globules rouges.

En examinant de même quelques gouttes de sang prises sur l'extrémité inférieure *gauche* (malade), on le trouva plus foncé en couleur ; la fibrine s'y coagula moins complétement et était plus molle ; enfin, la proportion relative des globules blancs était encore plus considérable que dans le sang pris à la région précordiale.

Les scarifications de la région précordiale continuèrent à fournir du sang après l'opération, et il fallut arrêter l'hémorrhagie à l'aide des styptiques.

On revint avec soin aux anamnestiques ; le malade n'avait jamais eu de fièvre paludéenne, et ne présentait pas d'engorgement du foie ni de la rate.

Le 4 mai, l'affaiblissement avait encore fait des progrès, la peau était chaude et sèche, le pouls plus fréquent et plus faible, le souffle cardiaque plus intense, les selles fétides et peu colorées. L'urine était très concentrée, mais ne contenait plus les mêmes éléments microscopiques que précédemment. Les incisions pratiquées à la cuisse gauche donnaient issue à une suppuration sanieuse, abondante, fétide, et à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. L'abdomen était météorisé, et il y avait tendance à la constipation ; néanmoins, l'appétit était conservé.

Un nouvel examen du sang, fait à cette époque, montra que les globules rouges étaient beaucoup plus nombreux que précédemment, bien que leur rapport normal avec les globules blancs fût loin d'être rétabli ; en outre, les globules rouges présentaient des contours irréguliers, comme crénelés, et une surface ridée, caractères qui disparaissaient par l'addition de quelques gouttes d'eau; enfin, ces globules avaient beaucoup moins de tendance à se réunir en piles qu'à l'état normal.

Sous l'influence d'un régime analeptique, l'état du malade s'améliora d'abord sensiblement. Dans le premier jour du mois de juin, la suppuration était moins abondante, etc. Le sang contenait encore environ 50 pour 100 de globules blancs. Peu après, une aggravation nouvelle de symptômes succéda à ce mieux passager. Le malade mourut le 6 juillet.

A l'*autopsie*, on trouva des fistules communiquant avec l'articulation tibio-fémorale gauche, des fusées purulentes à la cuisse, etc. Les vaisseaux cruraux étaient perméables, mais la veine était rétrécie et comprise, avec le nerf fémorale, dans un tissu dense, homogène. Les ganglions lymphatiques du creux poplité, de l'aine, du petit bassin, et même les ganglions prévertébraux inférieurs étaient le siége d'un engorgement inflammatoire considérable.

Le foie était augmenté de volume, gorgé de sang, et présentait un commencement de dégénérescence graisseuse. La rate, de volume normal, était ramollie, d'une couleur bleu foncé.

Les reins étaient très volumineux ; la substance corticale était granuleuse, en grande partie congestionnée, pâle dans quelques endroits. La partie médullaire était colorée en brun foncé. A l'examen microscopique, on trouva les cellules épithéliales infiltrées de graisse, détachées en partie sous forme de cylindres.

On trouva en outre une pleurésie ultime à droite, des tubercules ramollis dans le poumon gauche, de l'endocardite dans les cavités gauches du cœur (endocarde épaissi, blanchâtre, opaque, couvert d'une couche très adhérente de matière plastique), et, dans le cœur droit, un caillot fibrineux, mou, volumineux, étendu du ventricule dans l'oreillette et dans l'artère pulmonaire. (*American Medical Monthly*, octobre 1859.)

M. Bauer pense, sans vouloir l'affirmer pourtant d'une manière bien catégorique, que l'on peut rapporter dans cette observation la leucocythémie à l'engorgement du foie et à l'altération de la rate. Il discute et rejette l'idée d'une véritable pyoémie, et il est, en effet, difficile d'admettre que la vie du malade eût pu se prolonger pendant plusieurs semaines, alors que son sang aurait été chargé de pus. Tout au plus pourrait-on songer à expliquer la leucémie par la suppuration de la cuisse si l'on était partisan des opinions énoncées à cet égard par le professeur Rokitansky dans la dernière édition de son *Traité d'anatomie pathologique*. Mais l'opinion de M. Rokitansky soulève tant d'objections qu'il est inutile de s'arrêter à cette explication.

On sait que les suppurations abondantes s'accompagnent souvent, comme tant d'autres maladies, d'une légère augmentation relative des globules blancs du sang ; mais dans tous les cas où le sang a été analysé dans ces conditions, cette augmentation des globules blancs était tellement faible, qu'il est impossible de mettre l'observation précédente dans la même catégorie; il s'agissait bien d'une véritable leucocythémie que l'on ne saurait d'ailleurs rapporter à la rate, parce qu'elle ne présentait aucun des caractères habituels à la leucocythémie splénique. L'influence de l'affection hépatique seule est tout aussi problématique. Peut-être faut-il chercher plutôt l'origine de la leucocythémie dans l'affection assez étendue des ganglions lymphatiques. Ce serait donc un cas de leucocythémie lymphatique, espèce sur laquelle nous aurons à revenir un jour, en même temps qu'à quelques lésions viscérales de la leucémie, et dont nous enregistrons provisoirement un exemple assez complet, si ce n'est que l'examen du sang n'a révélé la leucémie qu'à l'autopsie.

Cette observation appartient à M. Mulder ; elle a été reproduite, d'après le Nederlandsch Tidschrift voor geneeskunde, par M. Valentiner dans la Zeitschrift fur klinische Medizin, t. IX, p. 395.

Obs. — S..., âgé de vingt-deux ans, ouvrier, avait souffert, dans son enfance, d'adénites cervicales répétées, et d'autres affections scrofuleuses qui avaient à peu près complétement disparu plus tard, et il avait joui depuis d'une santé non interrompue. Il n'avait pas eu, autant qu'on put s'en assurer, d'affection syphilitique.

Au printemps de l'année 1854, il éprouva à plusieurs reprises des douleurs abdominales passagères. Au mois de juin, ses ganglions sous-maxillaires se gonflèrent rapidement au point de gêner les mouvements masti-

catoires; il éprouva de la céphalalgie frontale et de la dyspnée, et ne fut soulagé que momentanément par des épistaxis répétées. Puis, tous les symptômes s'aggravèrent, s'accompagnant bientôt de dureté de l'ouïe et de sueurs nocturnes, et en même temps l'appétit, loin de diminuer, augmentait au contraire.

Quand il entra à l'hôpital, le 3 octobre, tous ces symptômes persistaient. Le malade se plaignait en outre de difficulté dans la déglutition et dans l'articulation, de salivation, d'une sensation de sécheresse et de chaleur dans la bouche, d'une soif vive, d'insomnie et d'une grande faiblesse. Il avait la face cyanosée et bouffie. Les ganglions sous-maxillaires formaient de chaque côté une tumeur du volume d'un poing, et présentaient une consistance variable ; les uns étaient durs, les autres, c'étaient les plus volumineux, très mous. Ils étaient peu sensibles, et la peau qui les recouvrait n'était pas altérée. Les gencives étaient tuméfiées et étaient le siége d'une vive injection, qui s'étendait à toute la muqueuse buccale. Les amygdales étaient très volumineuses, l'haleine fétide. Les ganglions axillaires et inguinaux étaient également un peu gonflés. L'appétit n'avait pas souffert. (Décoction de quinquina avec acide sulfurique, frictions avec une pommade à l'oxyde de cuivre.)

Le 5, la surdité et la tuméfaction des ganglions avaient un peu diminué et l'état général paraissait s'être amélioré.

Le 9, coliques, diarrhée qui cédèrent à une décoction de salep. Bientôt des ulcères scorbutiques se montrèrent aux gencives. (Collutoire acide.)

A partir de la mi-octobre, on eut recours à l'huile de foie de morue sans résultats avantageux. En novembre, les gonflements ganglionnaires augmentèrent rapidement ; d'autres apparurent à la région mastoïdienne et à la nuque, l'appétit diminua et les sueurs nocturnes devinrent plus abondantes.

A partir du 8, le malade, qui maigrissait à vue d'œil, dut garder le lit, tourmenté par une toux sèche, accompagnée de fièvre et d'une insomnie opiniâtre. Une alimentation roborante (décoction blanche avec eau de laurier-cerise, bière, bouillons, etc.) ne fit qu'aggraver la fièvre, qui devint continue ; l'appétit languit de plus en plus. La soif, la chaleur à la gorge, la céphalalgie, l'abattement et l'amaigrissement ne cessèrent de faire des progrès, la diarrhée revint.

Le 22, les extrémités inférieures étaient infiltrées ; assoupissement, respiration râlante ; mort le lendemain.

A l'*autopsie*, on trouva toutes les parties molles comprises entre l'os hyoïde et le sterno-mastoïdien infiltrées d'une matière lardacée, les ganglions lymphatiques de cette région volumineuse atteignant jusqu'au volume d'un œuf de poule ; la plupart étaient très mous, friables, et présentaient une coloration rouge foncée. Le microscope n'y révélait que les éléments de l'hypertrophie simple. Quelques-uns passaient à l'infiltration tuberculeuse.

Les amygdales étaient hypertrophiées ; la muqueuse qui recouvrait celle du côté droit était gangrenée. La muqueuse du voile du palais était boursouflée. Les ganglions bronchiques, presque tous mous et injectés, étaient très tuméfiés, ainsi que le thymus. Les organes renfermés dans le médiastin postérieur étaient englobés dans une masse lardacée, composée de tissu connectif et d'une infiltration gélatiniforme.

La plèvre droite était le siége d'un épanchement séreux abondant ; les poumons, fortement œdémateux, ne contenaient pas de tubercules ; sur toutes les coupes leurs vaisseaux laissaient échapper des caillots jaune-verdâtre, libres dans leur calibre, et une petite quantité d'un sang très fluide. Des caillots semblables se retrouvaient dans toutes les cavités du cœur. L'aorte, les veines caves et la veine porte contenaient du sang de même aspect que celui des vaisseaux pulmonaires ; les caillots étaient formés presque exclusivement par des globules blancs.

Les follicules clos de l'intestin étaient hypertrophiés ; la rate et le foie se présentaient avec leur volume normal et ne paraissaient pas altérés. Reins hypérémiés, avec quelques taches jaunes dans la corticale ; les ganglions de l'aine et de l'aisselle étaient très volumineux.

Traitement du narcotisme extrême par la respiration artificielle, par M. Comegys, professeur au collége médical d'Ohio.

Obs. — M. Comegys fut appelé auprès d'un de ses clients, qui venait d'avaler environ 2 onces de laudanum. Ne pouvant se rendre immédiatement auprès du malade, il prescrivit un vomitif, composé d'une forte dose de sulfate de zinc et d'ipécacuanha. Ce moyen produisit quelques vomissements, mais sans agir autrement sur l'état du sujet.

Quatre heures à peu près après l'ingestion du poison, M. Comegys trouva le malade étendu sur le sol, complétement insensible et comateux, la peau froide, livide, le pouls faible et petit, la respiration stertoreuse, extrêmement rallentie ; on ne comptait que cinq inspirations par minute ; la mort paraissait imminente.

On procéda à la respiration artificielle, en même temps qu'on envoyait chercher une demi-once de teinture de belladone, qui fut administrée en lavement. Sous l'influence des mouvements respiratoires, le pouls reprit bientôt quelque force, et les râles bronchiques, dont les vibrations étaient faciles à sentir à la main, commençaient à diminuer.

Survint un autre médecin, qui s'appliqua à vider l'estomac à l'aide d'une pompe stomacale. Loin de produire du mieux, cette opération manqua d'achever le malade.

On recommença alors la respiration artificielle, et on ne l'arrêta qu'au bout de *neuf heures*. Le malade avait alors repris connaissance et se trouvait assez bien pour que tout traitement fût désormais inutile.

M. Comegys ne croit pas que la belladone, récemment vantée comme antidote de l'opium, ait contribué sensiblement à la guérison de son malade, bien que les pupilles se fussent dilatées sous son influence ; il a vu, dit-il, l'emploi de cette substance rester sans effet aucun dans des cas analogues, où l'on n'a pas eu recours à la respiration artificielle. L'électricité, les affusions froides, la flagellation, les mouvements forcés, etc., ne lui ont pas paru plus efficaces, et toute sa confiance est acquise à la respiration artificielle, qui lui a donné un succès si remarquable. L'auteur ajoute qu'ayant trouvé la méthode de Marshall-Hall peu commode, il a fait exécuter la respiration artificielle en faisant comprimer le thorax latéralement, d'une manière rhythmique, par des aides placés sur les côtés du malade, celui-ci étant couché sur le dos, la tête un peu élevée et la langue étant attirée en avant pour assurer l'entrée facile de l'air dans le larynx. (*Cincinnati Lancet and Observer*, octobre 1859.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies mentales, par M. Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure). In-8 de 880 pages. Paris, 1860, librairie Victor Masson.

Nous avons signalé souvent l'indifférence des médecins pour les études mentales. Parce que la plupart des aliénés sont recueillis dans des asiles, on s'imagine volontiers que le soin de les traiter regarde exclusivement ceux qui en ont le devoir habituel ; comme si quelque partie de la science pouvait rester étrangère à chacun de nous, et notamment celle-là, qui nous initie à la connaissance des ressorts moraux dont l'action est si puissante dans les maladies. D'ailleurs, cette considération n'est pas la seule qui condamne une prévention injustifiable : tous les jours, dans l'exercice ordinaire, le praticien se trouve aux prises avec des affections ou des circonstances relevant de l'appréciation médico-psychologique. Combien d'états particuliers se compliquent de troubles intellectuels, d'aberrations morales, de perversions instinctives ! et par contre, que de désordres fonctionnels ou organiques ne sont pas engendrés et entretenus par le jeu anormal des facultés, la direction vicieuse des sentiments ou les écarts des passions !

Les questions juridico-administratives offrent également un terrain commun d'une incontestable importance. N'est-ce pas le plus ordinairement le médecin de la famille qui décide de l'opportunité des placements ? S'il le fait à contre-temps et pour des symptômes qui eussent pu être conjurés sans le recours à ce parti extrême, la victime de cette méprise reçoit un signe qui s'efface difficilement. Dans un cas contraire, l'indétermination ou la temporisation peut non-seulement faire perdre au malheureux insensé le bénéfice d'un traitement fructueux, mais l'exposer à des écarts dangereux pour la société, sa famille ou lui-même.

D'autres éventualités confirment l'utile application du savoir pathologico-mental. Soyez consulté pour un mariage, le choix d'une carrière, un mode d'éducation, le tempérament d'une action disciplinaire ou conductrice, de votre avis plus ou moins éclairé dépendra parfois tout un avenir sauvegardé ou compromis. Quelles lumières ne pourrait-on pas répandre encore dans les délibérations

de ces conseils où se décident une foule de questions afférentes à l'instruction générale, aux lois, aux mœurs, à la bienfaisance! Pense-t-on enfin que, grandi par des connaissances d'une si haute portée, le médecin n'acquerrait pas dans l'opinion une estime nouvelle tout à fait favorable à sa dignité et à son succès?...

Dès longtemps, ceux d'entre les aliénistes dont la vue s'étend au delà de l'horizon purement morbide ont senti le vice d'un enseignement qui laisse, ou à peu près, hors de son programme les notions sur la folie. Mais M. Morel ne s'est point borné à de stériles doléances : son livre actuel a été entrepris surtout avec l'espoir d'aider à combler une lacune regrettable en mettant, autant que possible, les données de notre science à la portée de tous.

Ce travail se distingue, par cela même, des précédents écrits de notre collègue, et notamment du grand traité en deux volumes qu'il a publié il y a deux ans. Si toutefois, à cause de l'exigence du plan, il a su se montrer sobre de longues citations et de controverses approfondies, il n'a apporté que plus de soin à exprimer les traits saillants des théories et à en préciser les déductions pratiques.

Telle a été, sous ce rapport, sa préoccupation, qu'elle l'a conduit à une innovation grave. Les nomenclatures ayant cours reposent toutes sur les formes délirantes ; obéissant définitivement à une propension déjà manifestée, M. Morel a consommé sa rupture avec la coutume traditionnelle. La division à laquelle il s'est rattaché a sa base dans les conditions d'origine ou, ce qui équivaut, dans la nature diverse des cas particuliers. Négligeant, en un mot, les vieilles dénominations de manie, mélancolie, stupidité, lypémanie, monomanie, illusions, hallucinations, etc., il a encadré toutes les aliénations dans les six catégories suivantes : héréditaires; par intoxication; hystériques, épileptiques, hypocondriaques; sympathiques; idiopathiques; terminatives ou démences.

Voici comment M. Morel motive cette conversion : les phénomènes n'ayant, selon lui, rien de fixe ne sauraient être le point de départ d'une classification immuable; seul, l'état nerveux, par la permanence de son caractère, offre les éléments indicateurs d'une thérapeutique rationnelle.

Ces raisons sont puissantes, nul ne le contestera. Par le sulfate de quinine, on s'adresse au génie périodique, non aux symptômes de la fièvre intermittente. Il est douteux néanmoins que le changement proposé par M. Morel obtienne un assentiment unanime.

Est-il d'abord exact que l'instabilité soit le propre des aberrations mentales? Cette opinion a deux ordres de partisans, les uns attribuant à l'intensité diverse des altérations cérébrales l'étendue variable du délire, les autres admettant au moins la fréquente alternation des formes entre elles, et notamment le remplacement, et *vice versâ*, des folies partielles par les folies générales. Mais l'expérience semble peu favorable à une doctrine aussi absolue, et, pour ce qui nous concerne, dans un opuscule récent sur les *pseudo-monomanies*, nous croyons avoir démontré que la manie subit rarement la transformation monomaniaque; que la monomanie ne perd qu'exceptionnellement son type acquis, et qu'à l'égard des mutations observées le contraste produit par la transition de l'agitation au calme a fait prendre la diffusion mélancolique de l'hébétude pour une circonscription délirante.

D'un autre côté, tous les genres reconnus par M. Morel ne sont peut-être pas également invulnérables aux objections. Passe pour les folies par intoxication ou consécutives à l'épilepsie ou à l'hystérie; nous ne voyons pas le lien qui rattache les hypochondries à ces dernières. Le fonds, par suite d'une influence déterminée et certaine, doit ici dominer la surface. Mais peut-on en dire autant des aliénations héréditaires, sympathiques et idiopathiques? Comment tracer de chacun de ces groupes une description uniforme et en tirer des conséquences applicables?

La prédisposition héréditaire joue un rôle considérable dans la génération des aliénations mentales; mais son action est voilée et mystérieuse. Ce n'est pas tant par sa virtualité propre qu'elle se révèle que par le terrain propice qu'elle offre au concours des autres causes. Ajoutons qu'elle n'est pas moins diversifiée dans son essence et dans ses effets que les nombreuses individualités dans lesquelles elle s'incarne. Ces conditions évidemment se prêtent peu à la constitution d'une classe nosologique.

Mêmes réflexions touchant les folies sympathiques. Ce sujet a servi à M. Loiseau de thème pour sa dissertation inaugurale, si justement appréciée. Mais la discussion même suscitée à la Société médico-psychologique par le travail de notre jeune collègue a prouvé combien nos idées sur le délire extra-cérébral étaient encore chancelantes. L'hérédité, d'ailleurs, est loin d'être étrangère à l'éclosion des accidents. Une lésion éloignée qui, sans empire sur l'esprit du grand nombre, trouble celui de quelques-uns implique nécessairement chez ces derniers une aptitude particulière à recevoir le contre-coup de la souffrance.

La sphère des folies idiopathiques n'est guère mieux dessinée. S'agit-il des névroses pures ou de toutes les affections ayant leur siége primitif dans le cerveau? Les deux acceptions ont été admises. M. Morel se restreint à la congestion temporaire, à la périencéphalite insidieuse ou délire aigu et à la paralysie générale. Que deviennent alors les simples déviations fonctionnelles? M. Étoc Demazi rapporte la stupidité à l'œdème de l'encéphale. L'état lypémaniaque dépend souvent de l'oppression ou de l'inertie du même organe. Où l'auteur place-t-il ces variétés morbides? Est-il enfin sans précédent que le délire aigu ait été indirectement provoqué et que la congestion temporaire et la paralysie générale se soient rattachées à une transmission générative?

Dans la réforme poursuivie par M. Morel, les avantages, on le voit, sont balancés par de notables inconvénients. En envisageant la question sous un aspect différent, peut-être eût-il reconnu que, si la division par les formes a été généralement suivie, il y a pour cela des raisons majeures. Bornés en nombre, les types symptomatiques tranchés sont plus nets, plus saisissables. Ils résument, en outre, ou présupposent un ensemble d'éléments réels et accessibles, tandis que les causes intimes sont, la plupart du temps, ou latentes ou complexes.

A moins d'une convenance évidente, la source étiologique ne fournit à la nomenclature que des moyens secondaires. La logique, autrement, obligerait à reléguer hors cadre une foule de cas de caractère douteux et de multiplier sans fin les divisions avec la certitude de toujours rester incomplet; car où serait le critérium des exclusions et des préférences? Esquirol a décrit la manie des nouvelles accouchées; M. Marcé vient d'élargir ce sujet par une étude pleine de distinction sur les dérangements d'esprit propres aux diverses phases de la puerpéralité. Ce genre de folie, sans être positivement héréditaire, par intoxication idiopathique ou sympathique, ne figurerait-il pas opportunément à côté des autres espèces délirantes?

Beaucoup d'influences revendiqueraient, au même titre, leur part légitime d'attention : les climats produiraient leurs types; on aurait, suivant les âges, les sexes, les saisons, les professions, les habitudes, les mœurs, les religions, les situations civiles et domestiques, des variétés incalculables : folies de l'enfance, de la maturité, de la vieillesse; folies des époques cataméniale et critique, folies printanières, estivales, automnales; folies des prisonniers, des reclus, des gens de terre et de mer; folies religieuses, folies des gens de lettres, des artistes, etc. Chacun de ces points pourrait assurément servir de thème à des développements particuliers, offrir des traits saillants pour d'intéressants tableaux. Plusieurs même ont été élucidés soigneusement dans des monographies, des dissertations ou des mémoires. Mais un ouvrage élémentaire ne doit qu'emprunter à ces travaux leurs notions essentielles pour en rendre l'analyse dans une exposition simple et méthodique.

Au surplus, nous n'attachons qu'une importance relative aux classifications lorsqu'elles ne diffèrent entre elles que par la distribution des matières. Pourvu que toutes choses soient dites et bien dites; le reste est affaire d'initiation. Nul, sous ce rapport, ne reprochera à M. Morel de s'être montré trop peu explicite : sa pensée se reflète dans toutes ses lignes. Suivons-le donc dans la voie qu'il a parcourue.

Quatre divisions principales se partagent le volume, immense in-octavo qui ne comprend pas moins de 860 pages d'un texte fin et serré. Dans la première, l'auteur déroule le mouvement des

connaissances mentales à travers les phases humanitaires : *antiquité* d'Hippocrate à Cœlius Aurélianus, *moyen âge*, *époque moderne*, à partir du XVIIe siècle. On voit d'abord la science, débile encore, s'aidant du flambeau de l'observation, dégager insensiblement les formes aberratives et en déduire des préceptes que ne désavoueraient pas des théories moins imparfaites; plus tard, obscurcie par le mysticisme des croyances et les ténèbres de la superstition, laisser dans une lutte inégale le champ libre à toutes les rêveries, puis se relevant glorieusement, par le retour aux vrais procédés, sous l'empire d'une philosophie féconde et du progrès rapide des découvertes positives.

Cette esquisse est éminemment remarquable, et nous l'approuverions sans restriction si, en signalant l'ère contemporaine, M. Morel ne se fût arrêté à Pinel et à Esquirol. N'aurait-on depuis rien ajouté au domaine enrichi par ces illustres maîtres? Sans parler d'un *Essai de classification* publié par nous il y a seize ans et qui présente la question de doctrine sous une face toute nouvelle, Georget, MM. Ferrus, Falret, Parchappe, d'autres aussi à l'étranger ou en France, et notamment M. Baillarger, qui rattache à l'excitation et à la dépression la plupart des variétés psychiques, ont, à des points de vue divers, apporté aux divisions antérieures des modifications notables dont on peut justement s'étonner qu'il n'ait pas été tenu compte en cet endroit du livre de notre savant confrère.

La seconde partie est dévolue aux causes, examen que précèdent de courtes réflexions sur le siége des accidents. Selon M. Morel, le cerveau est au moins l'intermédiaire obligé des phénomènes. Il invoque à cet égard l'autorité de Gall et de M. Foville, et aussi quelques preuves tirées de M. Flourens, à qui il a emprunté l'opinion du célèbre physiologiste allemand. A ce propos, nous éprouvons le besoin de signaler une coutume qui tend à se généraliser. M. Flourens, on le sait, a combattu ardemment les idées phrénologiques. Or, sitôt que point l'occasion d'une allusion même éloignée, c'est à qui s'empressera de souscrire inconsidérément aux attaques de l'illustre savant. M. Morel lui-même, nous avons regret de le dire, n'a point su se défendre de cet engouement. Il flétrit dédaigneusement le système au moment où en citant l'auteur, il semble témoigner pour lui de la déférence. Quelle nécessité l'a conduit? Aucune. Sur quoi s'est-il fondé? La parole de M. Flourens lui a suffi. Elle est considérable, assurément. Toutefois, si le savoir le plus profond ne garantit pas toujours des illusions, et la *phrénophobie* est un peu la marotte de l'éminent académicien, les dignités supérieures ne donnent pas davantage l'infaillibilité ou l'universalité du génie. En réalité, malgré l'inexplicable succès qu'elle a obtenu, la réfutation de Gall par M. Flourens, aussi légère de composition que médiocre de raisonnement, justifierait peu, si ce titre était unique, la haute réputation acquise à l'honorable membre de l'Institut.

M. Morel a obéi à une meilleure inspiration en reproduisant les considérations pleines de sens et de profondeur de M. Foville. La question du physique et du moral serait résolue si elle pouvait l'être. On ne saurait avec plus de finesse d'aperçus et des ménagements plus habilement gradués concilier les prétentions respectives du matérialisme et du spiritualisme, tout en avouant l'âme l'effacer dans la discussion, et conclure des irrégularités psychiques à des modifications nerveuses correspondantes. Par malheur, l'éternel X ne cesse de nous apparaître avec sa fatalité mystérieuse et ses abîmes insondables qui ne laissent à la pratique sensée qu'une alternative : s'en tenir pathologiquement à l'expression des distinctions morbides, thérapeutiquement aux leçons d'une expérience éclairée.

Nous n'insisterons point sur des observations déjà faites et dont l'exposé étiologique offre un commencement de vérification. Plusieurs influences sont indiquées dont la trace s'évanouit dans les catégories étudiées par l'auteur, celles de l'âge, par exemple, en ce qui concerne les enfants, de l'élément rhumatismal, de la grossesse, etc. A part ces transpositions, nous ne pouvons qu'adhérer à l'excellent esprit qui a présidé à l'interprétation des causes, à la juste prépondérance que M. Morel leur accorde, aux préceptes qu'il établit pour en rendre l'analyse fructueuse.

Un certain arbitraire a généralement régné dans leur classification. Cela dépend de la perspective où chacun s'est placé. M. Morel pense que, favorable aux procédés statistiques, la division des causes en physiques et morales ne projette pas une clarté suffisante sur la pathogénie psychique. Toutes ne sont pas non plus exclusivement prédisposantes ou déterminantes. Prenant dès lors un moyen terme, et sans viser à une rigueur absolue que le sujet ne comporte point, il a cru réaliser les avantages désirables en groupant dans une coordination mixte toutes les variétés d'influences. Voici les six séries auxquelles il s'est arrêté : causes prédisposantes générales, causes individuelles, maladies des systèmes circulatoire et digestif, causes physiologiques, causes spécifiques, causes morales.

Il y a des actions passagères et durables. Sans en négliger aucune, M. Morel s'est particulièrement appesanti sur celles qui, par leur continuité ou leur permanence, préparent un terrain favorable à la maladie, contribuent à l'entretenir ou à la faire récidiver. Les plus importantes sont inhérentes à l'individu, à sa constitution, à son tempérament, à son caractère, à ses habitudes, à ses mœurs, à ses idées, à ses vices génératifs, à ses infirmités originelles ou acquises. Dans son *Traité des dégénérescences*, l'auteur avait déjà amplement développé leurs attributs, leurs transformations et leur triste efficacité. Cette étude a naturellement profité à la nouvelle publication et s'y présente avec un cachet de maturité plus saillant encore.

D'autres influences méritent également d'être mentionnées, celles notamment relatives à la civilisation, à l'éducation, aux opinions religieuses et politiques. Leur considération, d'ailleurs, ne se restreint pas aux conséquences directement médicales. En facilitant une appréciation plus équitable des dispositions des aliénés, non-seulement elle tend à détruire des préventions injustes et nuisibles, mais elle ouvre aux modifications législatives, aux améliorations hygiéniques, à la réformation sociale, une large source de fécondes indications.

Par suite de son plan, exclusif des variétés mentales ordinaires, M. Morel se trouvait très limité dans sa tâche descriptive. Les genres par lui adoptés prêtent plus aux déductions qu'aux tableaux. Beaucoup de circonstances intéressantes auraient dû être écartées du cadre ou n'y entrer que par voie détournée. Pour sauver la difficulté, à l'instar de M. Foville, qui, par désespoir de démarquer les types, s'est borné à l'examen des symptômes, et d'Esquirol, dont les descriptions particulières sont précédées d'une histoire générale de la folie, M. Morel a pris le parti de préluder aussi par une analyse méthodique des diverses lésions organiques et fonctionnelles comprises dans le domaine de l'aliénation mentale. Il pouvait ainsi obvier à toute omission regrettable et suppléer dans la mesure qu'il jugeait nécessaire à ce que contenait de bon la division désertée.

Tel est, en effet, l'objet de la troisième partie où les phénomènes anormaux sont successivement envisagés dans leur caractère propre, leurs modes de manifestation et d'évolution, leurs complications et leurs suites. Il serait difficile d'établir une préférence parmi tant de points tous également dignes d'attention. Notons pourtant, comme ayant soulevé de récentes controverses, les troubles de la sensibilité, les illusions et les hallucinations, les formes monomaniaque, mélancolique, stupide et alternantes.

C'est seulement après avoir traversé ces préliminaires, qui n'occupent pas moins des trois cinquièmes de l'ouvrage, que M. Morel aborde enfin dans sa dernière division l'exposé de ses catégories spéciales.

Ainsi que nous l'avons fait pressentir, le chapitre sur la folie héréditaire est plutôt une savante dissertation sur la transmission générative que la description d'une espèce morbide. A défaut de l'auteur, avouant lui-même que la circonstance de l'hérédité se rattache à un grand nombre de variétés délirantes, il suffit, pour s'en convaincre, de lire les titres des différents paragraphes. Tous les types y ont leur représentation, toutes les perversions, toutes les dégénérations : *idées fixes*, *excentricités*, *folies à évolution similaire*, *à évolution progressive*, *manie raisonnante*, *folie morale*, *propensions au suicide*, *à l'homicide*, *au vol*, *à l'incendie*, *à l'ivrognerie*,

à la salicité, imbécillité, idiotie, *crétinisme*. Comment éviter la confusion parmi tant de nuances?

Heureusement M. Morel s'est moins appliqué à les décrire qu'à en dévoiler l'origine, les dangers et les conséquences pratiques, ce à quoi il a parfaitement réussi. On a beaucoup écrit sur l'hérédité dans ses rapports avec la folie; nul n'a émis sur ce sujet des aperçus plus ingénieux ou formulé des principes plus conformes à l'observation et à l'expérience.

Les délires par intoxication ou consécutifs à l'épilepsie, à l'hystérie, etc., ont été examinés avec un soin particulier. M. Morel a surtout tiré un excellent parti des recherches dont l'alcoolisme a été l'objet dans ces derniers temps. Il y a, du reste, entre ces diverses formes, une affinité peu appréciée jusqu'ici, et que l'auteur a entrevue, mais selon nous non suffisamment exprimée. Le fonds commun, pour la majorité des cas, c'est l'obtusion. Il se produit, en outre, plus ou moins intenses et nombreuses, des hallucinations d'où procède une agitation très différente de l'incohérence maniaque et relativement aussi beaucoup plus redoutable. Esquirol expliquait ce danger par une perte plus absolue de la conscience. L'inverse est peut-être vrai. Dans la perversion de la manie, la mobilité des impressions, le défaut de liaison dans les idées, s'opposent aux sentiments durables, aux desseins suivis. Sous le voile qui offusque l'esprit, souvent, dans les cas opposés, et notamment à la suite du mal caduc, toute intuition n'est pas anéantie. En même temps que les sensations fausses, il y en a de réelles, de sorte qu'obéissant aux unes et aux autres, le malade peut concevoir des résolutions funestes et les accomplir.

Nous nous arrêterons peu aux folies sympathiques. Ici, l'intérêt se concentre dans le diagnostic, puisque le principal effort du traitement doit se diriger sur l'organe, dont la souffrance amène par irradiation le dérangement mental. C'est ce qui justifie l'examen étendu accordé par l'auteur aux indications et aux agents destinés à y satisfaire.

Un fait capital domine l'ordre des folies idiopathiques, la congestion. Espèce par elle-même, on l'observe à l'origine et dans le cours d'une foule d'affections mentales. Son rôle a été surtout étudié dans la paralysie dite des aliénés. Comment l'envisager? Comme cause ou comme un des premiers effets de la lésion que caractériseront bientôt des symptômes significatifs? On n'a jamais révoqué en doute le premier mode d'influence, et M. Morel adopte implicitement la persuasion commune. Nous pensons, néanmoins, et non sans en avoir articulé des raisons majeures, que la congestion offre, selon les cas, l'un ou l'autre caractère, mais plus souvent le dernier.

Quant à la démence, soit primitive ou consécutive, l'auteur se borne pour ainsi dire à l'indiquer, attendu qu'incurable on peut en lire tous les traits dans le tableau des dégradations finales des divers cas auxquels elle finit par s'adjoindre.

Cette analyse affecte une certaine allure critique qui s'éloigne de nos habitudes. Notre savant confrère ne s'en offensera pas; en se frayant une voie insolite, il a dû s'attendre à de la résistance, même de la part de ceux qui lui vouent le plus de sympathie. Nous nous adonnions à l'envi au perfectionnement séculaire de la nomenclature mentale. On approfondissait les genres, on les circonscrivait, on était près de s'entendre. M. Morel vient tout simplement nous proposer d'abandonner une préoccupation stérile. Est-il donc sûr lui-même de n'avoir pas été le jouet d'une fascination? La distinction des formes lui paraît sans base; mais si le délire systématisé n'est qu'une éventualité par exemple, pourquoi, tenace et invariable, éclate-t-il si rarement d'une manière subite et sous l'empire de causes qui provoquent aisément les perturbations générales? Prenons garde; c'est déjà tourner contre soi la présomption que d'être en opposition avec le sentiment de tous. Dans les sciences d'observation particulièrement, le progrès consiste moins à changer les principes avoués qu'à les développer, les rectifier et les éclairer d'un nouveau jour.

En nous exprimant avec cette sincérité, nous ne croyons, d'ailleurs, abaisser ni l'auteur, ni l'ouvrage. M. Morel, vétéran de la spécialité, a fourni des témoignages au-dessus de toute atteinte. Le but qu'il a poursuivi est légitime; il aurait pu, selon nous, y parvenir sans s'écarter des sentiers battus; mais son savoir n'en est pas moins hors de cause. Le désaccord intéressant les hautes régions de la théorie ne porte exclusivement que sur une question de méthode. Au point de vue pratique, l'enseignement demeure intact, avec ses faits, ses démonstrations, ses preuves; et c'est précisément ce qui importe à la classe de lecteurs auxquels l'auteur a voulu s'adresser, en mettant à la portée des médecins et des élèves une science nécessaire que les uns n'ont point apprise, et que les autres n'ont point la facilité d'apprendre. DELASIAUVE.

VII

VARIÉTÉS.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher ami,

Enfermé depuis plusieurs mois dans l'isolement et le recueillement des douleurs domestiques, j'ai appris ces jours-ci seulement qu'on m'avait prêté dans l'affaire du professeur Longet un rôle antipathique à mon caractère, que je croyais à l'abri de semblables insinuations. Si, parmi ceux qui me connaissent, il en est quelques-uns qui se soient faits les fauteurs de ces calomnies, je dédaignerai de leur répondre, car on ne discute pas avec la mauvaise foi et le mensonge. A ceux pour lesquels je suis un étranger, je déclare que je n'ai joué d'autre rôle que celui d'un confident passif, involontaire et presque forcé au milieu des tristes préoccupations qui m'accablaient alors. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

COMMISSION DES PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PRIX DE L'ACADÉMIE (*chloroforme*). — MM. Velpeau, Devergie, Bouvier, Roche et Danyau.

PRIX PORTAL (*obstruction des vaisseaux pulmonaires*). — MM. Louis, Cruveilhier, Barth, Denonvilliers et H. Bouley.

PRIX CIVRIEUX (*chloro-anémie*). — MM. Bouillaud, Briquet, Jolly, de Kergaradec et Trousseau.

PRIX LEFÈVRE (*mélancolie*). — MM. Ferrus, Rostan, Fréd. Dubois, Baillarger et Beau.

PRIX ORFILA (*champignons*). — MM. Moquin-Tandon, Chatin, Desportes, Robin et Poggiale.

PRIX BARBIER (*maladies réputées incurables*). — MM. Bricheteau, J. Guérin, Grisolle, Rayer et Tardieu.

PRIX CAPURON (*accouchements*). — MM. Moreau, P. Dubois, Danyau, Cazeaux et Depaul.

PRIX CAPURON (*eaux minérales*). — MM. Boudet, Pâtissier, Boullay, Gaultier de Claubry et Mêlier.

— M. le chef des travaux anatomiques de la Faculté nous communique l'avis suivant :

MM. les professeurs particuliers qui sont autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire un cours à l'école pratique, pendant le semestre d'été, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le samedi 31 mars, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

MM. les professeurs particuliers sont prévenus, en outre, que les autorisations essentiellement annuelles accordées par M. le ministre de l'instruction publique expirent le 30 octobre. En conséquence, ceux d'entre eux qui auraient l'intention de commencer un cours au mois de novembre prochain doivent déposer dès à présent, au secrétariat de la Faculté, une demande d'autorisation, ou un renouvellement d'autorisation pour l'année 1860-1861.

— M. le docteur Champouillon, médecin en chef du 1er corps de l'armée d'Italie, et M. Legouest, médecin en chef du 5e corps, viennent d'être nommés par S. M. le roi de Sardaigne, officiers de l'ordre royal des SS. Maurice et Lazare.

— Une société locale, agrégée à l'Association générale, vient d'être fondée pour les arrondissements de Reims et de Châlons. M. le docteur Landouzy, directeur de l'École de médecine de Reims, a été élu président du bureau provisoire, formé pour suivre l'obtention des autorisations nécessaires.

— M. le docteur Ochier, médecin de l'hospice de Cluny (Saône-et-Loire), vient de mourir à l'âge de soixante-quinze ans.

— La syphilisation fait toujours des progrès dans le nord de l'Europe. Nous apprenons que le storthing (chambre des députés de Norvége) vient de voter la somme de 6,000 fr. pour la publication du grand travail du professeur W. Boëlk *en langue française*. On se rappelle que, dans l'automne dernier, M. Auzias-Turenne a reçu l'Étoile polaire de Suède, et non de Danemark, comme on l'a dit par erreur.

— M. le docteur Demarquay a été, par arrêté du 6 février dernier, nommé chirurgien de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Monod, qui est nommé chirurgien consultant de cet établissement.

— Le *Journal des connaissances médicales* annonce la mort récente de trois de nos confrères dans la seule ville de Montargis (Loiret), ce sont MM. Fénard, Guynebert et Poumier.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

New-Orleans Medical and Surgical Journal. — N° 4. Fièvre jaune (suite). — Ver solitaire, par *Dowler*. — Occlusion du vagin compliquant le travail, par *Cochran*. — Sur l'hydrophobie, par *Gordon*. — Cas de framboesia et de fistule vésico-recto-vaginale, par *Cartwright*. — Pemphygus aigu, par *Daffell*. — 5. Recherches sur le purpura, le scorbut, les hémorrhagies et les pétéchies, par *Bennet-Dowler*. — Théorie du diabète, par *Goodman*. — Du *delirium ebriosorum*, par *Peake*. — Parotite suppurée, par *Russel*. — Suppression des règles traitée par la cautérisation, par *Winnemore*. — Observations recueillies dans la Maternité de Dublin, par *Mac-Pheeters*. — Tumeur anomale de l'utérus expulsée après la naissance de l'enfant, par *Deason*. — Ligature de la carotide pour un anévrysme par anastomose, par *Cherry*. — Empoisonnement par le perchlorure de mercure, par *Loutworth*. — Traumatisme grave sans symptômes menaçants, par *Whitfield*. — Observations chirurgicales recueillies à la Charité de New-Orleans, par *Richardson*. — Ligature de l'artère iliaque primitive pour un anévrysme, par *Stone*. — Trachéotomie faite pour extraire un corps étranger, par *le même*.

New-York medical Press. — N° 26. Comptes rendus et cliniques. — 1859. — Tome II, n° 1. Anévrysme de l'artère axillaire, par *Theband*. — 2. (Manque.) — 3. Leçons sur l'art des accouchements, par *Gauning*. — Cliniques. — 4. Leçons sur la jurisprudence médicale, par *Anthon*. — Cliniques. — 5. Accouchements (suite). — Cliniques. — 6. Jurisprudence médicale (suite). — Clinique. — 7. Accouchements (suite). — Sur la non-consolidation des fractures, par *Markoe*. — 8. Jurisprudence médicale (suite). — Cliniques. — 9. Accouchements (suite). — Cliniques. — 10. Jurisprudence médicale (suite). — Traitement des métrorrhagies rebelles par des injections iodées, par *Weaver*.

Pacific Medical and Surgical Journal. — N° 19. Études sur l'avortement, par *Storer*. — Sur la coxalgie, par *Bauer*. — Syphilis secondaire (suite). — Diphthérie (suite). — Maladies de l'oreille (suite). — 20. Avortement (suite). — Coxalgie (suite). — Syphilis (suite). — Scarifications de la conjonctive comme saignée locale, par *de Courcilton*.

The Cincinnati Lancet and Observer. — Septembre. Mort subite, etc. (fin). — Traitement des douleurs non expulsives, par *Gibbs*. — Plaie du cerveau, par *Butler*. — Oblitération du sac lacrymal, par *Williams*. — Rhumatisme de l'utérus ; son traitement par les alcalins, par *Black*. — Boissons alcooliques dans la tuberculose, par *Rooker*. — Traitement des fièvres intermittentes par l'arsénite de potasse, par *Sheets*. — Octobre. Respiration artificielle comme traitement du narcotisme extrême, par *Comegys*. — Emploi de l'opium pendant le travail, par *Dutcher*. — Cas de convulsions traitées d'une manière particulière, par *Wright*. — Traitement de l'entropion et du trichiasis par la ligature, par *Williams*.

The Dental Cosmos. (Journal mensuel, publié à Philadelphie ; rédacteurs, MM. *White*, *Mac-Quillen* et *Ziegler*.) — 1er volume. — N° 1. Remarques pratiques, par *White*. — Sur la conservation des dents de lait, par *Pierce*. — Névralgie faciale suite d'indigestion, par *Suesserott*. — Nécrose spontanée des alvéoles, par *Mac-Calla*. — Production subite d'une cataracte double, par *Fiske*. — 2. Remarques pratiques (suite). — Disposition vicieuse des dents, par *Westcott*. — Extraction préventive des dents de lait, par *Suesserott*. — Sur la trempe à donner aux *excavateurs*, par *Robertson*. — Abcès alvéolaire suite d'exostose, par *Brown*. — 3. Hygiène dentaire, par *Pierce*. — Coton et créosote comme mastic, par *Flagg*. — Divers amalgames, par *Herbert*. — Un cas intéressant, par *Garretson*.

The Journal of Materia Medica. — 1859. — Juin. Plantes astringentes indigènes, par *Lee*.

The North American Medico-Chirurgical Review. — Novembre. Jurisprudence obstétricale, par *H. Storer*. — État présent de la science microscopique, par *J.-H. Packard*. — Extraits de la Société pathologique de Philadelphie. — Vraie cause de la longueur et de la brièveté de la vue, par *Ch.-W. Wright*. — Cas d'opération césarienne, par *Mac-Clelland*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — N° 26. Épilepsie (suite). — 27. Maladies des orifices et des valvules du cœur, par *Gola*. — 28 à 30. Sur l'état mental de Giuseppe Curti, par *Bonfanti* et *Tassani*. — 31. Recherches sur le crétinisme en Lombardie, par *Lombroso*. — Névropathie cérébrale (suite). — État mental, etc. (suite). — 32 à 40. (Manquent.) — 41. Observation de ligature de l'artère brachiale pour un anévrysme faux consécutif, par *Cuvellier*. — Réformes relatives à l'hygiène publique, par *Maraglio*. — 42. (Manque.) — 43. Perforation de la base du pénis par une balle ; guérison, par *Rodolfo Rodolfi*. — Fièvre typhoïde terminée par gangrène, par *G. Squintani*.

Gazzetta medica italiana (Stati sardi). — N° 38. Remarques sur l'emploi du cyanoferrure de sodium et de salicine dans le traitement des fièvres intermittentes, par *Musizzano*. — 39. Matricide par lypémanie, par *Maraglia*. — 40 et 41. Clinique (suite). — 42. Guérison d'un tétanos traumatique, par *Cattoridi*. — 43. Résumé synoptique sur les malades traités à l'hôpital de Savone, par *Boffico*.

Giornale delle Scienze Mediche della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino. — N° 15. Sortie de l'urine par l'utérus et dépôt de ce liquide dans une glande inguinale, par *Arcnare*. — De l'angine pseudo-membraneuse et du croup, par *Apostolidès*. — 16. Hydrologie de Turin, par *Berruti*. — Angine pseudo-membraneuse (fin). — 17. Hydrologie, etc. (suite). — Note sur le désinfectant Corne et Demeaux, par *Peyrani*. — Maladies dominantes à Pietra-Santa, par *Linoli*. — 18. Remarques sur les fièvres typhoïdes d'Europe, par *Comissetti*. — Hydrologie, etc. (fin). — 19. Nouvelle manière d'administrer le sulfate de magnésie dans l'ascite, par *Batestreri*. — Influence des filatures de soie sur la santé publique, par *Moriggia*.

Il Filiatre Sebezio. — Septembre. Action de l'huile de foie de morue, par *Demitry*. — Sur quelques fébrifuges, par *Molinari*.

El Especialista. (Revue de syphilographie, d'ophthalmologie et des affections de la peau et des organes génito-urinaires, paraissant deux fois par mois ; rédacteur en chef, M. *Léon Checa*). — 1re année. — N° 1. (Manque.) — 2. Syphilographie (suite), par *Checa*. — Considérations sur la prostitution (suite), par *le même*. — De la gangrène dans les ulcères vénériens, par *Anceller*. — Altérations de l'urine dans les affections de la peau et des organes génito-urinaires (suite), par *Yañez*. — Clinique. — 3. Importance et progrès de l'ophthalmologie, par *Cervera*. — De la transmissibilité des accidents syphilitiques secondaires, par *Cambas*. — Altérations de l'urine (suite). — Gangrène des ulcères vénériens (fin). — Histoire de la prostitution (suite). — Clinique.

El Siglo medico. — N° 292. Ontologie et ontologisme, par *Castellvi y Pallarés*. — Bases de la médecine naturelle (suite). — Constitutions médicales (suite). — Vaccination, par *Sanchez*. — 293. Bases de la médecine naturelle (suite). — Analogies du choléra et du typhus, par *Pastor*. — 294. Constitutions médicales (suite). — Statistique médicale des ambulances des garde-côtes algériens, par *Erostarbe*. — 295. Note sur la pellagre, par *Alienza*. — Biographies médicales (suite). — 296. Ontologie et ontologisme (suite). — Bases de la médecine naturelle (suite). — Constitutions médicales (suite). — 297. Sur la fièvre jaune, par *Bedoya*. — Maladies épidémiques de Poyo, par *Sevane*. — 298. Désarticulation coxo-fémorale, par *Macstre*. — Origine de l'épidémie de Murcie, par *Meseguer* et *Martinez*. — 299. Épidémie de Poyo (suite). — Cause des fièvres intermittentes, par *Negro*.

La Espana medica. — N° 194. Clinique, par *Castresana*. — 195. Du fer réduit, par *Perez*. — Discours sur les doctrines médicales (suite). — 196. Corps étranger dans les voies aériennes ; trachéotomie, par *Gallego*. — Remarques sur un cas d'ulcère syphilitique du prépuce, par *Pinilla*. — 197. Remarques sur un cas de choroïdite, par *Somovilla*. — Chimie pathologique (suite). — Statistique médicale de Vitoria, par *Roure*. — 198. Statistique médicale (suite). — Nouvelle méthode pour préparer la quinine et la cinchonine, par *Aldia y Fernandez*. — 199. Origine du choléra, par *Landa*. — Chimie pathologique (suite). — Statistique de Vitoria (suite). — 200. Vérité de l'hippocratisme, par *Hoyos-Limon*. — Statistique de Vitoria (fin).

Cazeta medica de Lisboa. — N° 16. Réforme de l'enseignement médical (suite). — Variole et rougeole (suite). — Épidémie de rougeole, par *Hopffer*. — Médecins portugais (suite). — 17. Réforme de l'enseignement médical (suite). — Épidémie de rougeole (suite). — 18. Réforme de l'enseignement médical (suite). — Médecins portugais (suite). — 19. Réforme de l'enseignement médical (suite). — Médecins portugais (suite). — Variole et rougeole (suite). — Trachéotomie dans la période asphyxique du croup, par *Barbosa*. — 20. Discours sur la médecine de Paracelse, par *Carvalho*. — Variole et rougeole (suite). — Trachéotomie dans la période asphyxique du croup (suite).

Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa. — Mars. Réforme de l'instruction publique, par *Beirao*. — Empoisonnement par l'acide arsénieux, par *Gomes*. — Paralysie idiopathique du voile du palais, par *José da Silva Campos*. — Paralysie diphthéritique, par *Gomes*.

Livres.

La fièvre jaune ; sa manière d'être, a l'égard des étrangers, a la Nouvelle-Orléans et dans les campagnes ; par le docteur *Mercier*, médecin de la Faculté de Paris. Brochure in-8 de 32 pages. Paris, Adrien Delahaye. 75 c.

Thèses du concours pour l'agrégation en médecine :

De la pneumonie chronique, par le docteur *Charcot*, médecin des hôpitaux de Paris. In-8 de 67 pages et une planche gravée sur acier. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

De la syphilis congénitale, par le docteur *Émile Vidal*. In-8. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

Des pneumonies secondaires, par le docteur *Vulpian*, médecin des hôpitaux de Paris, etc. In-8 de 95 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

De la diphthérie, par le docteur *Hervieux*. In-4 de 70 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

De la mort apparente, par le docteur *Parrot*, médecin des hôpitaux de Paris. In-8 de 80 pages. Paris, Adrien Delahaye. *Franco* par la poste. 2 fr.

Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux, par le docteur *Potain*, médecin des hôpitaux de Paris, etc. In-8 de 84 pages. Paris, Adrien Delahaye.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 23 MARS 1860. — N° 12.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 22 mars 1860.

CONSTITUTION MÉDICALE : FIÈVRES INTERMITTENTES. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR L'IODISME. — FONCTIONS DIGESTIVES DU PANCRÉAS. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE : DE LA RAGE SPONTANÉE. — EFFETS DES MARIAGES CONSANGUINS. — MODE D'ACTION DE LA DIGITALE : M. GERMAIN ET LES MÉDECINS ANGLAIS. — CATARACTE DIABÉTIQUE : M. GRAEFE. — SOCIÉTÉ DE PHARMACIE : RECHERCHES SUR LA RACINE DE KAWA. — PRÉPARATION DU SIROP DE QUINQUINA. — GLYCÉRINE COMME MOYEN DE CONSERVATION DES CROUTES VACCINALES.

Depuis quelques mois, la constitution médicale de Paris est caractérisée principalement par la fréquence insolite de deux affections : le catarrhe bronchique, avec l'ensemble de symptômes généraux qui appartiennent à la forme dite *grippale*, et la fièvre intermittente. Nous ne dirons rien de la grippe, avec laquelle médecins et malades sont familiarisés ; mais la fréquence et la forme des fièvres d'accès méritent d'être remarquées. Il y a bien des années, à notre connaissance, qu'on n'avait observé les fièvres en aussi grand nombre à Paris, où, comme on le sait, elles sont loin d'être communes. De plus, la plupart d'entre elles, de celles du moins que nous rencontrons, sont diversement anormales. Tantôt le frisson revient trois ou quatre fois par jour, suivi de peu de chaleur, très rarement de sueur ; on a sous les yeux un de ces types à *courtes périodes* signalés par M. Mêlier. Dans ces cas, le sulfate de quinine à petites doses entre les accès nous a souvent réussi, surtout en y joignant les sudorifiques ; d'autres fois, la liqueur arsénicale a coupé des accès qui avaient résisté à la médication quinique. Tantôt les accès, revenant à des intervalles soit irréguliers, soit réguliers, résistent à tous les antipériodiques, ou ne cèdent que pour peu de temps, ou enfin se bornent à changer de jour ou d'heure. Quand le sulfate de quinine d'abord, puis le quinquina en poudre, ont échoué (surtout si l'on a débuté par les éméto-cathartiques), le mieux est de livrer la maladie à elle-même pendant une semaine ou deux, en donnant seulement des toniques amers, tels que le vin de Séguin au Malaga et la gentiane. Dans cet intervalle, la fièvre peut cesser d'elle-même ; sinon on a chance de la couper par un retour au sulfate de quinine. En général, il nous a paru que beaucoup de ces fièvres étaient de celles que l'emploi immédiat des antipériodiques ne faisait qu'aggraver, et où il y a avantage à laisser venir quelques accès. C'est une remarque que nous recommandons aux jeunes praticiens, qui s'inquiètent aisément de la prolongation d'une fièvre quotidienne et deviennent parfois les victimes de cette inquiétude auprès de malades impatients ou de parents soupçonneux.

La discussion sur l'iodisme a fait un pas dans la dernière séance, en ce que tous les orateurs ont accepté plus ou moins explicitement le fait signalé par M. Rilliet, avec cette réserve que l'iodisme ne se produit, même à Genève, qu'exceptionnellement. Tel était surtout le sens du discours de M. Velpeau et de celui de M. Baillarger, le plus original peut-être et le plus instructif du débat. Or, la rareté relative du fait ressortait, ce nous semble, de lui-même, en présence d'un petit groupe d'une vingtaine d'observations, rassemblées dans une localité où l'on fait une consommation considérable de préparations iodées. M. Bouchardat l'avait compris comme nous et l'a expliqué à l'Académie. Toutefois, quelques renseignements particuliers nous inclinent à penser que l'iodisme est loin d'être précisément *exceptionnel* à Genève.

Au commencement de la séance, M. Corvisart, qui attache si honorablement son nom aux progrès de la physiologie moderne, a lu un mémoire sur les fonctions digestives du pancréas. Les nouvelles expériences auxquelles il s'est livré n'ont fait que confirmer le résultat auquel les précédentes l'avaient déjà conduit, et que nos lecteurs connaissent, à savoir que le pancréas est un véritable organe supplémentaire de l'estomac.

Le suc pancréatique est si bien un digestif, qu'il digère le pancréas lui-même récemment enlevé de l'animal.

Plusieurs travaux ont occupé, et pourront occuper encore, à l'avenir, la place réservée d'ordinaire à nos revues scientifiques; si le lecteur pouvait remarquer cette substitution, nous prendrions la liberté de l'avertir qu'elle ne sera jamais que provisoire, et n'amènera d'ailleurs pas de lacune dans notre exposé, parce que nous aurons toujours soin de le reprendro au point où nous l'aurons suspendu. C'est ce que nous allons faire dès aujourd'hui.

Le sujet de la rage spontanée chez les chiens d'Orient, dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE s'est occupée à plusieurs reprises, ne laisse plus aujourd'hui aucun doute. Il est avéré que, à Constantinople, l'hydrophobie prend naissance non-seulement chez les chiens venus de l'étranger, ou tenus plus ou moins en servitude, mais même chez les chiens indigènes vivant en pleine liberté. Mais ce fait se présente-t-il avec quelque fréquence, ou est-il tout à fait exceptionnel? C'est ce qu'il importerait d'établir positivement, pour avoir la mesure de l'efficacité des moyens dits prophylactiques, qui ont presque tous pour premier effet de restreindre la liberté de l'animal. Nous sommes heureux de dire que, à côté des documents que nous avons fait connaître il y a peu de temps, il s'en prépare un dont l'importance sera sans doute considérable. Une commission a été nommée au sein de la *Société impériale de médecine de Constantinople* pour étudier la question de la rage, et quelques mots de M. le docteur Leval, à l'une des dernières séances, permettent d'espérer que le rapport de cette commission ne se fera pas longtemps attendre.

La déclaration de M. Leval s'est produite à l'occasion d'un cas de rage développé spontanément chez un chien errant de Constantinople et transmis par morsure à un habitant de la ville. Ce cas, communiqué à la Société par M. Mühlig, et publié par la GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT, offre ceci de particulier, que le chien ne paraissait nullement malade quand, à demi assommé par le nommé Kirsch, qui voulait se débarrasser de ses aboiements nocturnes, il mordit cet individu au petit doigt de la main gauche. En sorte que, comme l'a fait remarquer M. Fauvel dans le débat dont cette observation a été l'objet, il faut admettre ou que l'hydrophobie peut naître chez le chien sous l'influence d'une violente irritation, ou qu'elle peut se développer chez l'homme mordu par un animal non enragé, sous l'influence de la vive préoccupation qu'inspire la morsure. M. Fauvel et M. Caratheodory semblent pencher vers cette dernière opinion. Mais M. Mühlig a fait remarquer, avec raison, que Kirsch n'avait conçu aucune inquiétude sur sa plaie, et qu'il n'y songeait plus quand les symptômes de l'hydrophobie ont éclaté chez lui. Deux faits analogues observés dans l'espèce féline ont été racontés par M. Tardieu (*Gazette hebdomadaire*, 1860, n. 3, tome VII, page 35). Il ne paraît pas, il est vrai, que le chat atteint par une large brûlure, ni la chatte à qui on avait enlevé ses petits, aient communiqué la maladie à d'autres animaux, ce qui ruinerait l'hypothèse de l'influence morale; mais, en tout état de cause, nous ne voyons pas quelle difficulté on trouverait à admettre qu'un animal doué du terrible privilége de tirer l'hydrophobie de son propre fond, l'engendre dans les convulsions de la colère, justifiant ainsi la synonymie vulgaire qui identifie la fureur avec la *rage*. L'hydrophobie spontanée, par cela même qu'elle est spontanée, se déclare nécessairement sous une influence qui ne procède pas elle-même de l'hydrophobie. Que cette influence soit la chaleur, la soif, l'ardeur vénérienne ou la colère, l'esprit n'éprouve pas plus — ou pas moins — d'embarras à la concevoir sous un mode que sous un autre. Il n'y a, pour le moment, qu'à accepter les faits sans commentaire.

— Nous trouvons dans le même journal, sur une question qui nous a aussi occupé plus d'une fois, la question des mariages consanguins, des renseignements dus au docteur Bémis (du Kentucky), mais dont la source bibliographique n'est pas indiquée avec assez de précision pour qu'il nous soit possible de l'indiquer en toute sécurité. Il résulte des recherches de M. Bémis que 10 pour 100 des sourds et muets, 5 pour 100 des aveugles, et à peu près 15 pour 100 des idiots reçus dans les divers établissements hospitaliers des Etats-Unis d'Amérique, sont le fruit de mariages entre deux cousins au premier degré. Sur un chiffre de 757 mariages entre cousins germains, 256 avaient produit des sourds et muets, des aveugles et des idiots. Sur 483 autres mariages entre cousins au premier degré, 151 ont donné naissance à une génération infirme; et un grand nombre a été frappé d'infécondité. Plusieurs Etats de l'Union, entre autre le Kentucky, ont adopté récemment une loi qui interdit formellement les mariages entre cousins germains.

— Un honorable correspondant, déjà connu de nos lecteurs, M. le docteur Germain (de Château-Thierry), veut bien nous adresser, sur le mode d'action de la digitale, une note dont les passages suivants résument la pensée.

Lorsqu'une fibre musculaire est distendue outre mesure, la force de contraction diminue en proportion de l'excès de distension, ou à peu près. Ce fait, qui a été démontré par de nombreuses expériences physiologiques est vrai pour le cœur aussi bien que pour les autres muscles de l'économie.

Certains animaux, comme les grenouilles, les anguilles, et surtout les chiens de mer, se prêtent parfaitement à ces expériences. Aussi, chez ces derniers, dont le cœur est unique et situé sur le trajet du sang veineux, lorsque l'on oppose un obstacle à la sortie du sang par l'orifice ventriculaire, voici ce que l'on observe : l'oreillette continue à envoyer le sang dans le ventricule, et celui-ci à le recevoir en vertu de l'extensibilité des fibres musculaires, en sorte qu'il finit par se distendre au point que ses parois amincies laissent parfaitement apercevoir le sang qu'elles renferment. En suivant avec attention ce qui se passe pendant cette période de distension, il est facile de se convaincre que la force de contraction diminue à mesure que le ventricule augmente de volume....

Dans les maladies du cœur, il y a en général deux sortes d'obstacle à l'évacuation des ventricules. La première consiste dans un rétrécissement de l'un des orifices, et ordinairement dans le rétrécissement de l'orifice aortique; la seconde, qui n'est qu'une conséquence de la première, consiste dans la trop grande plénitude du système vasculaire artériel.

Quand le cœur se contracte à l'état normal, il fait passer dans le système artériel tout le sang qu'il contient. Pour que ce phénomène puisse avoir lieu, il faut qu'il y ait dans les artères une place suffisante pour recevoir l'ondée sanguine. D'une contraction du cœur à l'autre, en vertu de l'élasticité des parois artérielles, le sang continue à s'écouler dans les capillaires, en sorte que lorsque chaque nouvelle contraction a lieu, le sang trouve dans le système artériel une place prête à le recevoir. Mais ce phénomène ne peut s'accomplir parfaitement qu'autant qu'il y aura entre deux contractions un temps suffisant pour qu'une quantité de sang égale à une ondée puisse passer du système artériel dans le système capillaire. Si le temps qui sépare deux contractions diminue, l'écoulement du sang artériel dans les capillaires ne sera pas terminé lors de la nouvelle contraction, et l'ondée sanguine venant du cœur ne pourra

être reçue qu'en partie dans les artères ; l'autre partie restera dans le ventricule.

L'auteur montre très bien que l'existence d'un obstacle au passage du sang dans le cœur, en quelque point que siége cet obstacle, amène l'engouement des capillaires ; que cet engouement est lui-même un obstacle à la libre migration du sang par les artères et les ventricules ; qu'il y a là, par conséquent, un cercle vicieux de causes et d'effets, aboutissant toujours à la distension du cœur et à l'affaiblissement de ses contractions. Puis il ajoute, et c'est sa conclusion pratique :

Pour que tout rentre dans l'ordre, ou au moins pour améliorer la circulation, il suffira de diminuer la fréquence des contractions, et d'augmenter ainsi la durée du temps qui les sépare. Le système artériel aura alors le temps de se désemplir en envoyant le sang qu'il contient dans les capillaires, et par là le mettra en état de recevoir complétement l'ondée sanguine, ce qui permettra au cœur de reprendre ses dimensions normales et de recouvrer ainsi la force de contraction qui en dépend. Or, nous avons un moyen de diminuer la fréquence des battements du cœur : c'est la digitale. Aussi cette plante est-elle héroïque dans les rétrécissements des orifices cardiaques, et si elle peut amener quelque amélioration dans d'autres lésions, c'est encore en rendant au cœur la force de contraction qui lui manque ; mais alors l'amélioration est beaucoup moins marquée et de moins de durée.

Cette question du mode d'action de la digitale a beaucoup occupé les médecins anglais. MM. Withering, Holland, Pereira, ont fait remarquer que le médicament administré contre les affections du cœur est plus efficace dans les cas où le pouls est faible et intermittent que dans ceux où il est dur et régulier. M. Chambers est du même avis. Dans ses leçons cliniques (*Medical Times*, 21 avril 1855), M. Bence Jones exprime formellement cette opinion, que si la digitale à hautes doses est sédative, et peut l'être au point d'amener la paralysie et la mort, elle agit à petites doses comme stimulant : « *In small doses, the digitalis acts as a stimulant.* » Tout récemment, l'homonyme du précédent confrère, M. Handfield Jones, dans une discussion soutenue avec un correspondant du British Medical Journal (31 décembre 1859), a rapporté une observation tendant à montrer que la digitale a eu pour effet de rendre plus énergiques les battements du cœur dans un cas de dilatation passive. De plus, en annonçant qu'il poursuit des expériences dans le but d'étudier l'état du cœur chez les animaux (lesquels ?) empoisonnés par la digitale, il note que déjà, dans deux cas, le ventricule gauche était fortement contracté, le droit l'étant beaucoup moins, tandis que le contraire a eu lieu après l'empoisonnement par l'aconit. M. Handfield Jones va jusqu'à conjecturer que la digitale tue, non par paralysie, mais en produisant une *excessive et permanente contraction du cœur*. Ce serait, suivant lui, cette propriété stimulante de la digitale qui expliquerait pourquoi des individus épuisés par l'hémorrhagie ont pu supporter de fortes doses de digitale, ainsi qu'il résulte d'un mémoire publié par le docteur Dickinson dans le XXXIXe volume des Transactions médico-chirurgicales.

D'un autre côté, dans le même numéro du British Medical Journal, M. H. Duncalfe soutient que la digitale agit comme sédatif, mais que cette action s'exerce spécialement sur la circulation capillaire. De là l'idée d'appliquer ce médicament à diverses maladies caractérisées par l'embarras de la circulation périphérique, notamment aux hémorrhoïdes, contre lesquelles elle jouirait d'une efficacité très marquée. La liberté rendue au cours du sang dans le système capillaire, par l'effet de cette sédation, expliquerait le rétablissement consécutif des fonctions du cœur dans les cas d'affection de cet organe.

Voilà donc trois théories distinctes : celle de la *stimulation* ou de la *tonification* des fibres cardiaques ; celle de la *sédation* des vaisseaux capillaires ; celle enfin, exposée par notre correspondant, d'un simple ralentissement du jeu mécanique des ventricules. Nous dirons peu de choses de ces explications, qui nous paraissent toutes sujettes à difficultés. Une action stimulante qui diminue la fréquence des battements du cœur ; une action sédative qui active la circulation capillaire, ne représentent pas des idées d'une netteté parfaite. Un ralentissement des contractions, donnant le temps aux artères de se débarrasser des ondées sanguines à mesure qu'elles leur arrivent, se conçoit mieux ; mais encore faut-il compter avec l'obstacle fixe, le rétrécissement aortique par exemple, qui, dans la théorie même de notre distingué confrère de Château-Thierry, amène successivement l'embarras des veines pulmonaires, puis des artères pulmonaires, puis du système veineux, et enfin des capillaires, où l'action élastique des artères rencontre à son tour une résistance. Quoi qu'il en soit, tous ces efforts d'interprétation répondent à un fait pratique d'une très haute importance, parfaitement observé par les médecins anglais désignés plus haut, et qu'une expérience personnelle, déjà ancienne, nous permet de confirmer de la manière la plus péremptoire : c'est qu'un grand nombre de médecins obéissent à une idée absolument fausse quand, se représentant les parois du cœur luttant avec peine, à petits coups inégaux, contre le rétrécissement d'un des orifices, ils repoussent la digitale comme capable d'affaiblir encore les contractions, et d'augmenter par là l'embarras de la circulation. On sait à quelles crises sont sujettes les personnes atteintes de rétrécissement de l'orifice aortique, surtout quand ce rétrécissement est le résultat d'une endocardite subaiguë. A certaines époques, le cœur, offrant moins d'impulsion que de coutume, exécute par intervalles des soubresauts dont le malade a conscience ; le bruit de souffle devient plus fort et plus sifflant ; le pouls se déprime en prenant plus de fréquence ; il est petit, inégal, irrégulier ; la respiration s'embarrasse ; la voix s'affaiblit ; les membres inférieurs s'œdématient ; les urines diminuent de quantité, etc. On pourrait être, et l'on est souvent, tenté d'administrer les stimulants diffusibles. Eh bien, jamais plus belle occasion, ni plus sûre, de mettre à profit les vertus de la digitale. Le médicament agira plus vite et mieux que dans la simple hypertrophie ; mieux surtout, comme l'a fait remarquer M. Pidoux (*Traité de thérapeutique*), que dans les palpitations nerveuses. Ce sera une action comparable, pour le moins, à celle du seigle ergoté dans le cas d'inertie utérine, et cette action se répétera à chaque crise avec une docilité presque ponctuelle tant que la lésion organique n'aura pas atteint de trop fortes proportions. Tel est l'enseignement clinique que nous voulions tirer des observations qui ont exercé la sagacité de nos confrères.

— Nous avons plusieurs fois parlé de la cataracte diabétique (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 804, et 1860, n° 1, p. 5). Il nous tombe sous les yeux, un peu tard, une note de M. de Graefe sur le même sujet, insérée dans le n° 10 de la Deutsche Klinik, année 1859. L'opinion de l'auteur en pareille matière ne peut être passée sous silence.

M. de Graefe pense que le diabète est incontestablement cause de cataracte dans un assez grand nombre de cas ; en examinant minutieusement, pendant ses voyages, un grand

nombre de diabétiques en traitement dans divers hôpitaux, il a noté qu'un quart environ de ces malades étaient affectés de cataracte, et cette donnée est confirmée, dit-il, par la plupart des médecins qui ont traité beaucoup de diabétiques. Ce qui prouverait encore qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, c'est que les diabétiques jeunes sont affectés de cataracte aussi bien que les sujets âgés. Chez les premiers, la variété qu'on rencontre constamment, c'est la cataracte corticale molle.

M. de Graefe a fait trois fois l'extraction par incision linéaire, et les suites en ont été très heureuses.

Nous ne pouvons, sur cette question, que nous en tenir à ce que nous avons dit dans nos précédents articles. Que le diabète puisse devenir une cause indirecte de cataracte, c'est ce qui ne paraît guère douteux, toute réserve faite quant à la fréquence du fait. Mais ce qui est loin encore d'être démontré, c'est que cette espèce de cataracte se distingue des autres par des caractères extérieurs bien appréciables et apporte des indications particulières dans le choix du mode opératoire.

— Le kawa est un poivrier désigné par Forster sous le nom de *piper methysticum*, avec la racine duquel les peuples de l'Océanie préparent une boisson enivrante. Suivant M. le docteur O'Rorcke, qui a rapporté de son voyage autour du monde plus d'une richesse à l'histoire naturelle et à la thérapeutique, la racine de kawa est un puissant sudorifique, et, comme d'autres poivres, elle exerce une influence avantageuse sur les affections catarrhales, et plus particulièrement sur la blennorrhagie.

M. Gobley, avec son zèle ordinaire, a voulu connaître la composition chimique de cette racine, et il a institué dans ce but des expériences d'une minutieuse exactitude dont il a fait connaître le résultat à la *Société de pharmacie*. D'après ces expériences, la composition de la racine de kawa peut être représentée de la manière suivante :

Eau	15,90
Cellulose	26,00
Amidon	49,00
Méthysticine	1,00
Résine âcre et aromatique	2.00
Matière extractive, substance gommeuse	3,00
Chlorure de potassium	1,00
Magnésie, silice, alumine, oxyde de fer.	3,00
	100,00

Ce médicament se rapproche donc, par sa composition chimique, du poivre ordinaire ; mais il en diffère sous quelques rapports, notamment par la présence d'un principe particulier, la *méthysticine*, analogue, mais non semblable, à la *pipérine*, et que l'auteur se propose d'étudier plus amplement.

En résumé, la racine de kawa, si l'on en possédait de grandes quantités, mériterait d'être soumise à l'expérimentation thérapeutique.

—Le sirop de quinquina, suivant la formule du Codex, est, on le sait, une préparation très variable d'officine à officine, d'opération à opération. La cause de cet inconvénient, suivant M. Dannecy, pharmacien à Bordeaux, serait *exclusivement* l'oxydation, sous l'influence de l'eau et de la chaleur, de quelques éléments du quinquina se transformant en composés insolubles que le filtre sépare et qui diminuent d'autant le principe médicamenteux de la préparation. M. Dannecy a pensé qu'on préviendrait cette oxydation en traitant le quinquina par de l'eau chargée de glycose ou de lactine, qui supporteraient ainsi toute la réduction. « A l'aide de cette addition, dit-il, j'ai pu faire subir au quinquina une ébullition prolongée et obtenir une décoction qui, refroidie, avait conservé sinon toute sa transparence, du moins une transparence suffisante pour pouvoir, par l'addition du sucre en quantité voulue, obtenir un sirop parfaitement limpide, d'une saveur amère, légèrement astringent, beaucoup plus coloré que le sirop officinal avec la même quantité de quinquina. » Il va sans dire que cette modification serait applicable aux simples décoctions de quinquina qui ne seraient pas destinées à la préparation du sirop. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

— La glycérine est-elle un excipient susceptible de bien conserver leurs propriétés aux croûtes vaccinales ? A cet égard, les affirmations de M. Andrew (de Chicago) sont ébranlées par de nouvelles expériences de M. Dubreuilh communiquées par lui à la *Société de médecine* de Bordeaux. Avec de la glycérine bien pure et des croûtes vaccinales, il a obtenu une substance jaunâtre, de la consistance du miel, qui a servi à inoculer une vingtaine d'enfants. Or, il paraît que le résultat a été constamment négatif.

Ou la glycérine conserve et les croûtes vaccinales et le vaccin lui-même, et l'on ne voit pas trop pourquoi on ne s'attache qu'aux croûtes ; ou elle ne conserve que les croûtes, et il n'en peut résulter qu'un mélange infidèle.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Examen critique des résultats cliniques du forceps-scie, par le docteur Didot, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique.

(Suite. — Voir le numéro 11.)

Préhension de la tête. — Le forceps-scie étant appliqué, il faut qu'il puisse être *engagé assez profondément* pour saisir la tête de l'enfant de façon à *dépasser* le point qui doit servir de limite à l'action de la scie. Cette condition est nécessaire, surtout si l'occiput se présente en position cotyloïdienne, ou même si la tête se trouve placée transversalement sur le détroit abdominal; car on s'exposerait à ne diviser qu'une partie de la boîte crânienne, en conservant assez de parties dures pour s'opposer à l'extraction du segment que l'on veut détacher. Or, c'est précisément l'inconvénient qui a été signalé par quelques expérimentateurs, inconvénient qu'il n'est guère possible d'éviter, à cause des dispositions mêmes de l'instrument.

A la vérité, on peut recommencer une deuxième section, quand la première est insuffisante ; on peut même, ainsi que le fait M. Van Huevel, exercer des tractions sur le forceps, *afin d'abaisser la tête autant que possible*, et de la rendre ainsi plus accessible à la *préhension* des cuillers et à l'*action de la scie;* mais cette manœuvre elle-même n'est pas sans dangers, puisqu'elle entraîne des pressions fortes et prolongées sur le segment inférieur de la matrice, qui, comme on l'a vu précédemment, est déjà trop disposé à se resserrer et à s'indurer dans les parturitions laborieuses.

Cela vient de ce que *les branches* du forceps-scie de M. Van Huevel *ne sont pas assez longues*. On va le comprendre plus exactement.

Quand un bassin est tellement rétréci qu'il empêche le sommet de pénétrer dans son ouverture supérieure, la distance de celle-ci

jusqu'à la commissure vulvaire est de 5 pouces (15 centimètres). La tête s'y place souvent en travers, la base en haut et en avant, de manière qu'on la saisit pour la couper dans le sens d'une ligne qui s'étendrait d'une bosse pariétale jusqu'au-dessous du nez. Ces diamètres du crâne mesurent 4 pouces 1/2 (13 cent. 1/2), qui, joints à la hauteur du petit bassin ont ensemble 9 pouces 1/2 (28 cent. 1/2) de longueur. Or, les cuillers du forceps-scie de M. Van Huevel ne mesurent en longueur, depuis le point d'émergence de la chaîne jusqu'au bec de l'instrument, et suivant une ligne droite, que 9 pouces 1 ligne (273 millim.), par conséquent 4 lignes (12 millim.) moins que le trajet à parcourir, et cela sans tenir un compte exact de la courbe décrite par l'excavation pelvienne.

Il y a donc insuffisance sous ce rapport.

Cette insuffisance se fait surtout remarquer si l'on fait attention que dans les cas d'*étroitesse absolue*, la tête ne s'engage jamais et reste clouée au-dessus du détroit abdominal. Au lieu de descendre, de pénétrer dans la filière, elle tend au contraire à s'en éloigner, à s'élever, parce que, d'une part, les parties molles s'engorgent, se distendent, forment un *caput succedaneum* énorme, tandis que, d'autre part, le segment utérin inférieur tend lui-même à s'épaissir, ce qui recule d'autant le point de préhension.

Cette difficulté n'en est pas une pour M. Van Huevel, qui, en pareil cas, se borne à faire repousser à l'intérieur le périnée par la main des aides, et « à désarticuler les cuillers du forceps sans les retirer des organes, puis *à les enfoncer plus profondément* l'une après l'autre. » (Van Huevel, *Presse médicale belge*, 1850, p. 345, 346.) — Mais ce double expédient présente lui-même un *danger* ou une *impossibilité*.

Le forceps *une fois engagé et placé*, prend pour ainsi dire spontanément la position qu'il doit occuper; il ne faut pour cela ni effort ni puissance : un peu de délicatesse et de dextérité suffisent. D'un autre côté, la forme concave des cuillers s'adapte forcément à la convexité de la tête, qui vient naturellement se loger dans l'espace que celles-ci laissent entre elles. Tous les chirurgiens savent que, du moment que les deux branches de l'instrument sont mariées, il n'est plus possible de le faire avancer ou reculer pour imprimer les mêmes mouvements à la tête. C'est un fait incontestable, que chaque accoucheur peut vérifier tous les jours. Maintenant, est-il aussi facile que le suppose M. Van Huevel, d'embrasser une portion plus étendue de la tête et de compléter la section, qui n'aurait pu être achevée une première fois, par cela seul que l'on aurait enfoncé les cuillers plus profondément? Peut-on croire que l'on maintiendrait les rapports nouveaux que cet enfoncement successif des branches aurait établi? Je ne saurais l'admettre, et voici pourquoi :

L'intérieur des cuillers est lisse et poli ; il n'a donc d'autre force de *préhension* que celle qui résulte de la *pression* du double levier ; mais comme cette pression s'exerce dans un espace anguleux qui va en s'ouvrant depuis le *clou* jusqu'à la partie la plus évasée des cuillers, il s'ensuit que la tête est d'abord chassée vers cette partie, et qu'elle serait même poussée *au delà*, si ces cuillers n'étaient recourbées vers leur extrémité pour neutraliser l'action de cette force. Il résulte de ce mécanisme que la tête, *saisie de nouveau* après que l'on a enfoncé les cuillers plus profondément, et l'une après l'autre, est forcément refoulée dans leur concavité, si elle est mobile ; ou bien que le forceps lui-même est repoussé au dehors, et glisse sur la tête si celle-ci est fixée au point de ne pouvoir être déplacée.

Par conséquent, il n'y a rien à gagner à désarticuler le forceps pour l'enfoncer plus profondément, dans le but de compléter la section du crâne.

D'un autre côté, il y a un *danger* manifeste à suivre cette conduite, deux mots suffiront pour le prouver.

On vient de voir que dans les viciations un peu graves du bassin la tête du fœtus reste clouée *au-dessus* du détroit abdominal sans pouvoir s'engager, ou bien, qu'elle est ballotée dans un utérus inerte, où il faut aller la chercher pour la scier. Or, pour cela, il est essentiel que l'instrument chargé de cette section présente des dimensions suffisantes pour que, d'une part, la tête soit saisie et fixée là où elle se trouve, tandis que, d'autre part, le mécanisme moteur reste en dehors des parties molles de la femme avec les agents de la division.

Avec le forceps-scie de M. Van Huevel, la cavité de l'ovoïde des cuillers est disposée, ainsi que je viens de le dire, de façon que, lorsque la tête est saisie, l'instrument est *attiré en haut*, parce que la tête ne peut descendre, et alors le point d'émergence de la chaîne se trouve caché *dans le vagin*. C'est là une cause directe de danger pour la femme, parce que, dès le moment où l'on commencera à faire mouvoir la scie, celle-ci se trouvant à jour dans l'intérieur du vagin, frottera contre la paroi de ce canal, et occasionnera des lésions d'autant plus graves que la tête aura été sciée plus haut.

Ce danger a été signalé par plusieurs observateurs, et en particulier par M. le professeur Simon Je l'ai moi-même constaté dans une circonstance où j'ai eu infiniment de peine à protéger le vagin contre l'action de la scie. Cependant MM. Van Huevel et Marinus n'en disent mot, quoique le fait soit loin d'être rare.

Maintenant, si pour parer à tous ces inconvénients l'on tente d'abaisser la tête, si pour dégager le point de sortie de la chaîne vers le *clou* on exécute des tractions assez fortes, il est indispensable de maintenir l'instrument dans la *position gagnée* par ces tractions, ce qui ne peut se faire sans quelques *violences prolongées ;* et alors on s'expose à contondre l'utérus et à produire ces métropéritonites qui dans les hôpitaux conduisent fatalement à l'infection purulente.

Instruit par les observations qui précèdent, j'ai donc donné à mon *céphalotome plus de longueur*, et une *courbure plus prononcée* dans le sens *latéral*, comme dans le sens *antéro-postérieur*. Les développements dans lesquels j'entrerai plus loin, feront mieux comprendre l'importance et l'utilité pratique de ces modifications ; je me borne à les indiquer en ce moment.

Graissage, torsion et rupture de la scie. — Il est d'autres incidents, moins importants à la vérité, qui méritent cependant d'être signalés, afin que les opérateurs se tiennent sur leurs gardes et ne soient point surpris lorsqu'ils se présenteront pendant la manœuvre de l'instrument de M. Van Huevel : je veux parler du *graissage*, de la *torsion* et de la *rupture* de la chaîne.

Tous les chirurgiens savent qu'une scie ordinaire qui rencontre dans son trajet des parties molles, les divise en les mâchant, en les broyant, et que la bouillie qui en résulte, se mêlant avec les détritus osseux, remplit bientôt l'intervalle de chaque dent, au point d'en effacer la saillie et de transformer la scie en une lame mousse à peu près dépourvue d'aspérités, c'est alors qu'on dit que *la scie se graisse*. Cet inconvénient, qui n'en est un qu'au point de vue de la durée de l'opération, est plus sensible peut-être pour la scie à chaîne, à cause de la mobilité de ses nombreuses articulations, et surtout du peu de relief de ses dents. De là résultent des retards dans la marche de l'instrument à travers les tissus qu'il doit diviser.

Il n'est pas possible, sans doute, de remplacer la scie articulée par un autre agent de division, mais rien ne s'oppose à ce que l'on cherche à modifier des imperfections qu'il est impossible de faire disparaître entièrement. C'est encore le but que j'ai eu en vue, en faisant construire une chaîne articulée nouvelle.

La *torsion* de la chaîne est un accident imputable à l'opérateur, plutôt qu'à l'instrument lui-même, on le comprend tout d'abord. Elle se produit surtout quand on néglige de s'assurer de la disposition des chaînons avant de commencer les tractions, ou bien quand on les reprend trop brusquement après avoir laissé flotter la chaîne, qui alors tend à se contourner en sens divers.

Avant la publication de mes premiers travaux, M. Van Huevel employait, pour mouvoir la chaîne, de petites poignées en T, dont l'une était *fixée* au premier chaînon par une cheville rivée, tandis que l'autre était terminée par un crochet qui s'engageait par glissement dans un œillet pratiqué dans la dernière articulation. La branche perpendiculaire de ces T était fixée *à ferme* dans la branche horizontale par un *carré* renforcé d'une vis à tête large, qui l'immobilisait. J'ai signalé les inconvénients de ce mode d'attache, je

les ai fait disparaître dans mon nouvel appareil, et l'honorable M. Van Huevel lui-même n'a pu mieux faire que d'adopter cette utile modification.

D'abord, en *rivant* l'une des poignées à la chaîne, on se crée des difficultés sans compensations, difficultés qui deviennent un embarras réel quand la chaîne est tordue ou contournée sur elle-même. En second lieu, on se prive de la possibilité de retirer la scie par les deux côtés, ce qui peut devenir parfois nécessaire.

D'un autre côté, pourquoi immobiliser la branche horizontale du T sur la branche perpendiculaire qui s'attache à la chaîne? N'est-ce pas créer, par cela seul, une cause de *rupture* pour cet organe si important et si délicat?

Le point où la *rupture* de la chaîne a toujours eu lieu, se trouve à l'union des manches ou poignées en T avec les premiers chaînons. L'exiguïté forcée et le peu de solidité des crochets en sont la cause. Ajoutons que la forme *mi-plate* que M. Van Huevel avait conservée à son crochet disposait aussi à ce genre d'accidents, parce que l'opérateur, pressé de terminer son opération, commençait les tractions sans s'assurer si l'œillet de la chaîne était bien arrivé au fond du *long* crochet dans lequel il était engagé. Il en résultait donc un effort inégal, et par conséquent une rupture inévitable. Pour prévenir cet accident, je n'ai rien trouvé de mieux à faire, ainsi qu'on le verra plus loin, que de changer le mode de traction de la scie, en apportant une double modification aux organes qui en sont chargés.

La scie à chaîne est un instrument précieux, on ne saurait le nier; mais c'est un instrument auquel il ne faut pas demander plus de services qu'il ne peut en rendre, auquel il ne faut pas imposer plus d'efforts qu'il ne peut en supporter. La scie à chaîne résulte de l'assemblage de lamelles d'acier, juxtaposées d'abord, puis imbriquées et articulées, de façon à supporter des mouvements *réfléchis* dans le sens de la scie; mais cette mobilité n'existe point sur le *côté plat* de l'instrument, parce que l'articulation des chaînons repose sur des axes rigides qui ne sauraient se prêter à des mouvements latéraux.

La scie des céphalotomes à chaîne supporte, il est vrai, certain effort *latéral* dans son parcours à travers les *gaines*, pendant qu'elle suit la courbure *postéro-antérieure* des branches. C'est déjà beaucoup, sans doute, mais l'expérience a démontré que cette action est sans influence sensible sur la conservation de la chaîne, parce qu'elle est très limitée. Ce qui est infiniment plus dangereux, ce sont les mouvements *anguleux*, les *renvois* peu ménagés, même dans le sens de la flexion naturelle de la scie. Ainsi, nous devons avoir un premier *renvoi anguleux* à la tête des lames conductrices, lorsque la scie quittant l'ovoïde des cuillers s'engage de côté et d'autre dans les gaînes; celui-là est inévitable, on ne peut le changer.

M. Van Huevel est forcé d'en avoir un second, depuis qu'il a dirigé le mécanisme moteur vers les crochets des manches de son forceps-scie, car il doit nécessairement séparer et écarter à droite et à gauche les deux bouts de la chaîne pour épargner les mains de l'aide qui fait jouer ce mécanisme. C'est ce qui se voit sur la planche dessinée sous les yeux de l'inventeur, publiée par M. Marinus, et reproduite précédemment. Il y a donc là un deuxième mouvement anguleux et de nouveaux frottements au point de sortie pour l'entablement. C'est un inconvénient que j'ai évité en conservant le mécanisme ancien, c'est-à-dire en plaçant la main de l'aide sur le côté, et en permettant ainsi d'exercer les tractions sur la scie dans un sens parfaitement parallèle à l'axe des gaînes, sans produire aucun frottement nouveau.

Il est une autre circonstance prévue par M. Van Huevel, qui peut assez fréquemment arrêter ou empêcher l'action de la scie sur le crâne de l'enfant. Je dois en dire un mot pour rencontrer une objection possible. Tous les accoucheurs savent que la seule présence des forceps dans l'intérieur des organes gestateurs excite parfois une révolte utérine ~~qu'il est~~ difficile de maîtriser. Les contractions se succèdent, les efforts généraux redoublent, tout l'organisme en un mot se ligue pour favoriser l'expulsion du fœtus, et la tête, comme tout ce qui est renfermé dans la cavité utérine, est pressée de toutes parts, et exactement embrassée par le sac musculeux dont la force est doublée en ce moment. Or, si dans cet état de choses la scie attaque le crâne de dehors en dedans, il est possible qu'après avoir cheminé dans les tissus et produit un commencement de section, les lèvres de cette section soient violemment rapprochées, et que la scie emprisonnée ne marche plus que sous l'influence d'une force considérable. On devine aisément qu'une rupture de la chaîne serait la conséquence probable de cette disposition, si l'opérateur s'obstinait à vouloir triompher immédiatement de cette résistance. Un peu de patience et de temporisation suffit en pareil cas, et l'on termine la section dans l'intervalle des douleurs.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que plus la scie aura les dents acérées, moins il conviendra d'employer de force pour faire cheminer les lames. La scie doit lécher les tissus, elle doit les effleurer légèrement, et à chaque trait son empreinte en sera plus profonde. Si, au lieu de cette marche délicate, on a voulu prendre une allure plus pesante en pressant trop sur les tissus à entamer, la résistance sera aussitôt un avertissement pour faire arrêter, ou même rétrograder un peu les lames conductrices, afin d'agir plus légèrement et sur moins de parties à la fois. C'est dans ce cas surtout que le *tact chirurgical* doit guider l'opérateur et se transmettre jusqu'à son aide, car on ne saurait oublier que le céphalo-sciage ne peut s'accomplir régulièrement que par le concours de deux intelligences et de quatre mains exercées.

Manœuvres d'extraction. — Le plus grand bénéfice qui résulte de la méthode de M. Van Huevel consiste, je l'ai déjà dit, dans l'immunité qu'elle procure à la mère, dans la condition qui sauvegarde ses organes contre toute violence. Malheureusement l'auteur n'a pu se dispenser de conserver certaines manœuvres accessoires, nécessaires sans doute pour dégager les segments crâniens et en faire l'extraction, mais qui ne sont pas toutes exemptes de dangers pour les organes utéro-pelviens.

« Ainsi, en portant le forceps vers le pubis, dit M. Van Huevel (Mémoire cité, *Encyclopédie belge*, septembre 1842, p. 587), on tâche de saisir entre les serres le segment postérieur du crâne, qu'on tire au dehors..... » Cette manœuvre simple et facile sur un bassin de 4 pouces n'est pas plus intelligible que praticable sur une femme difforme, à bassin irrégulier, rétréci, et dont l'excavation se trouve réduite à des dimensions qui parfois n'excèdent point celles des cuillers de l'instrument. Or, si l'on s'obstine à vouloir exécuter ce mouvement de bascule, ne s'expose-t-on point à contondre les parties de la femme, soit à la région sous-pubienne, soit à la région sacro-iliaque? D'ailleurs, l'observation prouve que le forceps-scie a bien rarement pu être utilisé comme agent d'extraction du segment postérieur, puisque c'est à peine s'il a pu l'entraîner dans le sixième des cas.

« Si l'on ne peut y parvenir, continue l'auteur, on dégage l'instrument, et, à l'aide du crochet postérieur introduit dans la section ou avec une pince à faux germe, une tenette, etc., on extrait cette portion. » Je regrette, je le répète, de voir les crochets mis en jeu dans une manœuvre aussi ingénieuse que celle de M. Van Huevel, car le crochet, instrument aveugle et brutal, ne peut agir avec cette délicatesse, avec ce tact, que montrent les instruments guidés et dirigés par la main de l'opérateur. Le crochet ne reçoit qu'une seule action, qu'une seule puissance, celle de traction : le reste est inintelligent. Or, si l'accoucheur, ayant introduit l'instrument dans la section crânienne après l'enlèvement du segment postérieur, parvient à le fixer sur un point quelconque, que fait-il? que peut-il? Il tire dans le sens des axes du bassin, mais il ne saurait guère diriger avec précision les forces qu'il communique à ce crochet. L'instrument agit donc en accrochant frontal, pariétal ou sphénoïde, qu'il déprime directement en bas si la puissance est égale des deux côtés, ou qu'il renverse et fait basculer si l'action dynamique se porte plutôt dans un sens que dans un autre. N'est-il donc pas à craindre que dans cette évolution un angle osseux ne dilacère les parties molles de la femme, qu'une compression aiguë ou tranchante ne les contonde cruellement, et enfin que les inconvénients des manœuvres anciennes ne se renouvellent, du moins en partie?

A la vérité, M. Marinus nous apprend (*Bulletin de l'Académie*

précité, t. II, p. 38) que M. Van Huevel n'emploie le crochet mousse du forceps-scie ou de sa tenette que dans les cas où le segment antérieur offre trop de résistance ; il recommande, d'ailleurs, les précautions suivantes : « D'abord une main, la gauche, est placée en supination dans le vagin pour protéger ce canal contre les aspérités osseuses; le pouce de cette main pénètre derrière le pubis jusque sur la convexité du crâne; le crochet mousse est appliqué derrière le segment, sur une partie résistante de la base ; les deux premiers doigts gauches le sont sur le dos du crochet, fixant ainsi le tronçon de la tête et l'instrument tout à la fois. Alors, avec la main droite, on tire par le manche directement en bas et en spirale, suivant de la main gauche ces mouvements à l'intérieur : le fœtus descend et sort en exécutant un quart de rotation latérale. »

Ces préceptes sont sages sans doute, ils sont surtout tracés de main de maître, on ne saurait le contester; mais qui ne comprend, je le répète, que cette manœuvre si facile à exécuter dans un bassin de 4 pouces, sera trop souvent impraticable dans une filière réduite à 2 pouces ou 18 lignes? Et cependant, c'est aux malheureuses affectées de ces difformités extrêmes que nous devons assurer des secours, que nous devons tenter de procurer une délivrance exempte de dangers! On verra bientôt si les observations que j'ai recueillies sur ce point sont propres à nous conduire vers ce but si désirable.

La *pince à faux germe* et la *tenette ordinaire* sont certainement préférables au *crochet* pour extraire le segment crânien, et la raison en est bien simple : c'est que, dans les cas peu compliqués, la main pourra diriger ces instruments dans leur parcours à travers l'excavation pelvienne, tandis que, dans les cas extrêmes, le doigt les guidera encore assez bien, jusqu'à ce qu'ils aient saisi le segment qu'ils doivent abaisser et entraîner. Alors, la force agissant perpendiculairement à la surface comprise dans l'étreinte, c'est-à-dire par traction antérieure, et non par dépression postérieure, l'opérateur pourra lui imprimer telle direction qu'il jugera convenir.

Quant à la *tenette à dents de loup*, elle est bien qualifiée, car c'est une arme puissante, mais redoutable!... Il faudra de la part de l'opérateur beaucoup de prudence, infiniment d'adresse, et, je le dis aussi, des précautions multipliées au moment de l'introduction, afin de garantir les organes de la femme contre l'action des pointes acérées qui garnissent la branche mâle. La moindre déviation, la plus légère hésitation, le plus petit oubli, suffiront pour occasionner de terribles lésions; et, certes, il est bien permis de concevoir quelques inquiétudes en voyant de pareils instruments livrés à des mains inexpérimentées, puisque la simple application du forceps ordinaire a souvent donné lieu à de graves dilacérations du vagin!... J'en ai cité quelques exemples : je dois en taire beaucoup d'autres.

Il est une autre pratique conseillée par M. Van Huevel pour les cas où « le segment crânien ne serait pas complétement détaché, les cuillers du forceps n'ayant pas été portées assez haut au début de l'opération. Il faudrait, dit-il, imprimer à la *tenette* des mouvements de torsion pour rompre les adhérences osseuses. » Je ne comprends pas, je l'avoue, qu'il soit possible d'agir autrement que le conseille l'auteur de la méthode en opérant avec son forceps-scie, avec ses instruments. Je ne conçois pas qu'il existe une autre façon d'amener au dehors le segment crânien *en partie* détaché; mais il n'en restera pas moins établi pour tous les opérateurs judicieux et impartiaux que c'est une nécessité fâcheuse d'être obligé de *tordre* un segment du crâne dans un bassin difforme, d'être forcé de recourir à des mouvements alternatifs de pronation et de supination, à des mouvements de va-et-vient (Van Huevel, *Presse médicale belge*, 1850, p. 346), pour rompre des adhérences osseuses, au risque de contondre, de pincer, de déchirer même les organes mous qui tapissent la scène de cette manœuvre.

J'ai démontré précédemment qu'il arriverait assez souvent que l'on ne pourrait introduire les cuillers du forceps-scie assez profondément pour embrasser toute l'étendue des parties à diviser, et que, par conséquent, on serait obligé de recourir à la violence pour achever l'extraction du segment à enlever : c'est, en effet, ce qui est arrivé dans bon nombre des cas que j'ai rapportés.

Il existe cependant un moyen aussi simple qu'infaillible de parer à tous ces inconvénients, d'éviter la plupart de ces manœuvres dangereuses; ce moyen, M. Van Huevel l'a peut-être entrevu, mais il n'a pas songé à en tirer parti : je l'indiquerai bientôt.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 MARS 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

MICROGRAPHIE ATMOSPHÉRIQUE. — *Corps organisés recueillis dans l'air par la neige*, par M. *F. Pouchet*. — L'auteur donne le résumé de plusieurs centaines d'observations exécutées soit à la surface de la neige, soit à la surface de l'eau, soit enfin au fond de l'eau.

Il y a trouvé une grande quantité de *parcelles de fumée* de bois et de charbon de terre; une grande abondance de *fécule de blé*, un seul grain de fécule de pomme de terre; une quantité notable de *matière verte organisée*; des *grains de silice*, des *grains de calcaire;* deux *infusoires enkystés* ou œufs de 0mm,0325 de diamètre, deux cadavres d'infusoires altérés, trois *navicules*, trois *bacillaires* et deux *bactériums*, et rien autre chose qu'on puisse rapporter, soit à des animaux entiers, soit à des œufs ou à des spores; deux plaques d'épiderme muni de stomates, deux fragments de tissus fibreux, deux filaments de coton blancs, un grain de pollen d'*epilobium* ou d'*œnothera*, deux grains de pollen sphériques, finement hérissés, un poil d'ortie, deux grains de pollen vides et déformés, un filament articulé ou étamine d'Equisetum (?), deux spores de lycoperdon sur leur filament (?).

Les débris d'animaux ne se composaient que de trois filaments de laine, un bleu, un jaune et un vert; on trouva, en outre, un brin de duvet d'oiseau.

M. Pouchet fait remarquer que ces nouvelles observations tendent encore à confirmer ce qu'il a avancé touchant la pénurie de l'atmosphère en fait de spores de plantes et d'œufs d'animaux.

Avant peu, en choisissant les éléments connus, définis, et en opérant sur des proto-organismes dont les corps reproducteurs et les produits sont parfaitement décrits et palpables, il espère parvenir à démontrer par l'observation et l'expérience que le peu de germes disséminés dans l'air ne peut nullement expliquer les phénomènes de genèse que l'on voit se manifester dans la plupart des cas avec une si prodigieuse profusion.

M. *le Secrétaire perpétuel* signale parmi les ouvrages imprimés adressés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire ayant pour titre : *Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique*, par M. *J. Jordan*. — Ce mémoire a pour but de faire connaître une nouvelle méthode de traitement des pseudarthroses. M. Jordan commence par revendiquer ses droits à l'invention de cette méthode, droits qui lui paraissent avoir été tout à fait méconnus dans ces derniers temps. Sa méthode, qu'il a nommée l'*autoplastie périostique*, et qu'il a déjà employée chez l'homme en 1854 et en 1855, a fait l'objet d'une leçon clinique de M. le professeur Nélaton, et a été ainsi rendue publique en France (*Gazette des hôpitaux*, 7 juin 1856). Elle consiste essentiellement dans la résection oblique des deux fragments entre lesquels s'est faite la pseudarthrose, après que l'on a opéré le décollement du périoste, soit sur les deux fragments, soit sur le fragment supérieur seul. Dans ce dernier cas, qui est celui que l'auteur a figuré dans les trois planches placées à la fin de son mémoire, on a une manchette périostique, fendue sur sa face antérieure, et dans laquelle on invagine le fragment inférieur. On fait deux points de suture où l'on applique deux serres-fines sur les bords de la fente du manchon périostique pour en rapprocher les deux lèvres; puis on réunit d'une façon incomplète les bords de la plaie des

parties molles; enfin l'on maintient le membre dans une immobilité complète et aussi longtemps prolongée qu'il est nécessaire dans un appareil inamovible et approprié. Dans une des deux observations rapportées par l'auteur, l'opération faite pour un cas de pseudarthrose de la jambe, et sur le tibia seulement, bien que les deux os fussent intéressés, fut suivie de guérison au bout de trois mois, mais sans consolidation du péroné.

Anatomie comparée. — *Observations sur le système dentaire chez les oiseaux*, par M. *Émile Blanchard*. — Ce travail, qui confirme les observations de Geoffroy Saint-Hilaire relativement au système dentaire des oiseaux, est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

Il se forme chez certains oiseaux, notamment chez les perroquets, un véritable système dentaire présentant par la structure et par l'enchâssement dans les os maxillaires les caractères ordinaires de dents. Ce système, d'abord constitué régulièrement, se déforme par le progrès de l'âge, et disparaît tout à fait à une époque plus ou moins avancée de la vie de l'animal, par suite du développement de l'os qui finit par le recouvrir en totalité. Ces dents rudimentaires et transitoires demeurent sans usage : ce sont de simples vestiges, de simples témoins, en quelque sorte, d'organes qui ont une grande importance ailleurs. (*Comm. :* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards.)

Médecine. — *Histoire de la congestion rachidienne, maladie des moissonneurs en* 1859, par M. *Martin Duclaux*. — L'auteur, médecin des épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne), et bien placé pour observer les maladies qui règnent parmi les populations rurales du pays, signale comme nouvelle, dans ces cantons, celle dont il adresse aujourd'hui la description, et n'hésite pas à l'attribuer aux chaleurs excessives de l'été de 1859. Elle avait fait son apparition au mois de juillet, et ne disparut qu'après quelques mois. La maladie n'avait d'abord atteint que des moissonneurs, mais après un certain temps elle se montra chez des sujets qui n'étaient pas, comme ceux-ci, exposés à l'insolation.

L'invasion, à peu près instantanée, s'est annoncée assez souvent par la céphalalgie, par des éblouissements, par l'injection ou plutôt la cyanose du visage et de tout le corps, par des dérangements digestifs. Insensiblement, et en peu de temps, défaillance de force dans les membres; les mains laissent échapper les instruments, la marche devient titubante; il y a des vertiges, souvent des chutes. Le malade accuse habituellement des douleurs dans divers points de la colonne vertébrale. L'étude attentive des symptômes n'a pas permis de se méprendre sur le point de départ des désordres : il est dans les centres nerveux, le cervelet, la moelle épinière, siéges d'abord d'une hypérémie, puis d'une phlegmasie. Cependant on a eu rarement besoin de recourir aux émissions sanguines. Les frictions mercurielles sur la colonne vertébrale ont, au contraire, été généralement employées avec un grand succès. (*Comm. :* MM. Andral, Rayer, Jobert de Lamballe.)

Physiologie. — *Sur la coloration de la vue et de l'urine produite par la santonine*, par M. *A. de Martini*, membre ordinaire de l'Académie royale des sciences de Naples (2e édition). — *Application de la santonine aux affections de la vue* (communication de M. *Flourens*). — M. Flourens rappelle que, dans la séance de l'Académie du 9 août 1858, il a donné un court résumé des observations de M. Martini sur les effets de la santonine.

A l'usage de la santonine succèdent deux effets : la coloration de la vue et celle de l'urine. Parmi les personnes qui ont pris de la santonine, la plupart voient les objets colorés en vert, quelques-unes en bleu, et d'autres en jaune paille.

Dans l'édition actuelle de sa très intéressante notice, M. de Martini a notablement étendu ses premières observations. Il y joint un premier essai de l'emploi de la santonine dans les névroses de l'œil.

L'auteur rapporte l'observation de trois malades affectés d'amaurose, soit unique, soit double, dont l'état a été sensiblement amélioré sous l'influence de la santonine, administrée aux doses successivement croissantes de 20 à 50 centigrammes.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 MARS 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements des Deux-Sèvres, d'Indre-et-Loire et de l'Oise. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Pagès* sur le service médical des eaux minérales de Baréges (Hautes-Pyrénées) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Michel Lévy* offre en hommage, au nom de l'auteur, M. Des Étangs, un ouvrage intitulé : *Du suicide politique en France, études sur la mort volontaire.* « Ce livre, dit M. Michel Lévy, s'adresse non-seulement aux hommes éclairés de toutes les conditions, mais surtout aux médecins qui se livrent à l'étude des perturbations mentales et des réactions pathologiques entre l'homme et le milieu social où il se trouve placé.

M. Des Étangs ne s'est point borné à compulser des statistiques et à en déduire les conséquences superficielles dans les limites d'un calcul de proportions. Il a compris qu'il en est des causes assignées à la plupart des morts volontaires comme de celles que les pathologistes ont l'habitude d'énumérer à propos des diverses maladies. A cette constatation banale il a substitué une enquête approfondie. Admis à explorer des documents officiels, mais inédits, et que l'on pourrait appeler les archives authentiques du suicide, il a eu la patience de se livrer à des recherches qui exigeaient un esprit de sévère critique. Puis, muni de ces analyses à la fois médicales et psychologiques, et, si je puis ainsi dire, du résultat de ces autopsies morales, il les a placées en regard des faits extérieurs contemporains des événements politiques de chaque époque, et cette simple confrontation a fait ressortir des liaisons, des solidarités, des combinaisons non artificielles, de causes et d'effets qui jettent un jour nouveau sur la question de la mort volontaire.

Je n'apprendrai rien à l'Académie en signalant l'excellence et la pureté de la forme littéraire que M. Des Étangs a su donner à ses idées et à ses recherches; l'élégant traducteur de Celse se retrouve là tout entier. »

Lectures.

Physiologie. — M. le docteur *L. Corvisart* lit un mémoire intitulé : *Une nouvelle démonstration de la fonction digestive énergique du pancréas sur les aliments azotés ; diverses critiques.* Ce mémoire est consacré à une revue historique des recherches qui ont été faites sur les fonctions digestives du pancréas, et, en particulier, à un exposé très détaillé des travaux propres à l'auteur.

Après avoir rappelé les résultats que lui ont donnés ses expériences, M. Corvisart en rapporte de nouvelles qui confirment les premières.

Au lieu d'employer une fistule pancréatique pour obtenir le suc pancréatique, l'auteur s'est servi dans ses nouvelles recherches d'une infusion de pancréas préparée quelques instants après la mort de l'animal. Cette méthode a sur la première de grands avantages. En effet, l'opération de la fistule trouble forcément, en tout ou en partie, les fonctions de la glande; et, en outre, une certaine quantité du liquide sécrété s'échappe toujours par le canal excréteur secondaire. Le procédé de l'infusion, au contraire, saisit la glande au milieu de l'état physiologique le plus absolu.

M. Corvisart a constaté par ce procédé que le pancréas pris à la sixième ou à la septième heure du repas donne la quantité la plus élevée de suc pancréatique; tandis que l'époque de l'épuisement le plus absolu de la glande coïncide avec la quinzième heure du repas. (*Comm. :* MM. Adelon, Longet, Bouchardat et Poiseuille.)

Discussion sur la médication iodée.

M. *Gibert* insiste d'abord sur la nécessité de se souvenir, si l'on veut s'expliquer certains résultats très différents de la médication iodée, que la nature de la préparation employée et le mode d'administration exercent la plus grande influence sur les phénomènes qui se produisent.

Ainsi, il ne faut pas perdre de vue que le mémoire de M. Boinet traite particulièrement de l'action thérapeutique de la *teinture d'iode;* celui de M. Rilliet, de la *combinaison de l'iode* et de *l'iodure de potassium;* le discours de M. Ricord, de l'*usage exclusif de l'iodure de potassium*.

Toutefois, M. Gibert croit volontiers à une illusion de la part de ceux qui regardent l'iode comme tout à fait inoffensif et de ceux qui ont décrit l'iodisme constitutionnel.

Les premiers ont peut-être fait la part trop belle à l'iode, les seconds ont trop facilement accusé l'iode des désordres nerveux et nutritifs développés sous des influences qui n'ont peut-être pas été appréciées comme elles auraient dû l'être.

M. Gibert soumet ensuite au jugement de ses collègues quelques propositions qui résument, d'après son expérience personnelle, les principaux effets thérapeutiques de l'iode et de ses composés :

1° L'iode pur et surtout l'iode uni à la quantité d'iodure de potassium nécessaire pour le rendre soluble, tel que l'offre, par exemple, la *liqueur iodurée de Lugol*, devient facilement toxique, ou, du moins, assez irritant pour que ses effets doivent être attentivement surveillés : les premiers accidents qu'il provoque sont des symptômes d'irritation gastro-intestinale.

2° L'iodure de potassium, presque toujours innocent, lorsqu'on ne dépasse pas les doses usuelles de 1 à 2 ou 3 grammes par jour, jouit de propriétés antisyphilitiques incontestables.

3° Le mode de traitement de la syphilis le plus sûr est celui qui combine l'iodure de potassium au mercure, comme cela s'opère dans notre *sirop de deuto-iodure ioduré*. Quant au *proto-iodure de mercure*, dont l'usage est devenu général depuis l'impulsion donnée par Biett, il y a trente-six ans, son insolubilité et son action irritante sur les gencives et les entrailles me le font regarder comme un médicament infidèle et peu digne de la popularité qu'il a acquise.

4° Les *frictions mercurielles* recommandées par Astruc, et la *liqueur de Van Swieten*, doivent être mises au premier rang des remèdes antisyphilitiques.

5° L'action antiscrofuleuse de l'iode a été exagérée par Lugol. A l'intérieur, l'action de l'iode n'a de valeur qu'autant qu'elle s'unit aux conditions hygiéniques, dont l'influence est toute-puissante sur la diathèse scrofuleuse. Mais l'action topique des préparations iodurées et, notamment de la *teinture d'iode*, trouve une application usuelle dans le traitement qu'engendre cette diathèse.

6° Les besoins de la pratique réclament la multiplicité des spécifiques, et, à ce titre, il faut se féliciter de l'introduction de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis.

7° Enfin, l'*iodisme* de Genève est un genre d'intoxication à peu près inconnu aux praticiens de Paris.

M. *Velpeau*. Je n'ai pas l'intention de traiter la question dans toute son étendue, je me contenterai de raconter en peu de mots ce que j'ai vu.

J'ai beaucoup employé les préparations d'iode, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Je ne crois pas exagérer en affirmant que depuis vingt-cinq ans je l'ai administré à douze ou quinze mille malades; ce chiffre ne paraîtra pas exorbitant si on songe que je traite par ce médicament, tant à l'hôpital qu'en ville, dans l'espace d'une année, plus de quatre cents individus atteints d'hydrocèle, de kystes séreux, de bourses muqueuses, de fistules, de plaies sanieuses, gangréneuses, etc.; de tumeurs rebelles, d'adénites scrofuleuses, d'affections cancéreuses, de caries, de lésions tuberculeuses des os, etc., etc.

Je déclare tout d'abord que je n'ai jamais observé les accidents redoutables que M. Rilliet et d'autres praticiens de Genève ont décrits sous le nom d'*iodisme*. J'ai constaté chez un bon nombre de sujets les phénomènes signalés par Lugol, l'irritation des premières voies, le coryza, l'enchifrènement, le ptyalisme; mais, je le répète, jamais ces symptômes généraux voisins du marasme, jamais l'atrophie de certains organes glandulaires, qui paraissent si communs à Genève. Dans deux cas seulement, chez un jeune homme et chez une jeune femme, que je soumettais à l'usage de l'iodure de potassium, j'ai noté un amaigrissement assez prompt, mais sans autre dommage pour leur santé. La suspension du remède a suffi pour ramener la régularité de la nutrition et le retour de l'embonpoint.

De ce que je ne m'explique point les faits extraordinaires signalés par M. Rilliet, est-ce à dire que je les nie? En aucune façon. J'ai trop de confiance dans le talent d'observation de notre distingué confrère pour n'être pas convaincu de la réalité de ses assertions et du haut degré d'importance qu'elles méritent.

Je ne suis pas aussi satisfait de ses interprétations. Je ne puis admettre que l'iodisme constitutionnel puisse être lié ni à l'absence de l'iode dans l'atmosphère de Genève, ni à la présence du goître chez les malades qui font le sujet des observations de M. Rilliet. Ne pourrait-on pas trouver des explications plus naturelles dans le dosage du médicament, dans son plus ou moins de pureté, et surtout dans l'énorme proportion de malades qui ont été soumis au traitement?

Je ne me chargerai point de résoudre la question de l'influence des doses. Que l'iode produise des accidents redoutables à dose infinitésimale, et qu'il soit, pour ainsi dire, inoffensif à des doses énormes, c'est là une chose difficile à expliquer dans l'état actuel de nos connaissances; mais enfin ce n'est pas un fait qui doive trop nous surprendre, puisque tous les jours les agents les plus usuels de la thérapeutique nous offrent des exemples analogues. Comment se fait-il qu'on guérisse promptement une conjonctivite en instillant, pendant quatre ou cinq jours, dans l'œil une goutte d'une solution de 5 centigrammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau? Comment se fait-il que le calomel administré à très petite dose, suivant la méthode de Law, et que les frictions mercurielles sur la peau, qui ne laissent pénétrer dans le torrent circulatoire que des proportions infiniment petites de mercure, produisent une si prompte salivation? Il y a peu de temps encore, j'ai vu survenir en quelques heures, chez une jeune femme, une stomatite très intense, avec un ptyalisme qui dura dix jours, pour avoir touché très légèrement avec une solution de nitrate acide de mercure une ulcération de la jambe, grande comme une pièce de 2 francs. En présence de ces faits, si bien connus de tous les praticiens, on se demande s'il ne pourrait pas en être de l'iode comme des préparations hydrargyriques.

En second lieu, je crois qu'il faut tenir un grand compte du nombre des malades soumis au traitement. C'est ce que n'a pas fait M. Rilliet. Il a observé vingt-trois cas d'iodisme constitutionnel; mais il ne dit pas sur quelle proportion de malades. Ceci est d'une importance énorme; car il est clair que ce résultat perdra beaucoup de sa valeur, et n'aura plus rien de surprenant s'il ne s'est produit qu'un très petit nombre de fois sur des centaines ou peut-être des milliers de sujets que M. Rilliet a eu à traiter. Je regrette donc qu'au lieu de se borner à nous faire connaître un chiffre brut, le médecin de Genève ne nous ait pas donné une statistique, en nous indiquant exactement le rapport des malades soumis à la médication iodique avec les sujets atteints d'iodisme.

En résumé, les médecins de Paris n'ont jamais observé l'iodisme constitutionnel; ceux de Genève l'ont observé quelquefois; à quoi tient cette différence dans le mode d'action d'un même agent thérapeutique? Les explications proposées jusqu'à ce jour ne me semblent pas satisfaisantes. C'est là un beau sujet d'étude et d'expérimentation, que je crois digne de fixer l'attention et d'éveiller toute la sollicitude de l'Académie.

M. *Baillarger*. La question de l'iodisme n'est pas nouvelle; elle est aussi ancienne que l'emploi de l'iode. En 1823, comme vous l'a déjà dit M. Bouchardat, l'iode produisit tant d'accidents à Genève,

qu'il s'ensuivit une véritable terreur du médicament, et qu'il y eut un *tolle* général contre Coindet.

Comme M. Velpeau, je ne puis admettre les raisons que M. Rilliet propose pour expliquer la fréquence de l'iodisme à Genève. La meilleure preuve que l'on ne saurait attribuer aucune influence étiologique ni à l'air, ni au goître, c'est que Carro, médecin de Vienne, n'a jamais observé aucun accident fâcheux sur les 120 goîtreux qu'il a traités dans ce pays; et pourtant l'air et les eaux de Vienne sont aussi dépourvus d'iode que l'air et les eaux de Genève, et l'on y rencontre une égale abondance de goîtreux.

Je crois aussi, avec M. Velpeau, que la solution de la question est surtout dans le nombre proportionnel des sujets soumis au traitement iodique et de ceux atteints d'iodisme. Il est probable qu'une statistique sur ce point diminuerait beaucoup de l'importance attribuée à l'iodisme, en montrant que ces accidents sont infiniment rares et tout à fait exceptionnels. Un médecin du pays de Vaud, M. Bausi, nous a donné une sorte de statistique bien capable de prouver la vérité de ce que j'avance. Sur 30 malades, il n'a observé qu'une seule fois les accidents de l'iodisme. Je pense que les proportions de M. Rilliet seraient peu différentes de celles-là.

M. Rilliet a signalé encore la fréquence des accidents iodiques produits par le mélange des préparations iodées avec le sel marin. Si cette pratique déterminait des effets aussi prompts et aussi funestes que le prétend notre confrère de Genève, il y aurait lieu d'interrompre les essais qui viennent d'être tentés dans le Piémont, et qui consistent à introduire l'iode dans l'alimentation des populations goîtreuses, en mélangeant les iodures avec le chlorure de sodium.

Je ne conteste pas l'influence avantageuse et même curative des préparations iodées sur le goître, mais on avait pensé que l'iode pourrait également guérir le crétinisme. Des expériences faites sur 12 enfants goîtreux et crétins, dans la vallée d'Aoste, il est résulté que l'iode améliorait très sensiblement les conditions physiques de ces pauvres créatures, mais qu'il n'exerçait aucune modification sur l'état intellectuel. Dans le rapport rédigé à ce sujet par M. le docteur Brig, on voit que l'usage de l'iode a amené un certain degré d'amaigrissement chez quelques individus, mais on ne trouve pas qu'il ait produit les accidents graves de l'iodisme constitutionnel.

Dans le même travail, l'auteur insiste sur un fait déjà signalé par M. Chatin, c'est le contraste frappant qui existe entre la dégénérescence de la race et le magnifique développement des animaux et de la végétation.

M. *Bouchardat* fait remarquer que le travail de M. Rilliet n'est pas un mémoire de thérapeutique, mais un mémoire de physiologie. L'auteur n'avait donc pas besoin de faire de statistique; il lui suffisait de signaler à l'attention des praticiens le fait extraordinaire et exceptionnel de l'iodisme, abstraction faite des proportions dans lesquelles il se produit.

M. *Ricord*. Il importe de faire cesser une confusion qui règne depuis le commencement du débat. Les uns, en effet, parlent de l'iode pur, les autres de l'iodure de potassium. Eh bien, je crois que les effets produits par ces deux agents sont très différents. Ainsi, selon moi, l'iodure de potassium est très assimilable; et je doute fort, au contraire, que l'iode, qui est un irritant local très énergique, puisse être absorbé par la muqueuse gastro-intestinale.

M. *Trousseau*. Les premiers faits d'iodisme ont été observés sur des sujets soumis à l'usage de la teinture d'iode.

M. *Ricord*. J'avais prévu cette objection. N'est-il pas facile d'y répondre en disant que dans les cas où l'iode pur est absorbé, c'est qu'au contact des sucs digestifs et aussi de certains aliments, il subit une modification chimique, et contracte des combinaisons qui rendent son absorption possible?

On semble s'étonner beaucoup que l'iodure de potassium à hautes doses détermine moins d'accidents qu'à dose minime. Cela ne tiendrait-il pas à ce que dans les deux cas les quantités absorbées seraient à peu près les mêmes? Croit-on, en effet, que lorsqu'on administre des doses énormes d'iodure de potassium, toute la quantité soit absorbée? Ce n'est pas probable. Je suppose que la plus grande partie du sel se trouve réduite au contact des sucs digestifs, qu'une forte proportion d'iode libre est rendue par les selles, et qu'ainsi la proportion absorbée est infiniment minime.

Je ne saurais admettre l'opinion de ceux qui veulent que l'iodure de potassium agisse par sa base. S'il en était ainsi, tous les sels à base de potasse auraient une action thérapeutique analogue. Or, je le demande, le bromure et le chlorure de potassium ont-ils jamais passé pour des remèdes antisyphilitiques? Et pourra-t-on nier que l'iodure de potassium ne soit un médicament héroïque contre la syphilis? Il est incontestable que ce sel agit non point par un de ses éléments, mais par le fait de leur combinaison chimique.

Il n'en est pas de même des sels mercuriaux. Ceux-ci, c'est un fait péremptoire, agissent surtout en vertu du mercure qu'ils renferment.

M. Gibert a cherché à jeter le discrédit sur le proto-iodure de mercure, au bénéfice du deuto-iodure et du bichlorure. Je ne conteste pas l'immense valeur de ce dernier; je le regarde comme un très puissant antisyphilitique, et je crois qu'il est des cas où il doit être employé de préférence à d'autres préparations. Mais une longue expérience m'a démontré, sinon la supériorité, au moins les avantages du proto-iodure. Il est mieux supporté que les deux autres agents, et il ne détermine pas, comme eux, ces phénomènes d'irritation gastro-intestinale qui forcent à en interrompre l'usage, et qui souvent même persistent avec opiniâtreté à la suite du traitement antisyphilitique. Que reproche-t-on au proto-iodure? D'être insoluble, et partant réfractaire à l'absorption? Mais c'est une erreur. La preuve, c'est qu'on lui reproche aussi d'amener trop promptement la salivation. En somme, le proto-iodure guérit aussi sûrement et aussi vite que le bichlorure; il n'expose pas aux mêmes accidents immédiats, ni aux mêmes suites fâcheuses; c'est pourquoi je l'ai adopté généralement dans le traitement de la syphilis.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les dangers que présentent les papiers de tenture colorés à l'aide des verts arsenicaux, par MM. TAYLOR, WRIGHT, CHEVALIER, etc.

Il est aujourd'hui de notion vulgaire que les verts arsenicaux ingérés dans l'estomac ont une action toxique énergique. Les maladies professionnelles des ouvriers qui manient ces couleurs sont également bien connues, grâce aux travaux de MM. Blanchet (*Journal de médecine* de M. Beau, t. III, p. 112), Chevallier (*Annales d'hygiène*, t. XXXVIII, p. 96), Follin (*Archives générales de médecine*, décembre 1857), Pietra-Santa (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 624), et Vernois (*ibid.*, 1859, p. 298).

Quant aux dangers que peuvent présenter les papiers de tenture colorés à l'aide du vert de Schweinfurt, ils ont été signalés depuis longtemps; mais la question est loin d'être définitivement vidée, et nous prenons volontiers occasion de quelques publications récentes pour en indiquer sommairement les principaux éléments. Les principaux documents ont été réunis par MM. Beaugrand (voyez *Journal de chimie médicale* pour 1859) et Chevallier (*Annales d'hygiène publique*, 2e série, t. XI); plusieurs faits importants ont été, en outre, publiés depuis peu dans le MEDICAL TIMES AND GAZETTE, et réunis dans l'AMERICAN MEDICAL MONTHLY (septembre 1859).

M. Gmelin est le premier qui, en 1843 et 1844, appela l'attention de l'administration sur les dangers auxquels exposent les papiers verts contenant des sels d'arsenic et de cuivre. Quelques années plus tard un médecin prussien, M. Basedow, confirma les

observations de Gmelin en publiant un certain nombre de faits; après ces faits vinrent ceux de MM. Carlson et Malmsten en Suède, Hoffmann, Acheron et Birkmeyer en Allemagne, Hinds, Halley et Whitehead en Angleterre.

Les accidents constatés dans ces divers cas étaient les suivants : douleurs pseudo-rhumatismales, allant et venant sans terminaison régulière, ou névralgiques; débilité, paralysie incomplète de la motilité, affectant principalement les extrémités inférieures; affaiblissement de la vue, anorexie, quelquefois vomissements ou diarrhée, éruptions cutanées de diverses espèces, coloration terreuse des téguments, amaigrissement, marasme; le plus fréquemment irritation aiguë des yeux, des fosses nasales, des bronches, d'où enrouement, toux sèche, sensation de chaleur à la gorge. Tous ces accidents présentent souvent des exacerbations périodiques, soit par suite de l'état hygrométrique de l'air, soit parce que l'on fait du feu ou la cuisine dans la pièce. Ils affectent de préférence les enfants, puis les femmes, bref les personnes qui quittent rarement leur appartement; ils ne cèdent définitivement que lorsque les malades quittent leur chambre ou en font changer le papier. En outre, on a remarqué plusieurs fois que les ouvriers tapissiers ne pouvaient manier le papier arsenifère sans être indisposés.

Comment fallait-il se rendre compte de la production de ces accidents? Sont-ils dus à des gaz arseniés ou à des poussières arsenicales? On a constaté souvent dans les pièces tapissées à l'aide de papiers arsenifères une odeur infecte qui a été comparée le plus souvent à l'odeur de souris ou d'ail, et qui se produit principalement dans les pièces humides. C'est ainsi qu'à Paris, en 1847, des papiers posés dans une maison de la rue de Provence sur des murs humides ont donné lieu à des émanations fétides telles, que les locataires qui avaient été malades obtinrent la résiliation du bail. C'est principalement cette odeur qui a fait admettre à MM. Gmelin, Basedow, Mohr, que l'arsenic des couleurs vertes, décomposées par le contact des matières organiques altérées, se combinait à l'hydrogène naissant de cette altération et allait se mêler à l'air à l'état d'hydrogène arsenié.

M. Louyet (de Bruxelles) a fait remarquer avec raison, en 1846, qu'il ne peut s'agir de l'arséniure trihydrique, qui est inodore. Il ajoutait qu'il se formait probablement une combinaison hydrique plus arseniquée, gazeuse et très odorante; il se basait, pour démontrer cette opinion, sur ce qu'ayant laissé séjourner dans l'eau de l'arsenic distillé, il a reconnu qu'au bout de quelques jours il s'en exhalait une odeur alliacée repoussante, tout à fait analogue à celle qui règne dans les salles humides tapissées de papier vert arsenical. L'observation suivante de M. Chevallier viendrait à l'appui de l'opinion de M. Louyet. M. Chevallier a constaté, dans des fabriques de papiers peints, que des baquets, dans lesquels on avait laissé des couleurs avec la colle pendant les jours de chômage, exhalaient des odeurs infectes participant de la colle et des couleurs employées.

Kramer, MM. Abel, Philips, et la plupart des auteurs anglais qui se sont occupés récemment de la question, ont combattu la manière de voir de Gmelin, Basedow et M. Louyet. En faisant passer à travers des solutions appropriées de grandes quantités d'air qui avait traversé un vase contenant un mélange de verts arsenicaux et de colle, Kramer n'a jamais pu trouver dans cet air les moindres traces de composés arseniqués; des expériences faites avec l'air d'un appartement peint en vert avec une couleur arsenicale ont donné le même résultat. Abel et M. Philips ont également obtenu des résultats négatifs en répétant ces expériences. Il est donc évident que l'air analysé dans ces conditions ne contenait pas de composés volatiles de l'arsenic. Néanmoins, comme on n'a pas analysé jusque-là de la même manière l'air d'un appartement où des accidents s'étaient produits, il n'est pas tout à fait impossible qu'un composé de ce genre ait pu jouer un certain rôle dans quelques cas.

Il est, par contre, bien démontré aujourd'hui que l'air de ces appartements tient en suspension des particules arsenifères très fines, et il n'y a dès lors aucune raison pour ne pas voir dans cette poussière absorbée par les poumons, en agissant localement, la source des accidents, comme l'ont pensé Hoffmann, Reimer, Kleisl, et les médecins cités plus haut. Il est, d'ailleurs, évident qu'il ne peut s'agir là d'arsenic volatilisé, puis précipité, parce que la température d'une pièce habitée n'est jamais assez élevée pour que l'arsenic se réduise en vapeur. La poudre se détache accidentellement par diverses opérations mécaniques; c'est ce qui explique pourquoi les accidents sont surtout fréquents dans les cas où les murs sont simplement couverts d'une couleur verte arsenicale ou lorsque le papier de tenture n'est pas glacé (papiers veloutés), et également pourquoi les ouvriers tapissiers, qui ne manipulent ces papiers que pendant quelques heures, n'en sont pas moins facilement incommodés.

Parmi les faits publiés récemment, celui de M. Whitehead est un des plus intéressants; nous en donnons ci-après les principaux détails. Nous ferons suivre cette observation de quelques autres faits publiés récemment en Angleterre par divers médecins.

Obs. I. — M. Whitehead fut appelé, en 1857, à donner ses soins à un jeune homme qui présentait tous les symptômes d'un empoisonnement arsenical : ulcérations aphtheuses des gencives et des amygdales, violentes migraines, langueurs, nausées et vomissements, inappétence, diarrhée, insomnie. Cet état, d'abord léger, augmenta graduellement malgré le traitement. Au bout de quelques semaines, le malade fut envoyé à la campagne, où il se rétablit rapidement.

A son retour, il reprit le même appartement; au bout d'un mois, il présenta les mêmes symptômes, mais plus graves que la première fois; il avait les gencives tuméfiées, couvertes de plaques diphthériques, une violente névralgie faciale, une grande langueur, de la diarrhée; il avait considérablement maigri.

M. Whitehead, qui avait déjà fait analyser sans résultat l'eau que buvait son malade, et les tuyaux de conduite de cette eau, crut alors pouvoir attribuer cet état, en partie au moins, à la présence d'une citerne qui était adossée au mur de sa chambre à coucher. On se décida à supprimer cette citerne; ce travail dura dix-huit jours, pendant lesquels le malade dut quitter son appartement. Au bout de trois ou quatre semaines (après le retour du malade dans cet appartement), la maladie reparut avec plus de gravité.

On remplaça alors le papier vert qui couvrait les murs de l'appartement par un papier d'une couleur différente. A partir de ce moment, tous les accidents ont cessé, et le jeune homme, qui habite toujours ce même appartement, n'a plus éprouvé aucun des symptômes qu'il avait présentés auparavant.

Le propriétaire de la maison qu'habite ce jeune homme se rappelle parfaitement que l'ouvrier qui a collé le papier dans l'appartement avait dit à plusieurs reprises qu'il n'aimait pas coller du papier vert, parce que ce papier le rendait toujours malade. En effet, quand on colle le papier, on le presse en tous sens avec une brosse pour le faire adhérer entièrement au mur, et, dans cette opération, il tombe sur le parquet une quantité notable de couleur verte. Dans les circonstances habituelles, le domestique, en nettoyant l'appartement, essuie le papier avec un torchon pour enlever la poussière; or, ce torchon prend une teinte verte due à des parcelles de couleur qui se détachent du papier.

Le papier de l'appartement dont il s'agit dans cette observation contenait environ 55 centigrammes d'acide arsénieux par pied carré; comme la surface des murs couverts avec ce papier mesurait 350 pieds carrés, la totalité du papier qui garnissait l'appartement contenait 192 grammes 50 centigrammes d'acide arsénieux, et cela après que le papier avait été posé, il y avait plus de quatre ans.

Obs. II. — M. Alfred Taylor raconte l'histoire d'un gentleman dont la bibliothèque était tapissée de papier vert, et qui était affecté depuis quelque temps d'une ophthalmie chronique qui occupait principalement la conjonctive palpébrale. Le papier ayant été remplacé par un papier d'une autre couleur, l'ophthalmie ne tarda pas à guérir; mais elle reviat après que ce gentleman eut épousseté quelques livres de sa bibliothèque. La poussière, qui s'y était accumulée depuis deux ou trois ans, avait une couleur olivâtre; à l'examen microscopique, on y voyait un grand nombre de molécules colorés; on la soumit à l'analyse chimique qui constata la présence d'une forte proportion d'arsenic.

On analysa également la poussière qui se trouvait dans les vitrines d'un fabricant d'instruments, dont le magasin était tapissé avec du papier arsenifère non glacé, on y trouva également de l'arsenic en grande quantité. M. Taylor ajoute qu'il a trouvé plus d'arsenic dans un pouce carré de certains papiers qu'on n'en rencontre habituellement dans le foie d'une personne morte d'un empoisonnement arsenical.

Obs. III-VI. — M. Rooke a également constaté la présence de l'arsenic dans la poussière de sa salle à manger, dont les murs étaient cou-

verts d'un papier vert. L'un des membres de sa famille souffrait depuis plusieurs mois de symptômes gastro-intestinaux obscurs qui n'étaient expliqués par aucune cause applicable et qui ne s'étaient produits que depuis l'époque où le papier avait été appliqué sur les murs de la salle à manger. (*Medical Times*, 29 janvier 1859.)

M. Wright a éprouvé lui-même des accidents sérieux (angine, blépharite, coliques, etc.) par l'effet d'un papier arsenifère qui avait servi à tapisser sa bibliothèque. Le papier, dans ce cas, était glacé en partie, mais pas suffisamment pour que la couleur ne pût se détacher et se mêler à la poussière de l'appartement. (*Medical Times*, 12 février 1859.) Enfin, une cliente de M. Kesterven était sujette à des accidents intestinaux graves depuis dix ou douze ans qu'elle habitait une pièce tapissée avec un papier arsenifère, et ces accidents ne se reproduisirent plus lorsque l'on eut changé le papier de l'appartement. (*Medical Times*, 8 janvier 1859.)

Les dangers, désormais incontestables, des papiers de tenture colorés à l'aide des couleurs arsenicales sont assez sérieux pour qu'il soit à désirer que l'emploi de ces papiers fût interdit par une mesure générale.

Déjà les observations de MM. Carlson et Malusten ont provoqué cette interdiction en Suède.

Le gouvernement prussien avait prohibé, en 1838, l'emploi des substances vénéneuses servant à la teinture des papiers. Ce décret fut rapporté en 1839, l'interdiction ayant été reconnue nuisible aux produits du pays; la consommation avait été dépassée de beaucoup par l'entrée de papiers tirés de l'étranger, entrée qui avait été considérable. Mais en 1848, à la suite d'une délibération de la commission déléguée pour les affaires médicinales siégeant à Berlin, la prohibition fut de nouveau promulguée par un acte qui fut signifié à tous les gouvernements royaux et à la présidence de la police royale; cette mesure fut étendue, en 1850, aux rideaux de fenêtres. Un acte de rappel de ces prohibitions fut promulgué en 1852.

L'emploi des papiers arsenifères n'a toutefois guère diminué à la suite de ces décrets, et l'on en importe, comme avant le décret de 1848, une grande quantité de l'étranger. Récemment encore, à Berlin, plusieurs ouvriers tapissiers ont été empoisonnés par la poussière détachée de papiers de ce genre qui avaient servi à tapisser une salle très vaste dans un établissement public. Chez quelques-uns de ces ouvriers, l'empoisonnement a été même mortel. Aussi, à la suite d'une nouvelle enquête provoquée par le ministre des cultes, de l'instruction et des affaires médicinales, la commission déléguée pour les affaires médicinales a proposé dans un rapport, en date du 2 juillet 1856, de prohiber d'une manière absolue l'importation et la vente des papiers arsenifères, ainsi que la fabrication et la vente des verts arsenicaux. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche and œffentliche Medicin*, de Casper, juillet, 1859.)

Nous ignorons si cette prohibition absolue a été décrétée. Nous ferons seulement remarquer en terminant que cette prohibition n'entraînerait pas la suppression de tous les papiers verts; depuis 1849, M. Zuber fils (de Mulhouse) prépare des verts de chrome qui peuvent remplacer le vert de Schweinfurt dans la coloration des papiers, et il paraît que le vert Pannetier et le vert Guignet pourraient aussi très bien être employés de cette manière.

Phlegmon général de l'abdomen, observation par M. le docteur Petithan.

Le phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal, indiqué en 1839 par M. Bricheteau dans son Mémoire sur les abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal, et observé depuis par plusieurs médecins, ne se produit guère qu'à la suite de l'accouchement, et c'est alors l'une des affections puerpérales les plus terribles. Les cas dans lesquels on l'a vu succéder à des causes traumatiques ou autres, en dehors de l'état puerpéral, sont tout à fait exceptionnels. L'observation suivante, intéressante à cet égard, ne l'est pas moins par l'extension ~~énorme~~ prise par l'inflammation suppurative et dont il n'existe, à notre connaissance, aucun exemple dans la science :

Obs. — Un artilleur, âgé de vingt ans, entra le 30 décembre à l'hôpital, après avoir fait au gymnase une chute sur la plante des pieds, d'une hauteur d'un demi-mètre environ. Il dit avoir éprouvé une violente secousse, et immédiatement une douleur très vive à la région ombilicale. Néanmoins, son état ne parut pas grave d'abord, et ce n'est que quatre jours après qu'il présenta les phénomènes suivants : fièvre modérée, inappétence, soif, langue collante, une selle liquide, urines rares, difficiles et d'une couleur très foncée; ventre tendu et très douloureux. (Frictions d'onguent mercuriel, cataplasmes, diète absolue.)

Le 31 décembre, l'état du malade s'aggrava, la fièvre fut intense, ainsi que la douleur; les urines redevinrent normales. (15 sangsues sur le ventre.)

Le 1er janvier 1859 apparut une douleur très vive, s'irradiant le long du cordon des vaisseaux spermatiques, s'étendant jusqu'au testicule gauche, dont les enveloppes étaient tuméfiées; urines albumineuses. (12 sangsues sur le trajet douloureux.)

Le 2, la douleur avait continué, un abcès se forma dans les bourses et s'ouvrit le 4, à travers les piqûres de sangsues. L'état général allait d'ailleurs sans cesse en s'aggravant. On sentait, à travers les parois abdominales, une fluctuation obscure. La douleur, peu intense, était générale et s'étendit bientôt jusqu'à l'épaule gauche. La respiration s'embarrassa, les urines devinrent de plus en plus rares, la suppuration très abondante, et le malade mourut le 7 janvier.

A l'*autopsie*, on trouva un phlegmon général abdominal passé à la suppuration. Tout ce qu'il y avait de tissu cellulaire autour des viscères, du péritoine, entre les muscles des parois, était remplacé par de grands clapiers de pus croupissant. L'inflammation s'était étendue au tissu cellulaire qui ferme les ouvertures de l'abdomen sur les membres inférieurs et sur les bourses. L'abcès scrotal gauche s'était établi plutôt, paraît-il, par une collection, qui, formée entre les muscles des parois, avait fusé le long de la ligne blanche, et était venue déboucher en dedans des piliers du canal inguinal. Le pus avait passé également dans le canal crural, et avait détruit le tissu cellulaire des fosses iliaques internes, celui qui entoure les reins, celui qui sépare la vessie du rectum. Les muscles psoas, iliaque, carré lombaire, légèrement altérés, avaient perdu leur consistance, ainsi que la substance corticale des reins. Et, ce qu'il y a d'étrange, au milieu de désordres si grands, la péritonite ne jouait qu'un rôle très secondaire. Pas d'épanchement dans le péritoine, quelques adhérences à l'hiatus de Winslow, quelques rougeurs dispersées par plaques, et puis c'est tout. (*Archives belges de méd. militaire*, octobre 1859.)

Topique pulvérulent contre les tumeurs de nature douteuse, par M. le docteur Chabrely.

Il existe des tumeurs bénignes de la mamelle qui simulent à ce point le cancer que, dans un bon nombre de cas, des chirurgiens très expérimentés n'hésitent pas à en conseiller l'extirpation. M. Chabrely vient de publier dans le *Journal de médecine de Bordeaux* plusieurs observations de ces sortes de tumeurs qui ont guéri, sans opération sanglante et après plusieurs mois de traitement non interrompu, par des applications répétées de la poudre suivante :

Fécule d'amidon........	250 gr.
Iode en poudre.........	0,50 à 1
Chlorhydrate de morphine.	0,40

Cette poudre est répandue préalablement sur une couche d'ouate et maintenue sur l'organe malade à l'aide d'une bourse de suspensoir. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 novembre 1859.)

Pastilles alumineuses, formule par M. le docteur Argenti (de Venise).

M. Argenti propose d'employer, en place des dissolutions alumineuses qui sont prescrites comme gargarismes dans les angines laryngo-pharyngées, dans les aphonies et les dysphonies des chanteurs, de même que contre les ulcérations aphtheuses de la bouche, qu'elles soient simples ou scorbutiques, scrofuleuses, mercurielles ou typhoïdes, les pastilles suivantes :

Pr. Alun,
Gomme arabique,
Sucre,
Eau distillée de laurier-cerise.
De chaque, Q. S.

pour faire des pastilles qui pèsent 40 centigrammes, et qui contiennent chacune de 2 à 3 centigrammes d'alun.

La masse, bien manipulée, étendue sur une feuille de papier, distribuée en pastiles et desséchée à une douce chaleur, fournit un produit dans lequel la saveur astringente de l'alun est mitigée par les substances édulcorantes, et qui peut se conserver pendant plusieurs mois.

On laisse fondre ces pastilles dans la bouche ; la salive qui les a dissoutes porte le principe médicamenteux sur tous les points malades. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 novembre 1859.)

Trois cas graves de laryngite, par M. le docteur ARTAUD.

Les trois observations de laryngites rapportées par M. Artaud sont intéressantes à plusieurs titres ; d'abord en ce qu'elles se sont produites successivement, dans l'espace d'un mois, chez trois frères, d'où nous sommes néanmoins bien éloigné de conclure, comme le fait M. Artaud, que les deux dernières se sont produites par contagion ; puis en ce que dans les deux premiers faits, où l'affection a été méconnue, elle a passé à la suppuration, terminaison tellement rare dans les cas où il n'existe pas de lésion des cartilages ou du périchondre, que quelques auteurs, Valleix entre autres, l'ont révoquée en doute. Ces deux cas ont été mortels ; chez le troisième enfant, au contraire, où le diagnostic a été porté dès le début, un traitement antiphlogistique énergique a pu arrêter les accidents. Sous le rapport des symptômes, l'un des cas mortels simula à s'y méprendre le croup ; dans l'autre, le début des accidents fut encore plus singulier. Nous en donnons ici un court résumé :

OBS. — L'enfant, âgé de six ans, se sentit indisposé le 21 mai 1859. Il était un peu gêné pour respirer, il toussait et son appétit avait un peu diminué. Une purgation avec de l'huile de ricin fit expulser quelques lombaires et amena un soulagement notable.

Le 24, à minuit, on vint me chercher, dit M. Artaud, en grande hâte, l'enfant venait d'avoir un accès de suffocation considérable. A mon arrivée, le calme était revenu, et je trouvai l'enfant endormi. D'après le narré que me firent les parents, je crus à un spasme de la glotte, et j'ordonnai conséquemment une potion antispasmodique et calmante, plus des lavements avec la poudre d'asa fœtida.

Le lendemain matin, je vois le malade, et l'examen auquel je me livrai ne fit que me confirmer dans mon diagnostic de la veille. Cependant trois ou quatre accès de suffocation reparurent dans la soirée, et la nuit fut très agitée.

Le 26 au matin, la respiration était très gênée, la toux fréquente et la voix extrêmement rauque ; au reste, *pas de fièvre*. (Potion vomitive, révulsifs aux membres inférieurs.)

Le 27, l'enfant, qui était levé, accusait une douleur assez forte dans la région supérieure du cou et une grande difficulté pour avaler ; les autres symptômes remarqués la veille persistaient toujours aussi intenses. (Sangsues sur le point douloureux.)

Le 28 et le 29 se passèrent dans le même état. L'enfant se levait, et, quoiqu'il fût très gêné pour respirer et pour parler, il trouvait encore le moyen de s'amuser avec ses camarades.

Le 30, au matin, la suffocation augmenta, la voix s'éteignit tout à fait, la toux devint continuelle, et le pouls, qui jusqu'alors était resté *presque à l'état normal*, augmenta beaucoup de vitesse, et la fièvre s'alluma. M. Artaud proposa la trachéotomie, qui fut repoussée par les parents. L'enfant mourut asphyxié dans la soirée.

A l'*autopsie*, la région des cordes vocales supérieures fut trouvée rouge et tuméfiée. Dans la région sous-glottique, un abcès de la grosseur d'une noisette existait sous la muqueuse. Le pus qui en sortit était très homogène et bien lié. Toute la muqueuse de la région postérieure du larynx était fortement enflammée : plaques très rouges, ramollissement, etc., s'étendant jusque sur la muqueuse trachéale. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 novembre 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de physiologie, par M. le professeur F.-A. LONGET, 2e édition, t. I, 3e partie complète ; 2e partie, fascicules I et II, et t. II complet. Paris, Victor Masson, 1860.

La publication du *Traité de physiologie* de M. Longet, après avoir longtemps sommeillé, à la grande impatience du public médical, est reprise depuis l'an dernier avec une activité qui permet d'espérer la terminaison prochaine de cet important ouvrage. Les fascicules qui viennent de paraître, contiennent tout ce qui est relatif à la digestion, l'absorption et la respiration ; l'histoire de la circulation, de la chaleur animale et des sécrétions ne tardera pas à venir compléter l'étude des fonctions de nutrition ; nous n'attendrons plus alors que la première partie du tome I, réservée pour les prolégomènes, et nous aurons un des traités les plus complets qui aient été écrits sur la science physiologique, le plus important, sans contredit, qui ait été publié en France.

Il serait fastidieux de parler ici du troisième fascicule du tome I, consacré à l'étude des mouvements, de la voix et de la parole, et des sens envisagés d'une manière générale. Cette partie de l'ouvrage est depuis trop longtemps entre les mains de tous pour que nous croyions nécessaire d'en faire ressortir les éminentes qualités.

Nous nous contenterons, par conséquent, de dire quelques mots des deux derniers fascicules qui ont vu le jour, et de la nouvelle édition du second volume, dans laquelle, par un prodige de travail, le savant professeur a pu introduire tous les changements nécessités par les dernières conquêtes de la science, sans pour cela ralentir la publication des autres parties de son œuvre.

Fidèle au plan qu'il s'était tracé, M. Longet, après avoir donné une idée générale de la *nutrition*, et des diverses fonctions qui la constituent, passe en revue les formes que présente l'appareil digestif dans la série animale. Puis il commence l'étude de la digestion chez l'homme par celle de la faim et de la soif, considérées soit comme sensations, soit dans leurs effets, lorsque la privation d'aliments ou de boissons qu'elles traduisent le plus souvent, est prolongée plus ou moins longtemps.

L'examen des aliments trouve naturellement sa place à la suite de ces recherches sur l'inanition. Il faut entendre par aliments, suivant M. Longet, toutes les substances qui, susceptibles d'éprouver dans l'organisme une série de transformations, doivent, en s'assimilant, maintenir ou accroître la masse de l'individu, remplacer les matériaux qu'il a perdus, ou bien aussi le mettre en possession d'une source de chaleur indépendante du milieu où il vit. Cette définition, qui diffère notablement de toutes celles qui ont été données jusqu'ici, a sur elles le grand avantage de s'appliquer à toutes les espèces de matières qui font partie de notre alimentation, aux substances inorganiques aussi bien qu'à celles qui sont tirées de règnes organisés. Nous ne pouvons entrer dans les détails de la question ; il nous suffira de dire que l'auteur a traité ce sujet avec tous les développements qu'il comporte en raison de son immense importance pratique, et que près de soixante pages sont consacrées à l'élucidation complète de tous les problèmes qu'il soulève. Parmi ces problèmes, nous ne pouvons nous empêcher de mentionner, comme intéressant particulièrement le médecin, celui des conditions que doit réunir une bonne alimentation, celui des proportions dans lesquelles les divers éléments nutritifs doivent se rencontrer dans un aliment pour favoriser autant que possible l'exercice régulier de toutes les fonctions, et enfin celui de la quantité d'aliments nécessaires à l'homme.

Après cette étude préliminaire, en quelque sorte, le professeur de physiologie aborde l'étude de la digestion proprement dite, qu'il divise en deux sections : 1° étude des phénomènes mécaniques de la digestion, et 2° étude des phénomènes chimiques de la digestion. Dans la première section, il fait invariablement connaître d'abord les instruments mis au service de la fonction, puis il examine leur mode d'action ; dans la seconde, il étudie préalablement la composition chimique des liquides qui se rencontrent sur le chemin de l'aliment, pour apprécier ensuite l'action qu'ils exercent sur lui et les transformations qu'ils lui font subir. M. Longet a su décrire avec une précision et une concision admirables tous les faits sur lesquels la science est définitivement fixée ; mais il insiste, il accumule les preuves chaque fois qu'il s'agit d'un phénomène qui est encore sujet à contestation, ou qui laisse des doutes dans l'esprit des physiologistes. C'est ainsi qu'il s'étend sur les questions relatives au rôle de l'épiglotte, à l'état de l'ouverture supérieure du larynx pendant le deuxième temps de la déglutition, à l'existence du sulfo-

cyanure de potassium dans la salive. L'histoire des mouvements de l'estomac est suivie d'un chapitre extrêmement intéressant sur la rumination.

Passant en revue les propriétés de la salive, le professeur rend à la diastase salivaire l'importance dont on avait cherché à la dépouiller; il fait remarquer avec beaucoup de raison que si le sang, le pus, le liquide de certains kystes, etc., ont pu opérer la transformation partielle de l'amidon en sucre, cette métamorphose ne s'est faite qu'avec une lenteur qui n'a rien de comparable à l'action de la salive, et que lors même qu'il y aurait égalité d'énergie de part et d'autre, cela n'ôterait rien aux propriétés de la salive : « Parce » que d'autres substances azotées que la levûre de bière ont aussi » le pouvoir de donner lieu à la fermentation alcoolique, a-t-on nié » la spécificité d'action chimique du ferment de bière sur les su- » cres? Et, quand j'ai démontré expérimentalement que le fluide » séminal avait sur les corps gras neutres la même action que le » suc pancréatique, a-t-on envisagé ce fait intéressant comme étant » de nature à restreindre le rôle de ce dernier fluide dans la diges- » tion des matières grasses, ou bien à faire rejeter l'existence du » principe actif particulier qu'on y avait admis? » Des faits nombreux et concluants ne lui permettent pas non plus d'appliquer aux mammifères en général, et à l'homme en particulier, la distinction que l'on a observée chez le cheval et le chien, entre le liquide mixte de la bouche et celui qui est tiré directement des conduits excréteurs des glandes salivaires, sans aucun mélange de mucus buccal.

Dans l'étude des glandules qui sécrètent les sucs de l'estomac, M. Longet fait ressortir les différences qui existent entre les deux espèces de tubes gastriques qu'on rencontre chez l'homme, aussi bien que chez les animaux; il rappelle que Schiff a constaté que la portion pylorique de l'estomac humain ne peut pas servir à la préparation du suc gastrique artificiel; d'ailleurs, des observations directes, faites par Schiff et par Donders, ne permettent plus de douter de la nature différente des glandes qu'on rencontre, chez l'homme, dans la région pylorique et dans les autres portions de ce viscère; les premières, à épithélium cylindrique, sécrètent le mucus qui forme un enduit à la surface interne de l'estomac; les autres, à cellules arrondies, se rapportent seules à la sécrétion du suc gastrique.

La nature de l'acide auquel le suc gastrique doit sa réaction normale a donné lieu à autant de controverses que n'importe quel point de la digestion, et, après avoir pesé la valeur des arguments produits à l'appui de chacune des opinions émises, M. Longet conclut que de nouvelles recherches sont indispensables pour trancher sûrement le différend.

Le rôle de la bile n'a pas moins diversement été interprété; après avoir rapporté les expériences des nombreux auteurs qui ont cherché à élucider ce point de la science, l'auteur s'exprime en ces termes : « De ce qui précède, il *paraît* résulter que *la bile n'est* » *pas indispensable* au travail de la digestion en général, mais que » néanmoins son écoulement continuel au dehors n'est compatible » avec l'entretien de la vie que si une copieuse alimentation com- » pense cette perte incessante. » Cette nécessité d'une alimentation plus copieuse peut dépendre, soit de ce qu'à l'état normal une partie des éléments de la bile est résorbée, comme cela résulte des expériences de Bidder et Schmidt, soit de ce que, la bile facilitant la digestion d'une certaine classe d'aliments, une grande quantité d'autres aliments, digestibles sans elle, devient nécessaire pour suppléer ceux qui ne sont plus qu'incomplétement digérés dans les cas de fistule biliaire. Les mêmes expérimentateurs se sont assurés, en effet, que les chiens munis de fistule biliaire n'absorbent que la cinquième ou la septième partie de la quantité de graisse qu'absorbent les animaux sains. La bile contribue donc à l'absorption des graisses, et ce serait à tort qu'on voudrait gratifier le suc pancréatique du rôle *exclusif* d'émulsionner les corps gras.

Tout le monde sait ~~qu'une~~ autre propriété du suc pancréatique, qu'il partage avec la salive, est celle de transformer l'amidon en dextrine et en sucre. Sous ce rapport même, son activité a paru à M. Longet plus grande que celle de la salive. Mais ce qu'ont fait surtout ressortir les travaux de M. Corvisart, c'est l'action du suc pancréatique sur les matières albuminoïdes. Le principe actif du pancréas, qui, d'après ce jeune physiologiste, se rapproche de la pepsine par quelques-unes de ses propriétés chimiques, liquéfie et transforme en albuminose la même quantité de fibrine, d'albumine que la pepsine elle-même, sans avoir besoin, comme cette dernière, de la présence d'un acide : le suc pancréatique et le suc gastrique concourraient donc au même résultat ultime, la formation de l'albuminose ou pepsine.

Les phénomènes dont l'ensemble constitue l'acte de la digestion, avaient pour but de rendre l'aliment susceptible d'être absorbé. M. Longet, en définissant l'absorption, la pénétration dans l'organisme du dehors en dedans, *de liquides ou de fluides élastiques*, révèle immédiatement son opinion sur les expériences par lesquelles on a voulu prouver que certaines particules solides peuvent traverser les membranes, être absorbées sans dissolution préalable, et se retrouver intactes dans le liquide sanguin. Les faits d'Oesterlen ont été réfutés, il est vrai, par M. Mialhe et P. Bérard, qui ont montré que, pour la poudre de charbon, il y a plutôt pénétration mécanique des particules, dont les angles aigus écartaient les fibres des tissus pour se frayer une route; qu'on ne pouvait voir là une absorption véritable, et qu'enfin le phénomène cesse de se produire quand on emploie du noir de fumée, dont les particules n'offrent point les contours anguleux du charbon végétal.

Mais les mêmes objections ne peuvent être adressées aux faits observés par Marfels et confirmés par Moleschott. Ayant injecté du sang de brebis, de veau et de bœuf dans le tube digestif de plusieurs grenouilles, ces auteurs ont pu distinguer très nettement les corpuscules de ce sang étranger circulant dans les vaisseaux de l'animal, où ils avaient dû pénétrer à l'état solide : la même chose a eu lieu pour des granulations pigmentaires de la choroïde. Il serait à désirer que ces expériences fussent renouvelées assez souvent pour qu'il ne soit plus possible de douter de leur résultat.

Depuis la découverte de l'endosmose par Dutrochet, ce phénomène joue le plus grand rôle dans les théories de l'absorption, soit chez les animaux, soit dans les végétaux. Mais on s'est certainement exagéré l'importance de l'endosmose dans l'absorption chez les premiers, car il est une foule de circonstances où l'endosmose est insuffisante pour rendre compte de la pénétration de certaines substances dans l'organisme animal. Les solutions concentrées de sucre de sels, sont absorbées comme les solutions étendues; et les corps gras, quoique non endosmotiques, n'en passent pas moins dans les chylifères. Il ne serait pas moins difficile d'expliquer par les lois connues de l'endosmose l'absorption qui se fait, dans les interstices de nos tissus, des matériaux devenus impropres à la vie, celle de la graisse amassée comme réserve ou dépôt de substance alimentaire, la résorption des épanchements qui s'étaient faits dans les cavités séreuses, etc...

De grandes lacunes existent donc encore dans l'histoire de cette fonction, et c'est à les combler que doivent tendre tous les efforts des physiologistes, en leur appliquant les lois générales de la matière, et non en invoquant à chaque pas cet être fantastique, appelé force vitale, que l'on voit intervenir comme un *Deus ex machinâ* chaque fois que nos ressources logiques ne peuvent fournir le dénouement.

A la suite de ces considérations générales, M. Longet passe en revue les différents systèmes organiques où l'absorption s'effectue. Il commence, à propos de la peau, par réduire à néant certains faits qu'on avait cru pouvoir alléguer en faveur de l'absorption par la surface cutanée. Certainement la peau jouit de la faculté d'absorber chez un grand nombre d'animaux. Ainsi, quand on saupoudre de chlorhydrate de strychnine le ventre d'une grenouille, on ne tarde pas à voir survenir les symptômes du tétanos; l'absorption s'exerce de la même façon chez les lézards, les orvets, la couleuvre, chez la plupart des invertébrés nus. Mais il s'en faut que les choses se passent exactement de même chez l'homme, et les dernières expériences faites sur cette fonction sont bien loin d'avoir éclairci tous les détails du problème.

Dans l'étude de l'absorption par la muqueuse digestive, M. Longet insiste sur ce fait que l'albumine n'est jamais absorbée comme

telle ; elle doit se transformer préalablement en albuminose. Or, cette dernière substance jouit de la singulière propriété de masquer instantanément la présence de la glycose vis-à-vis du tartrate cuprico-potassique. Les réactions ordinaires faisant défaut dans le sang de la veine porte, il est démontré que c'est à tort que l'on a soutenu que l'albumine est absorbée sans modification, ou du moins reprend ses caractères primitifs immédiatement après son passage à travers les membranes organiques.

Contrairement aux lois générales de l'absorption, d'après lesquelles une substance ne peut être absorbée qu'à l'état de dissolution, les graisses passent dans les chylifères simplement émulsionnées, c'est-à-dire réduites en particules extrêmement petites. Encore cette division ne paraît-elle pas être nécessaire chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, qui absorberaient les graisses non émulsionnées. Ce n'est pas que des physiologistes n'aient tenté de faire entrer les corps gras dans le droit commun, en supposant que, sous l'influence des fluides versés dans l'intestin, ils se saponifient ou se décomposent en acide gras et en glycérine ; ce dédoublement n'a pas lieu, ainsi que l'ont démontré les expériences de MM. Bouchardat et Sandras, de M. J. Béclard et celles de Bidder et Smidt ; de sorte que la théorie est impuissante jusqu'à ce jour à expliquer l'absorption des graisses, bien que les observations aient montré que l'épithélium de l'intestin y joue un rôle essentiel.

Tout le monde sait que depuis Hippocrate et Galien les veines étaient regardées comme les *agents* uniques de l'*absorption*, lorsque la découverte des chylifères et des vaisseaux lymphatiques vint les dépouiller de ce privilége ; si bien que John Hunter fit une série d'expériences par lesquelles il prétendit démontrer l'absorption par le système lymphatique à l'exclusion des veines. Celles-ci ne furent réintégrées dans leurs fonctions que par les expériences de Magendie ; celle qu'on regarde généralement comme ne laissant rien à désirer est instituée de la manière suivante : chez un chien qu'on a assoupi par l'opium pour lui éviter la douleur, l'une des cuisses est séparée du corps, de manière à ne plus communiquer avec le tronc que par l'artère et la veine crurales. Pour répondre d'avance à l'objection que des lymphatiques pouvaient être contenus dans l'épaisseur des parois de ces deux vaisseaux, un tuyau de plume est introduit dans chacun d'eux, puis leurs parois sont coupées circulairement sur ces canaux inertes. Du poison ayant ensuite été inséré dans la patte de l'animal, les effets n'en furent pas moins très appréciables au bout de quatre minutes.

Cette expérience, tant de fois citée par les auteurs, et regardée comme capitale dans la question de l'absorption, paraît, au contraire, à M. Longet, *sans la moindre valeur;* puisque Magendie a cru, à tort, devoir introduire le poison dans une plaie, où celui-ci a pu directement communiquer, par *des veines divisées et ouvertes*, avec le sang en circulation. Pour que l'expérience fût démonstrative, nous croyons, en effet, qu'il eût fallu déposer la substance toxique à la surface d'une plaie ancienne, couverte de bourgeons charnus, et non saignante, ou bien sur une surface dénudée par un vésicatoire.

Mais d'autres faits, très bien observés, ne laissent aucun doute relativement à l'absorption par les veines, et aujourd'hui il est généralement admis que les deux ordres de vaisseaux « concourent à » puiser, dans la profondeur des tissus, comme à la surface des » membranes, les matériaux qui, exhalés par les capillaires, doi» vent rentrer dans les voies circulatoires. Seulement, dans cette » espèce d'absorption intime, les lymphatiques absorbent de pré» férence tout ce qui est encore apte à être utilisé et à devenir » fluide nutritif, tandis que les veines s'emparent plus particuliè» rement des matériaux qui doivent être rejetés comme inutiles par » les voies excrétoires. »

Quant à l'absorption des substances étrangères à l'organisme, « l'expérience démontre, dit M. Longet : 1° que les matières autres » que les aliments, qu'elles soient indifférentes ou toxiques, salines, » colorantes ou odorantes, s'engagent presque exclusivement dans » les veines intestinales qui concourent à la formation de la veine » porte, pour traverser le foie, la veine cave inférieure, etc. ; 2° que » les produits des divers aliments digérés figurent dans les veines » et dans les chylifères, mais suivant des proportions bien diffé» rentes ; qu'ainsi les chylifères se chargent principalement de » matières grasses à peu près à l'exclusion des veines, tandis que » ces dernières absorbent plus spécialement les boissons, les pro» duits de la digestion des aliments albuminoïdes et sucrés, ainsi » que les sels ordinaires de l'alimentation. »

Pour terminer l'histoire de l'absorption, il restait à examiner les conditions nécessaires à l'accomplissement de cette fonction et les variations que certaines circonstances peuvent lui imprimer, l'influence qu'exerce sur elle le système nerveux, et enfin les théories proposées pour l'expliquer. A l'hypothèse des *bouches absorbantes*, que les premières observations sérieuses ont forcé de rejeter, ont succédé les théories de l'imbibition et de l'endosmose, qui règnent aujourd'hui sans partage. Ces propriétés physiques sont étudiées par M. Longet dans leurs plus minutieux détails : le chapitre consacré à l'endosmose, en particulier, nous paraît être ce qui a été écrit de plus complet sur cette question. Mais, comme nous l'avons déjà dit, l'endosmose ne peut tout expliquer, et « le » mécanisme de certaines espèces d'absorption demeure encore un » mystère aussi profond, aussi impénétrable que par le passé. »

Nous franchirons, sans nous y arrêter, le chapitre de la lymphe et du chyle, complément naturel de l'histoire de l'absorption, pour arriver à l'étude de la respiration. Si la généralité d'une fonction est un caractère certain de son importance, la fonction respiratoire ne le cède à aucune autre, puisqu'on la retrouve, non-seulement chez tous les animaux et même déjà dans l'œuf, mais encore dans les végétaux. Mais il est généralement admis qu'il existe une opposition directe entre la respiration des animaux, qui brûlent du carbone et exhalent de l'acide carbonique en absorbant de l'oxygène, et la respiration des plantes, qui absorbent de l'acide carbonique, en fixent le carbone et exhalent l'oxygène. Cependant, dans ces derniers temps, Dutrochet et Garreau ont fait voir que l'on avait mis en évidence une partie seulement des échanges de gaz qui s'opèrent entre la plante et l'atmosphère, le phénomène de réduction, et qu'il en existe un autre, non moins important, qui serait la respiration proprement dite, en tout analogue à celle des animaux, c'est-à-dire une combustion de carbone avec exhalation d'acide carbonique. Aussi ce dernier physiologiste a-t-il conclu de ses observations que toutes les parties des plantes respirent, et que l'acte respiratoire, chez elles comme chez les animaux, a pour résultat final et appréciable de déplacer le carbone en élevant leur température.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans l'examen détaillé qu'il fait des divers modes de respiration dans la série animale, quel que soit l'intérêt qui s'attache à cette étude pour le physiologiste qui veut se pénétrer de l'essence de cette fonction. Comme ces lignes s'adressent surtout à des médecins, nous passerons immédiatement à la partie qui traite de la respiration chez l'homme.

M. Longet commence par l'exposé des phénomènes physico-chimiques de la respiration ; il étudie d'abord l'air atmosphérique et le sang, c'est-à-dire les deux éléments qui vont se trouver en présence dans le poumon, puis il passe en revue les modifications qu'ils éprouvent l'un et l'autre dans l'acte de la respiration, et enfin il examine les diverses théories par lesquelles on a voulu expliquer ces changements. L'histoire de la découverte de l'oxygène, les travaux sur la composition de l'air atmosphérique, exécutés par Lavoisier, Boussingault et Dumas, les recherches de de Saussure sur la quantité d'acide carbonique, celles de M. Chatin sur l'existence de l'iode dans l'air y sont exposés avec une clarté et une précision qui attachent le lecteur, bien que le sujet soit loin d'être nouveau.

Dans l'étude des nombreux éléments chimiques du sang, il importait de grouper ces substances d'après leur nature, leurs analogies, leur origine et leur destination, en s'appliquant surtout à distinguer les parties réellement constituantes du sang, de celles qui ne sont qu'accessoires. Considérant que le sang est l'aliment par excellence de l'organisme, et que, comme tel, il renferme les quatre ordres de substance qu'on retrouve, dans des proportions variables, dans tout aliment complet, M. Longet les classe de la manière suivante : 1° *substances albuminoïdes* ou protéiques (fibrine, albumine, etc.), qui servent à la rénovation des tissus ; 2° *principe sucré* et ses dérivés, acides lactique, butyrique, etc. ; 3° *matières*

grasses, concourant, avec le principe sucré, à l'accomplissement de la respiration et au développement de la chaleur animale; 4° *éléments minéraux* ou *salins* essentiels à l'organisme, et communiquant au sang des propriétés chimiques et organoleptiques particulières. Mais le sang n'est pas seulement destiné à nourrir les organes ; il est aussi chargé de reprendre en eux et de porter au dehors, par le moyen des sécrétions, les différentes substances devenues impropres à la vie; c'est à ce titre qu'on y rencontre l'urée, l'acide urique, la créatine et la créatinine. Enfin le sang devant conduire l'oxygène à toutes les parties du corps, et en ramener l'acide carbonique, on y rencontre toujours une certaine quantité de ces gaz, et, en outre, une proportion déterminée d'azote. L'étude des gaz du sang conduit naturellement l'auteur à exposer les caractères différentiels du sang veineux et du sang artériel. Un petit tableau synoptique résume d'une manière très nette les principaux de ces caractères. Malheureusement, dans cette question encore, il reste de grands vides à combler, et une des conclusions de M. Longet est la suivante : « En ce qui concerne l'espèce humaine, il est impossible, avec les résultats actuels, de déterminer un nombre qui représente, d'une manière suffisamment exacte, la quantité d'oxygène absorbée en une heure par un homme adulte et placé dans des conditions normales. »

Dans l'acte de la respiration, l'oxygène se porte surtout sur les globules, mais le sérum n'est pas totalement étranger à l'acte respiratoire; M. Longet fait ressortir cette proposition, en s'appuyant sur les recherches intéressantes de M. Fernet. Déjà M. Cl. Bernard avait attiré l'attention sur le degré variable de solubilité de l'oxygène dans le sérum du sang, suivant que celui-ci est plus ou moins chargé de sucre ou de divers sels.

Les effets produits par la suspension de la respiration, par l'insuffisance ou la viciation de l'air, sont pour le médecin un sujet d'étude non moins intéressant que la respiration elle-même. Sans sortir des mammifères, on trouve, sous ce rapport, une grande différence entre l'homme et la baleine, par exemple, qui, au dire de Scoresby, peut rester trente minutes sous l'eau sans s'asphyxier. Les dispositions anatomiques spéciales, signalées dans le système circulatoire de ce cétacé ne rendent compte qu'incomplétement de ce fait remarquable. La même différence s'observe, comme on sait, chez les mammifères qui viennent de naître, et cette faculté que possèdent les nouveau-nés des mammifères de supporter plus longtemps que les adultes la suspension de la respiration paraît liée à l'existence du trou de Botal et du canal artériel; M. Longet fait observer avec raison que cette opinion, qui extrêmement vraisemblance, manque cependant de preuves directes.

Nous aurions pu multiplier nos citations et nos observations; celles qu'on vient de lire suffisent pour donner la conviction que le tome premier du *Traité de physiologie* du professeur de la Faculté de Paris ne sera pas inférieur au tome deuxième, dont le succès a été si considérable. On y retrouve en effet la même érudition, la même précision, la même clarté d'exposition, la même justesse d'appréciation, et surtout le même style concis, nerveux, sobre et pur, réunissant en un mot toutes les qualités du style scientifique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Marc Sée.

VI

VARIÉTÉS.

A la suite d'un rapport de M. le ministre des affaires étrangères, et par décret du 14 mars, 26 personnes, qui se sont particulièrement signalées par les soins qu'elles ont prodigués à nos soldats pendant la campagne d'Italie, ont été décorées de la Légion-d'honneur; 367 ont été désignées pour recevoir une médaille portant ces mots : *Campagne d'Italie*, 1859. — *A M... pour les soins donnés aux blessés français.* Il y a des médailles de deux modules. Le grand module sera décerné à 140 personnes; 227 recevront le petit.

— Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est ouvert hier 19 mars. Le jury se compose de MM. Desgranges, Berne, Rollet, Valette, Bouchacourt, Diday, Rodet, Pétrequin, Barrier, Bonchet, Garin et Rater. Les candidats inscrits sont MM. Ollier et Gayet.

— Par arrêté du 19 janvier dernier, M. le ministre de l'Algérie et des colonies a nommé professeurs-suppléants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger : pour les chaires de médecine proprement dites, M. J. Ehrmann; pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Ch. Alcantara; pour les chaires d'anatomie et de physiologie, M. de Guindrecourt; pour les chaires de chimie, de pharmacie et d'histoire naturelle, M. Lauras, pharmacien-major. (*Gazette méd. de l'Algérie*).

— Un concours pour l'internat à l'hôpital civil d'Alger a eu lieu le 6 février. MM. E. Bruch, Ollivieri et Cros, ont été déclarés internes titulaires, et MM. Vaillant et Cherbonnier, internes provisoires.

— M. l'inspecteur général du service de santé de la marine a signalé, dans un rapport récent, les dangers réels que présente la pratique du tatouage, aujourd'hui répandue dans les différents corps de l'armée de mer, et plus particulièrement dans le personnel de la flotte. Plusieurs exemples démontrent que, dans certains cas, la perte d'un bras, la mort même, peuvent être le résultat de tatouages opérés sur de larges surfaces. Quant aux accidents moins graves, quoique toujours dangereux, qui proviennent de la même cause, le nombre en est considérable. Invitation est faite aux marins, par l'autorité maritime, de renoncer à cette déplorable pratique.

— La guerre d'Afrique éveille vivement le patriotisme des médecins espagnols. La presse médicale ouvre des souscriptions pour les blessés. Plusieurs confrères ont composé des odes de circonstance : La España medica en publie une du docteur Mestre Y. Marzal. Des recteurs ont fait chanter des *Te Deum*, auxquels assistaient les membres de l'Université.

— Un professeur de médecine à Rome, a, dit-on, essayé vainement d'organiser, parmi les étudiants, une manifestation en faveur du pape. (*Gazetta médica stati sardi.*)

— La prévision de l'income-tax fait jeter les hauts cris aux médecins anglais. Un organe très accrédité de la presse médicale demande qu'on établisse une distinction entre la propriété foncière et le produit quotidien du travail.

— Nous apprenons à l'instant que M. Marc d'Espine, de Genève, vient de succomber aux suites d'une affection chronique du tube digestif. C'est un deuil qui s'ouvre, non-seulement pour le corps médical de Genève, mais pour la profession tout entière.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

La circulation du sang, décrite par un contemporain du Dante. — Au chapitre 10 du IVe livre du poëme intitulé *Acerbo*, qui a pour sujet la physique, l'histoire naturelle, la médecine, la philosophie, l'astrologie, et pour auteur Franscesco Stabili, dit Ceccho, ou Ciccho, ou encore Cecco d'Ascoli, brûlé comme hérétique en 1347, on trouve les vers suivants :

« Fo ven dal sangue che nel cor s' ingorga
» Per ciascuna artaria movendo tolo
» Avegna che zo l' hom non sa corga. »
« .....da cerebro procedano li nervi,
» Nasce dal core ciascuna aretaria
» Voglio che questi dicti in le reservi. »
« El Aretaria sempre dove è vena,
» Aretaria in se adopia ogni via
» Per l' una al cor lo sangue se mena
. . . .
» El sangue poi si move cum quiete, etc. »

Cecco d'Ascoli est né en 1257; mais l'*Acerbo* n'a été imprimé qu'en 1476. (*Gazetta med. Italiana, Lombardia.*)

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr.— 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 30 MARS 1860. N° 13.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 22 mars 1860, un congé d'inactivité, jusqu'au 31 août 1860, est accordé à M. LONGET, professeur titulaire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. VERNEUIL, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est chargé, à titre de suppléant, du cours de physiologie à ladite Faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Longet.

— Par arrêté, en date 22 mars 1860, M. le docteur LENOEL, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite école, en remplacement de M. le docteur BRANDICOURT, dont la délégation est expirée.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 29 mars 1860.

DOCUMENTS SUR L'IODISME : MM. RÖSER ET HERPIN. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG : SUTURES MIXTES. — SIROP ET EXTRAIT ALCOOLIQUE DE QUINQUINA. — STOMATITE DES NOURRICES. — M. BORCHARD : SCARIFICATION OCULAIRE HIPPOCRATIQUE. — HISTORIQUE DES GRANULATIONS PALPÉBRALES.

Voici sur la question qui agite en ce moment l'Académie de médecine deux nouveaux documents que le nom des auteurs recommande d'une manière toute spéciale. On comprend que, sur un sujet si neuf, du moins pour des médecins français, et plus encore pour ceux du centre de la France, nous ayons plutôt tenté de mettre en présence les faits et les interprétations que d'exposer des opinions personnelles. Voici donc les idées de M. le professeur Röser et de M. Herpin (de Genève) sur la question de l'iodisme.

De même que M. Rilliet, M. Röser habite un pays où le goître est endémique, et il a traité cette affection, dans un nombre très considérable de cas, depuis plus de quarante ans, par les préparations iodées. Dans le cours de cette longue pratique, il a eu assez fréquemment l'occasion d'observer les accidents décrits sous le nom d'iodisme par Coindet, Gairdner (1824), etc., et dont l'ensemble a reçu de M. Rilliet l'appellation d'*iodisme constitutionnel*. Mais si M. Röser est d'accord avec ces médecins sur la question de fait, il ne l'est nullement sur l'explication des accidents. Pour lui, ces accidents ne sont pas le moins du monde liés à une intoxication iodique chronique, mais se trouvent sous la dépendance d'une cachexie particulière, la *cachexie goîtreuse*, qui est elle-même consécutive à la résorption partielle d'un goître plus ou moins prononcé.

Voici les principaux arguments présentés par M. Röser à l'appui de cette manière de voir, qu'il a déjà soutenue en 1844 (*Medicinisches Correspondenzblatt*, t. XIV, p. 241) et en 1848 (*Archiv für Physiologische Heilkunde*, 7e année, 1re livraison), et qu'il a reproduite récemment, étayée d'observations nouvelles, dans un article critique assez étendu (*ibid.*, 1859, 4e livraison).

Bien qu'il ait fait un usage extrêmement fréquent des préparations iodées, M. Röser n'a jamais vu apparaître les accidents attribués à l'iodisme constitutionnel que dans les cas où cette médication avait eu pour résultat la disparition ou la diminution rapide (en quelques jours) d'un goître. A l'époque où l'iode venait d'être introduit dans la thérapeutique du goître, la réputation antistrumeuse de la teinture d'iode s'était répandue rapidement dans le district où exerce M. Röser, et les goîtreux en usèrent et abusèrent fort souvent sans prendre l'avis d'un médecin. Les cas d'intoxication iodique aiguë se multiplièrent régulièrement à la suite de ces abus ; beaucoup de goîtreux qui s'étaient traités eux-mêmes se présentèrent à M. Röser avec des gastro-entérites consécutives à ce traitement ; mais aucun de ceux qui n'en avaient pas retiré d'avantage pour le goître n'éprouva les accidents attribués à l'iodisme constitutionnel.

Parmi les individus chez lesquels ces accidents furent observés à la suite de la disparition ou de la diminution d'un goître, il en est plusieurs qui n'avaient pris aucune prépara-

tion iodée à l'intérieur ; les accidents éclataient à la suite de quelques frictions iodurées, au bout d'un très petit nombre de jours, et alors que l'absorption n'avait pu faire pénétrer dans la masse du sang qu'une quantité extrêmement faible, quelques grains au plus, du médicament.

Même en admettant pour ces cas l'influence d'une idiosyncrasie, d'une susceptibilité tout à fait extraordinaire, il est impossible de comprendre que les accidents ne soient nullement arrêtés par la suppression de toute médication iodique. L'affection, chez ces sujets comme chez ceux qui avaient pris des doses plus ou moins fortes d'iode à l'intérieur, persiste pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, et alors que l'action du médicament s'est depuis longtemps épuisée.

Au surplus, ce n'est pas seulement l'atrophie du goître produite par la médication iodée qui donne lieu au prétendu iodisme ; M. Röser a vu les mêmes symptômes éclater dans des cas où des goîtres avaient diminué rapidement sous la seule influence d'un séton, et il rappelle en outre cette opinion que l'on retrouve dans bon nombre d'auteurs anciens, à savoir qu'il n'est pas toujours prudent de guérir les goîtres, parce que leur disparition est parfois suivie de phthisie. Chez les malades de cette catégorie, la cause de la cachexie ne peut être que dans la modification du goître. Quoi de plus naturel que d'étendre cette explication aux cas où la même modification du goître est la conséquence de la médication iodée?

M. Röser a d'ailleurs observé de véritables intoxications iodiques chroniques, et il convient qu'à ne tenir compte que de chacun des symptômes, ces faits ont assez d'analogie avec sa cachexie goîtreuse; mais il y a néanmoins entre ces deux affections des différences tellement tranchées qu'il est fort aisé de les distinguer. Dans la cachexie goîtreuse, l'amaigrissement, les symptômes néuropathiques, l'amélioration remarquable du pouls se produisent d'emblée ; les symptômes d'irritation du côté de diverses muqueuses ne viennent qu'après coup. Dans l'intoxication iodique chronique, la marche des accidents est intervertie, et en outre ils disparaissent rapidement dès que l'économie ne reçoit plus d'iode, tandis que la suppression de la médication n'exerce aucune influence sur la cachexie amenée par la résorption du goître.

Cette différence persiste encore dans les cas où les deux états morbides se combinent ; la gastro-entérite iodique, par exemple, peut fort bien accompagner la cachexie goîtreuse, mais elle ne tarde pas à disparaître dès que le malade cesse de prendre de l'iode, tandis que la cachexie résiste.

Enfin la cachexie goîtreuse diffère du vrai iodisme par l'invasion beaucoup plus brusque des accidents les plus graves.

M. Röser prévient l'objection que l'on pourrait élever contre son opinion en disant que, si c'est bien la disparition du goître qui produit le prétendu iodisme, cette affection devrait être constante dans tous les cas où se produit cette modification de la tumeur thyroïdienne. D'après ce médecin, ce ne serait qu'une certaine classe de goîtres qui pourrait donner lieu à ces accidents, mais il convient qu'il est impossible jusque-là de dire au juste en quoi ces goîtres diffèrent des autres. Il a seulement remarqué que dans les cas qu'il a vus, le goître existait depuis longtemps et avait ensuite diminué très rapidement. Le plus souvent, la tumeur était volumineuse, placée défavorablement, et les malades étaient affectés en même temps d'emphysème, de bronchite ou d'hypertrophie du cœur. Le traitement avait consisté le plus souvent en frictions iodurées et dans l'emploi de l'acétate de potasse, de la scille, de la digitale, du calomel ou du soufre doré d'antimoine.

Quant à la nature précise de la cachexie goîtreuse, il est impossible de dire en quoi elle consiste ; mais il est infiniment probable qu'elle a pour cause prochaine le passage dans le sang de quelque principe délétère formé dans la thyroïde.

Le document apporté par M. Herpin est une note insérée dans la Gazette des hôpitaux (numéro du 27 mars). Sur la question de fait, l'auteur assure qu'il suffit, « non pas d'avoir pratiqué, mais seulement d'avoir vécu quelques années à Genève, pour avoir connu plusieurs cas d'intoxication (iodique) » ; à ses yeux, l'appareil symptomatologique décrit par M. Rilliet est bien l'effet direct de l'action de l'iode. Pourquoi ne l'observe-t-on pas, du moins aussi souvent, à Paris qu'à Genève? M. Herpin n'est pas sur ce point très précis. Il affirme d'abord que le goître développé à Genève *guérit spontanément* à Paris ; que les Parisiens qui vont se fixer à Genève y prennent assez souvent le goître, mais en guérissent quelques années après leur retour au pays natal. Il rappelle ensuite, avec M. Chatin, que l'iode est rare à Genève, abondant à Paris (relativement), dans l'air, les eaux et les aliments. Puis il termine par cette proposition : *la règle sur le sujet est donc un antagonisme constant entre l'iode et le goître, entre Paris et Genève*. La conclusion générale de cette note nous paraît se rencontrer avec l'hypothèse, qui a figuré dans la discussion, à savoir : que la sensibilité des Genévois à l'iode paraît attribuée à la pénurie de cette substance dans le milieu où ils vivent.

Comme nous l'avons dit, nous tenons surtout à mettre sous les yeux du lecteur les pièces importantes du débat. Nous nous bornerons à deux remarques. La première, que l'opinion de M. Röser et celle de M. Herpin se contredisent, puisque, suivant le médecin allemand, l'affection appelée iodisme tient à la résorption du goître, et que, suivant le médecin genévois, la résorption d'un goître contracté à Genève se fait d'elle-même à Paris, où pourtant l'affection dont il s'agit ne s'observe guère. La seconde remarque est que, théorie à part, la description de M. Rilliet répond, comme nous l'avions dit, à quelque chose de très positif en fait, et qui mérite toute l'attention des pathologistes.

— Les deux grands écueils des sutures pour la réunion des parties molles sont, on le sait, la difficulté d'affronter exactement dans toute leur profondeur les deux lèvres de la plaie, quand ces lèvres sont épaisses, et le danger de déterminer la déchirure des tissus, quand la largeur de la solution de continuité ne permet de les amener au contact qu'à l'aide d'une forte traction. On sait combien les bandages unissants et les incisions adjuvantes sont impuissantes parfois à prévenir ce dernier accident.

En vue d'assurer l'effet des sutures, les chirurgiens ont eu depuis longtemps l'idée de les doubler ou de les associer de diverses manières. Dans l'opération de la périnéoraphie, Roux appliquait d'abord profondément la suture enchevillée, puis passait superficiellement quelques points de suture intermédiaires. Dieffenbach agissait à peu près de même, en se servant de la suture entrecoupée. Depuis cette époque, plusieurs chirurgiens allemands ont imaginé, pour la même affection, divers procédés de sutures mixtes; et en France M. Maisonneuve a combiné la suture en surjet pour réunir les bords rectal, vaginal et périnéal de la plaie, avec la suture enchevillée pour assujettir la commissure vaginale et la commissure anale. Mais la plupart de ces innovations, outre qu'elles s'appliquent exclusivement à l'opération de la périnéoraphie, ont plutôt pour but, soit de mieux assurer la coaptation des parties dans toute leur épaisseur, soit de mieux adapter le genre de

la suture à la forme ou à la nature des tissus, que de faciliter le rapprochement des lèvres de la plaie et de les soustraire plus ou moins à l'action lacérante des fils. D'autres fois, les sutures mixtes sont destinées seulement à prévenir la petite difformité qu'amènent quelquefois les points de suture ordinaire; tel est le procédé de M. Langenbeck, dans lequel des points de suture entrecoupés et des points de suture entortillés alternent sur toute la longueur de la plaie. Enfin, plusieurs chirurgiens ont cherché le moyen de répondre à la double indication que nous posions tout à l'heure, à savoir l'affrontement complet et la non-distension des bords de la plaie. Ainsi, M. Bertherand (de Lille) fixe parallèlement à ces bords de petits cylindres, comme des fragments de sonde ou des rouleaux de diachylon, au moyen d'anses de fils passés dans la peau; puis il engage sous les cylindres, entre les anses, des liens transversaux dont il noue les extrémités au-devant de la peau, rapprochant par là les cylindres, et avec eux les bords de la solution de continuité. Il faut dire que l'auteur, en ménageant ainsi les tissus divisés, se propose surtout de leur épargner l'inflammation consécutive, et que, par conséquent, c'est le plus ou moins de chance de phlegmasie, et non le plus ou moins de difficulté à amener les tissus au contact, qui le détermine dans l'application de son procédé; et l'on conçoit bien que si l'affrontement offrait de grandes résistances, les anses du fil qui retient les cylindres ne tarderaient pas à se rompre ou à couper les téguments. Il n'en est pas de même du procédé de *suture profonde* de M. Heurteloup. Son aiguille courbe, dont les deux extrémités, après la perforation des chairs préalablement rapprochées avec les doigts, reçoivent des pièces de métal inoxydable que des vis de pression font marcher à la rencontre l'une de l'autre; cette aiguille doit avoir l'avantage de maintenir solidement les parties en position, en laissant libres les bords de la plaie; mais ce n'est pas assez pour prononcer sur la valeur pratique du procédé, tant que l'épreuve n'en aura pas été faite.

A la *Société de médecine de Strasbourg* (séance du 1er décembre 1859), M. E. Bœckel, prosecteur et agrégé à la Faculté de médecine de la même ville, a communiqué, sur le même sujet, un procédé de son invention. Ce procédé, il ne l'a appliqué que deux fois, pour une périnéoraphie et pour une plaie résultant de l'ablation du sein (1); mais il s'est décidé à faire connaître sans délai en se voyant devancé, à certains égards, par M. Simon, de Darmstadt, qui a publié, en octobre 1859, un mémoire sur les sutures multiples dans ARCHIV FÜR PHYSIOL. HEILKUNDE. Nous n'avons pas présentement ce mémoire à notre disposition; nous voyons seulement par le travail de M. Bœckel que notre confrère allemand s'occupe en termes exprès des *sutures de relâchement* destinées à venir en aide aux *sutures de rapprochement*, celles-ci n'ayant d'autre effet que de tenir les bords de la plaie affrontée sans les soumettre à aucune traction. Du reste, le procédé de M. Simon, appliqué seulement aux déchirures des cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale, paraît différer notablement de celui de M. Bœckel qui, comme on vient de le voir, peut être et a déjà été mis en usage pour les plaies de diverses régions du corps.

Ce dernier procédé consiste essentiellement à appliquer deux et même quelquefois trois rangées de suture, à des distances de plus en plus grandes des bords de la plaie. La suture placée près de ces bords est superficielle relativement aux autres, qui doivent toujours embrasser une grande épaisseur de tissus. L'auteur a adopté en règle, pour les sutures profondes, le genre *enchevillé*, et il le pratique avec les fils métalliques; non qu'il regarde ces fils comme moins capables de couper les tissus que les fils de soie ou de chanvre, mais parce qu'ils permettent l'emploi de certains moyens adjuvants indiqués dans sa description.

Pour passer les liens, on se sert d'aiguilles droites ou courbes, qui devront, en général, être fort longues, en raison du trajet à parcourir. Le fil métallique pourra être entraîné directement par l'aiguille; mais, si l'on opère dans un espace restreint, à la vulve, par exemple, il vaudra mieux passer d'abord un fil de soie, qui servira de guide flexible au double fil de métal. Lorsque le trajet est rectiligne, l'instrument le plus commode est un trocart capillaire, avec lequel on transperce directement les tissus. On pousse ensuite facilement le double lien de métal à travers la canule. Les fils étant en place, je passe leurs extrémités à travers une mince plaque de plomb arrondie, légèrement convexe du côté de la plaie, et percée d'un trou à son centre. Puis on les assujettit sur une cheville. La rondelle de plomb doit être plus ou moins grande, selon le cas; au lieu de l'arrondir en calotte de sphère, on peut facilement lui donner une forme allongée, elliptique..... Pour rendre le mode d'action de cette ligature plus semblable encore aux doigts, il faut pouvoir varier le degré de pression à volonté. Le premier jour, la constriction devra être assez énergique, surtout si on ne lie pas les petites artères; vers le troisième jour, l'hémorrhagie n'est plus à craindre, mais le gonflement commence, et il peut être nécessaire de relâcher l'appareil pour éviter l'étranglement..... Je dois à l'habileté de M. Elser un petit instrument, qui me permet de relâcher à volonté la suture. C'est un étau microscopique, formé par un cylindre de maillechor, ayant à peu près 1 centimètre de hauteur; il est percé d'une fente, dans laquelle on serre les fils au moyen d'une vis de pression. Il faut avoir autant de ces étaux qu'on applique de points de suture. D'un côté, on tord les fils sur un petit morceau de bois ou de plomb; de l'autre, on les serre dans l'étau, en ayant soin de laisser subsister une certaine longueur de fil, pour pouvoir donner du jeu aux parties, si besoin il y a. Je dois ajouter que, depuis que j'ai fait construire ces petits étaux, je n'ai pas encore eu l'occasion de m'en servir; mais j'espère qu'ils rendront encore plus sûre l'application de la suture profonde.

Les rondelles de plomb, imitation des plaques tant usitées en Allemagne pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, ont 2 ou 3 centimètres de diamètre; elles présentent l'avantage de soutenir la cheville et de ne pas lui permettre de s'enfoncer dans les chairs, comme dans le cas où elle est appliquée à nu.

Bien que notre intention soit surtout de signaler aux praticiens une innovation sur le mérite de laquelle l'expérience n'a pas suffisamment prononcé, nous ne devons pas oublier de dire que le résultat pratique n'a pas tout à fait répondu aux espérances de l'auteur, du moins dans l'opération de périnéoraphie. La réunion ne s'est pas opérée dans la moitié postérieure de la déchirure; il est resté un trajet (admettant le petit doigt) qui remontait dans le vagin. Le dixième jour, après avoir avivé de nouveau les parties, un fil métallique fut enfoncé dans la fesse à deux travers de doigt en dehors de la plaie, et on le fit glisser profondément dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, de manière à attirer la face postérieure du vagin en avant pour en doubler la face supérieure du périnée nouvellement formé. Cette suture fut fortement serrée, et l'on appliqua, en outre, des points de suture entrecoupés superficiellement. Néanmoins, trois jours après, la réunion immédiate était de nouveau compromise. Les sutures superficielles furent enlevées; la suture profonde fut laissée encore

(1) Dans un troisième cas, l'auteur a appliqué les sutures profondes sans les sutures superficielles, après l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire.

sept jours. A cette époque, il existait au-devant de l'anus une ouverture, mais qui ne conduisait plus dans le vagin que par une voie oblique et étroite ; car la face postérieure du vagin avait contracté des adhérences avec le nouveau périnée. La cautérisation au nitrate d'argent, les injections au vin aromatique avaient réduit la fistule au diamètre d'une plume de corbeau, quand la malade, très satisfaite de son état, refusa la cautérisation au fer rouge.

— Nous avons mentionné sans aucune remarque, dans notre dernier numéro (p. 180), les reproches adressés par M. Dannecy au sirop de quinquina du *Codex*, et le procédé imaginé par cet honorable chimiste pour obtenir un meilleur produit. Une note de M. Guilliermond sur le dosage de la quinine dans l'extrait alcoolique de quinquina, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, nous offre l'occasion de dire quelques mots de ces deux innovations à la fois.

Nous ne défendons pas la formule du *Codex* pour la préparation du sirop de quinquina ; mais, à supposer exacte la théorie chimique de M. Dannecy, il nous paraît douteux que les pharmaciens consentent jamais à introduire dans la décoction aqueuse une substance végétale étrangère qui, après l'opération, constituera toujours une addition assez inopportune. Cela nous semble douteux encore, parce que c'est un peu, comme on le dit vulgairement, chercher midi à quatorze heures, que de compliquer la préparation du sirop de quinquina quand il est si aisé d'en obtenir un très bon en se servant pour la décoction d'une eau légèrement alcoolisée, dont on chasse ensuite presque tout l'alcool par distillation.

M. Guilliermond le dit avec raison, l'alcool (il faudrait ajouter *faible*), est le dissolvant par excellence du quinquina. L'extrait ainsi obtenu représente exactement la substance d'où il est tiré; toute cette substance, moins le ligneux. C'est donc la préparation que les médecins doivent préférer en général, et vaut certainement beaucoup mieux que le *quinium*, où la chaux n'a laissé que les divers alcaloïdes du quinquina, sans les autres principes, et qui, manquant de vertus en tant que tonique, n'en possède pas suffisamment en tant que fébrifuge, puisque la quinine brute est beaucoup moins active que le sulfate de quinine. M. Guilliermond pense que si l'on parvenait, comme il le demande et comme il en a donné le moyen, de concert avec M. Glenard, dans plusieurs mémoires adressés aux Académies, à doser la quinine de l'extrait, on aurait une préparation aussi utile que facile à manier. La proportion indiquée par M. Guilliermond devrait être, par gramme d'extrait, de 12 centigrammes de quinine, correspondant à 16 centigrammes de sulfate, sur lesquels il faudrait déduire environ 1 centigramme de perte. Peut-être y a-t-il un peu d'illusion dans l'esprit de M. Guilliermond. Dans la pratique, la proportion de la quinine n'est pas ce qui préoccupe le plus le médecin quand il ordonne l'extrait du quinquina.

— Nous avons appelé l'an dernier l'attention des médecins sur la *stomatite ulcéreuse des nourrices*, étudiée surtout par les médecins américains (t. VI, p. 739). Depuis cette époque, nous avons plusieurs fois rencontré dans les journaux qui nous arrivent du Nouveau-Monde, des notes relatives à la même affection, mais rien qui nous permette de mieux préciser ses caractères ~~ou de mieux~~ apprécier la valeur du remède par lequel on la combat d'ordinaire. Ce remède est, si on se le rappelle, le sirop de phosphates de chaux et de soude, connu sous le nom abréviatif de *sirup of the phosphates*. Dans le dernier numéro de THE NORTH AMERICAN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW (janvier 1860), M. Fountain publie un article où il se borne à mentionner les bons effets qu'il a tirés personnellement de l'emploi de sirop phosphaté. Il rappelle que le professeur David Hutchinson (d'Indiana) a tracé un excellent tableau de la maladie dans son *Essai sur le prix de la fondation Fiske* (Fiske fund Prize Essay). C'est un simple renseignement que nous transmettons à ceux que ce sujet pourrait intéresser.

A. DECHAMBRE.

Deuxième lettre adressée à M. le docteur SICHEL, *professeur d'ophthalmologie.*

Très savant et très cher confrère,

J'arrive à l'analyse même de la Dissertation de Hampe. Il déclare vouloir exposer les indications que présente leur scarification, *nostra;* les instruments avec lesquels elle doit être pratiquée d'une manière méthodique, le lieu à choisir, les avantages enfin qu'elle offre. Dans cette énumération il omet, peut-être comme chose qui de son temps s'entendait d'elle-même, la partie historique, quoiqu'il l'ait traitée amplement et non sans autorité; car il était helléniste; il est salué de ce titre dans un savant et spirituel poëme qui lui fut dédié par Withof, professeur de langue et de littérature grecques en l'université de Dnisburg. (*Op. cit.*, p. 29 et suiv.)

Complet en apparence, ce programme pourtant ne tient pas toutes ses promesses. Etablie en vue d'une seule question circonscrite, celle du traitement par les scarifications, sur tous les autres, points est restée à l'état d'ébauche. Ne comporterait-il donc pas plus de développements? Ceux-ci seraient-ils sans utilité? Par sa fréquence, par sa gravité, par la résistance qu'elle oppose trop souvent aux efforts de la thérapeutique, la blépharite granuleuse a, sans contredit, une place importante dans les préoccupations médicales de notre temps. Or, si jadis Beer, si plus récemment M. le professeur Velpeau, ont pu se plaindre de la confusion et de l'obscurité qui enveloppent encore l'histoire de cette affection, ne vous semble-t-il pas qu'il y aurait quelque avantage à savoir ce que, pendant vingt siècles, nos devanciers ont vu, médité et fait à son égard?

Et quand même cette Introduction à l'étude pratique des trachomes ne devrait pas directement et, pour ainsi dire, visiblement, la rendre plus facile et plus féconde, elle n'en aurait pas moins sa raison d'être. L'histoire, écrite avec une exactitude scrupuleuse, est comme la vérité : sa valeur, sa dignité, lui sont inhérentes et ne dépendent d'aucune condition extérieure; à elle aussi on peut appliquer ces mots de Cicéron : « *In primisque hominis est propria veri inquisitio atque investigatio ; primus ille* (*locus*), *qui in veri cognitione existit, maxime naturam attingit humanam.* » Les droits de l'histoire sont imprescriptibles, et elle n'a nul besoin de plaider la légitimité de chaque mot qu'elle dit. Grands ou petits, tous ses enseignements sont solidaires ; tôt ou tard ils se prêtent un mutuel et précieux appui; et voilà pourquoi le plus mince chaînon, rétabli à sa place dans l'immense trame que l'esprit humain tisse sans relâche, devient une acquisition qui ne doit pas être dédaignée.

Le plus humble des ouvriers, je veux aujourd'hui apporter le produit de ma journée, ma tâche. Docile à l'épigraphe qu'avec sa bienveillance accoutumée le rédacteur en chef de la GAZETTE m'a libéralement et spontanément prêtée pour ma

première lettre, j'ai contrôlé les citations de Hampe, et, me laissant aller à des aptitudes jadis encouragées par Sprengel, mon illustre maître, j'ai, presque à mon insu, interrogé beaucoup d'autres textes. C'est ainsi que, sur le canevas de la vieille thèse d'une université depuis longtemps éteinte, est venu se placer un chapitre nouveau de l'histoire de la médecine. Par votre exemple, confrère érudit et laborieux entre tous, et par votre appel indirect aux travailleurs, vous aurez donné une page de plus à la science que vous servez avec tant d'éclat. Après avoir élevé à l'ophthalmologie hippocratique un monument dans le Parthénon consacré par M. Littré à la médecine antique, vous me permettrez de suivre de bien loin vos traces, en étudiant, tant bien que mal, la conjonctivite granuleuse et son traitement depuis les temps postérieurs à Hippocrate jusqu'à l'époque où cette forme morbide est entrée dans le fond commun de la médecine contemporaine.

Mais « debts vont avant libéralité » ; je vous dois tout d'abord le résumé des recherches de Hampe, relativement au point litigieux que vous voulez élucider : l'opération pratiquée par Hippocrate pour la guérison des granulations palpébrales. Je terminerai par mes propres annotations à ce paragraphe.

Tout en supposant qu'Hippocrate n'était pas l'inventeur de la scarification oculaire, notre auteur ne connaît cependant pas de document plus ancien où elle soit mentionnée, que le passage en question dans le traité *De visu*. Si cette version, dit-il, paraissait obscure et qu'on restât incertain si Hippocrate a voulu choisir pour instrument immédiat de la scarification la laine ou le fuseau, je transposerais cette phrase ainsi : *Cum autem radis palpebras oculi, radere* (scil. *oportet*) *lanâ Milesiâ crispâ, purâ fusum circumvolvens*, ou bien, ce qui revient au même, *lanam Milesiam, crispam, puram circa fusum circumvolvens*. Mais qui pourrait, au moyen de la laine, faire sortir du sang d'une partie quelconque du corps, fût-elle la plus délicate de toutes? C'est par un double motif que le vieillard de Cos, dans sa sagacité, recommande d'envelopper le soi-disant *sic dictum*, fuseau, de coton, *gossipio*, ou de laine très fine (les étoffes de laine fabriquées à Milet, capitale industrieuse et opulente de l'Ionie, étaient très renommées). Premièrement, afin que les pointes, *spinæ*, de ce fuseau effilé, *aculeati*, ne puissent pénétrer trop profondément et lacérer la texture des fibres de la paupière; ensuite, afin que le médecin, en tenant solidement le scaritificateur, ne blessât pas ses doigts etne vînt ainsi entraver l'opération.

L'instrument dont Hippocrate se servait pour cette dernière, est appelé ἄτρακτος. Tous les traducteurs et tous les commentateurs de ses Œuvres ont rendu ce mot par *fusus*, fuseau. Il reçoit cependant des sens différents chez d'autres écrivains grecs. Si chez Aristote, Plutarque et Suidas il signifie le fuseau, il est pris par Pline pour *colus*, quenouille, et chez Sophocle, dans le *Philoctète*, il est l'équivalent de τὸ βέλος, la flèche. En cet état de choses, on doit hésiter sur le sens où le père de la médecine a voulu employer un terme aussi équivoque. Ce qui paraît plus que probable, toutefois, c'est qu'il n'a point entendu parler d'un vrai fuseau, mais d'un instrument spécial, particulier à sa scarification, et qu'il l'a nommé ἄτρακτος, soit parce que sa forme rappelait celle du fuseau des anciens, soit parce qu'il était fait de la même matière que cet objet d'économie domestique. Car des auteurs de l'antiquité, qui ont écrit sur les femmes, nous apprennent que leurs fuseaux ou quenouilles étaient confectionnés d'une épine semblable au *cnicus*. (Voyez à ce sujet *Dioscorid.*, lib. III, c. 25.)

Voici la traduction de ce passage grec : « Atractylis est un arbrisseau épineux, Ἄκαντα, qui ressemble au cnicus; il porte à l'extrémité de ses branches des feuilles très rouges et, en grande partie, nues et piquantes; les femmes s'en servent pour leurs fuseaux; à leurs pointes, les petites têtes sont hérissées d'épines; la fleur en est jaune, tirant sur le rouge, mince, inutile (pour la matière médicale), *supervacua*. » Le scoliaste des idylles de Théocrite (Idyll. quart. ad vers, 52) donne une explication identique en disant : « Atractylis est une espèce de plante ou de chardon, ἀκάνθης; on l'appelle ainsi parce que les paysannes en font des fuseaux. » Cependant Pline (lib. XXI, cap. 15) dit : « Une espèce sauvage de cnicus est plus molle, avec une tige semblable, mais raide; aussi les femmes s'en servaient anciennement comme de quenouilles. » Cet arbrisseau porte, chez les botanistes, des noms divers : *Carduus vulgaris*, Math.; *Vulgatissimus viarum*, Lob.; *Carthamus sylvestris*, Frag. Lon.; *Carlina sylvestris*, Dod.; *Vulgaris*, Clus.; *Cnicus sylvestris procerior*, Thal.; *Cnicus spinosior*, C. Bauhin; *Atractylis media*, Gesn.; *Colus rustica*, Cord.; en allemand, *gemeine Distel*, *wilder Feldsafran*.

Mais laissons cette première autorité et passons à d'autres témoignages non moins imposants en faveur de notre scarification.

Un médecin grec, très célèbre de son temps, Paul d'Égine, impose un nom particulier à notre instrument, et il écrit ceci en traitant du trachome : « Mais si l'induration est trop dense pour céder aux remèdes qui viennent d'être indiqués, on renverse la paupière, on la râcle avec une pierre ponce ou des feuilles de figuier, ou bien avec l'instrument que les Grecs appellent βλεφαρόξυστον, parce qu'il sert au raclement des paupières. » (*De re medica*, lib. III, cap. 22, p. m. 273.) Conf. à ce sujet Gorræus, *Defininit. medicinal*, III, édit. 1622, in-fol., qui définit ce mot : « un instrument de chirurgie propre à racler les paupières, à en faire disparaître les inégalités, et à leur rendre leur aspect lisse, *radendis, vellendis, concinnandisque palpebris aptam*. Quelques-uns, ajoute cet auteur, le désignent par ξύστρον, ἀπὸ τοῦ ξύειν; a *radendo*. »

Thomas Minadous en fait également mention, lib. III, *De affectibus externis*, cap. 16, *De trachomate*. Bien plus, si vous désirez voir une image imparfaite, *adumbrationem*, de cet instrument, ayez recours à Marc-Aurèle Severin; vous la trouverez dans son opuscule intitulé : *De efficaci medicina*, part. II, c. 107, p. m. 124, sous une forme qui ressemble plus ou moins au calice de la rose; aussi lui impose-t-il le nom de *Rosa*. C'est ce qu'indique clairement Rhasès (Tract. I, *Divis.*, cap. 22), lorsqu'il propose d'irriter et d'enflammer, *exasperandam esse atque exulcerandam*, la paupière au moyen d'un instrument qu'on nomme *la rose*, à cause de sa ressemblance marquée avec la disposition circulaire des feuilles de cette fleur; car cet instrument a, dit-il, une extrémité comme une petite pièce de monnaie, *denarius*, et il faut la frotter jusqu'à ce que toute inégalité (de la conjonctive palpébrale) ait disparu. Dominicus Leoni Lunensis, enfin, in *Ars medendi*, au chapitre *De trachomate*, p. m. 345, ne nous explique pas seulement le mode opératoire, mais nous montre aussi l'ébauche de l'instrument.

Mais il s'en faut de beaucoup que ces instruments, n'importe par qui ils aient été proposés, soient comparables à celui qui a été perfectionné par la famille Woolhouse, et a reçu d'elle une forme plus commode. Je ne voudrais point être la cause que quelqu'un employât l'un ou l'autre des instruments qui lui sont antérieurs; car je ne veux pas assu-

-mer la responsabilité du dommage irréparable qui suivrait infailliblement l'usage de ces objets grossiers, *rudibus*.

Il termine ce chapitre par la communication relative à Glaschkos; vous le connaissez déjà par ma première lettre.

Vous le voyez, très honoré et cher confrère, il y a là des renseignements intéressants; mais l'argumentation est peu serrée, incomplète, contradictoire. Je n'ai voulu aujourd'hui que vous en transmettre la substance. Je compte me faire un autre jour le scholiaste de notre auteur, et voir s'il serait absolument impossible de venir dire : voici le sacrificateur oculaire d'Hippocrate.

Marc Borchard,
Médecin des hôpitaux et des tribunaux de Bordeaux.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouvelle note sur l'emploi de la solution d'iodure de potassium en injections dans les foyers de suppuration rebelle ou grave. — Empyème secondaire a une scarlatine et compliqué d'albuminurie. — Kyste hydatique du foie suppuré et compliqué de pneumonie. — Guérison dans les deux cas, par le docteur J. Bienfait (de Reims).

Le 12 mai 1854, je terminais une note insérée dans la Gazette hebdomadaire en invitant mes confrères à essayer l'emploi d'une simple solution d'iodure de potassium en injections dans les foyers de suppuration rebelle ou grave. D'après la nature des faits qui avaient donné lieu à cette publication, je désignais surtout à l'expérimentation les cas pour lesquels le voisinage ou la coïncidence d'une autre maladie pouvait attacher quelques risques à l'emploi des injections iodées. Il faut croire que cet appel n'a guère rencontré que l'indifférence, car, à part une tentative, heureuse d'ailleurs, de M. Boccas (*Gazette hebdomadaire*, 6 juillet 1855), la presse et les sociétés médicales n'ont reçu depuis lors aucune communication sur ce point. Encore convient-il de dire que ce fait de M. Boccas, relatif à un kyste de l'ovaire suivant lui, à une ascite suivant M. Boinet, son critique, ne rentre pas, en tout cas, dans la direction que j'avais assignée à des recherches ultérieures, et que je ne le relève ici que comme extension donnée à mon procédé d'injections.

Cependant je suis resté fidèle, quant à moi, à l'engagement de vérifier mes premiers résultats, et ce sont mes observations nouvelles que je viens soumettre à mes confrères. On jugera si j'avais bien entrevu la route dans laquelle il fallait s'engager, et si j'ai raison d'espérer que tôt ou tard l'injection d'iodure de potassium prendra rang dans la chirurgie usuelle; sans doute elle n'y supplantera pas ses aînées, les injections chlorurées, iodées et autres; mais la médication substitutive topique correspond à assez d'indications variées pour qu'elle y trouve, à côté des moyens les mieux éprouvés et dans un cercle d'applications déterminé, la place honorable à laquelle elle a droit, si je ne m'abuse.

Obs. I. — ***Pleurésie suppurée secondaire à une scarlatine et compliquée de néphrite albumineuse aiguë; trois thoracentèses; empyème; injections d'iodure de potassium; guérison.*** — « Le 21 juin 1854, chez le nommé Lejay, jeune garçon de sept ans et demi, lymphatique, arrivé au dixième jour d'une desquamation scarlatineuse, je constate l'existence simultanée d'une néphrite albumineuse aiguë et d'une pleuropneumonie à gauche. En dix jours de traitement, les urines semblent débarrassées d'albumine et de cylindres fibrineux; mais, d'autre part, l'épanchement s'accroît, et le côté malade offre bientôt une matité générale, l'absence entière de vibrations, un souffle et une voix emphoriques, bien caractérisés, surtout à la partie interne de la fosse sous-épineuse. En même temps, la déviation du cœur à droite, l'irrégularité du pouls, la fièvre hectique avec affaiblissement progressif et l'impuissance d'une thérapeutique active se réunissent pour compléter les caractères d'un épanchement à la fois excessif et purulent, et poser avec toute la netteté possible l'indication de la thoracentèse.

« Une première ponction est donc faite le 7 août, laquelle donne issue à 1850 grammes de pus franchement phlegmoneux, et amène à sa suite une amélioration passagère; mais, dès le 12, les symptômes généraux revenant par une gradation rapide à leur première intensité, une seconde ponction est pratiquée. 360 grammes de pus également phlegmoneux sont obtenus cette fois, et je pousse une injection d'iodure de potassium (*eau dist. tiède, 125 grammes; iod. de pot., 4 grammes*), dont le tiers est laissé dans la plèvre, après l'y avoir maintenu en totalité pendant quelques minutes, et promené, autant que possible, dans ses différents points.

» A dater de cette époque, nonobstant l'introduction d'une ou deux bulles d'air, commence une période de vingt-sept jours pendant lesquels, l'état général subissant quelques variations étrangères à l'état local, celui-ci offre une remarquable stabilité. Le cœur bat à 4 centimètres au-dessous du mamelon gauche; une sonorité relative et l'expansion vésiculaire, mélangée parfois de râles muqueux, occupent le haut du côté malade, en avant, jusqu'à un travers de doigt au-dessus du mamelon, en arrière dans les deux tiers supérieurs, et tout le reste offre une matité absolue, du souffle et de l'égophonie, *dont le niveau est sensiblement invariable, quelle que soit l'attitude donnée au sujet.*

» Le 11 septembre, après une troisième ponction motivée seulement par l'état stationnaire, et qui fournit en tout 380 grammes de pus verdâtre, moins opaque que celui des autres évacuations, très visqueux, légèrement odorant, quoique sans fétidité, le foyer est lavé avec la solution iodurée, et 180 grammes de ce liquide y sont laissés. L'accès d'une notable quantité d'air n'a pu être prévenu. Par suite de la présence du fluido élastique dans la cavité, une modification digne de remarque se manifeste dans les signes physiques. — Ainsi, lorsque le malade est assis, l'hémithorax se divise en trois zones distinctes et à peu près égales, dont la supérieure offre une sonorité et une expansion presque normales; la moyenne un son tympanique et une résonnance emphorique bien accentués, et l'inférieure une matité absolue avec souffle et égophonie. Lorsqu'au contraire le malade est en supination, le tiers supérieur conserve en avant la même sonorité et le murmure respiratoire, tandis que les deux tiers inférieurs offrent le son tympanique et la résonnance amphorique qui, dans la station assise, n'existaient que dans le tiers moyen. — Pendant trois jours, ce sont là les seuls effets de l'introduction de l'air, mais le 14 à midi, s'allume une fièvre ardente avec alternatives de chaleur sèche à la peau et de sueurs colliquatives, et suppression, pour la première fois complète, de l'appétit. Cet état se continuant les jours suivants, et la faiblesse faisant d'ailleurs d'effrayants progrès, le malade paraît devoir succomber bientôt si les accidents ne sont conjurés par l'opération de l'empyème.

» Celle-ci est donc faite le 18 septembre (1). Large de 4 centimètres à la peau, l'incision donne à la plèvre une ouverture de 3 centimètres, située dans la portion sous-axillaire du huitième espace intercostal où les ponctions ont été pratiquées également. Lorsque le bistouri pénètre, rien n'indique la sortie de l'air qui pourtant se présente le premier à la surface, le malade étant couché sur le côté sain. Bien plus, aucun écoulement de liquide ne peut être obtenu, quelle que soit la position donnée à l'enfant, et pour recueillir environ 150 grammes de pus clair, très séreux, sans viscosité et sans odeur, il faut aller l'aspirer au fond des parties les plus déclives au moyen d'une sonde élastique plongée de presque toute sa longueur. Cela fait, le foyer est d'abord lavé à l'eau tiède, puis débarrassé de l'air qu'il contient par une copieuse injection d'iodure de potassium qui y est abandonnée.

» Dans le courant de la journée, après une sueur abondante et une légère diurèse, le soulagement est tel que deux repas suffisent à peine au jeune malade, et le pouls tombe de 144 à 132.

» Dès le lendemain de l'opération, les parties molles faisant soupape et favorisées en cela par l'étroitesse de l'espace intercostal, s'opposent à la sortie du pus. Sans reproduire ici les détails de la lutte que j'entrepris alors contre ces obstacles auxquels se joignit bientôt la tendance de la plaie cutanée à une cicatrisation précoce, qu'il me suffise de dire qu'après maintes tentatives pour établir une libre issue, je dus me résigner à vider et déterger chaque matin le foyer avec la seringue. Grâce à ces soins et à des injections d'iodure de potassium laissées trois fois par semaine dans la cavité, avant la fin de novembre cette dernière ne pouvait admettre sans distension plus de 30 grammes de liquide, et, le 19 décembre, après avoir doublé depuis quelques jours la dose d'iodure de potassium, et maintenu en permanence une canule élastique bien supportée alors, je livrais à une prompte oblitération une fistule de 4 centimètres de profondeur, trop étroite pour admettre autre chose qu'un stylet délié.

(1) En présence et avec l'aide de MM. Landouzy et Galliet, qui m'ont assisté déjà lors des ponctions.

» Pendant quelques semaines, l'enfant parut complétement guéri; de 17,600 grammes qu'il pesait le 28 septembre, il était arrivé, en gagnant quelques centaines de grammes chaque semaine, à peser 23,000 grammes le 23 décembre; le retour des forces avait d'ailleurs été préparé dès le milieu d'octobre par des bains d'air et de soleil, et par un exercice sagement mesuré; aussi put-il se livrer avec ardeur aux jeux de son âge pendant les derniers jours de décembre à la première quinzaine de janvier. Mais, le 20 de ce dernier mois, éclate une fièvre intermittente à accès irréguliers, et, le 9 février, deux jours après l'apparition d'une douleur très vive dans l'épaule gauche, je constatai, tout à fait à la base, du souffle et de l'égophonie.

» Malgré des vésicatoires volants, ce nouvel épanchement occupa bientôt les deux tiers du côté malade, et, le 26 février, un vésicatoire appliqué la veille sur l'ancienne plaie ayant déterminé autour de celle-ci un gonflement diffus, un simple coup de stylet boutonné sur la cicatrice amincie donne issue à du pus épais.

» Le 27, agrandissement de la plaie et application d'une grosse canule élastique à demeure.

» Le 28, après l'expulsion de flocons pseudo-membraneux, 150 grammes de pus épais et strié de sang sont recueillis; le foyer est lavé avec soin, et deux seringues à hydrocèle d'injection iodurée sont laissées dans la plaie. Pendant les mouvements qui suivent l'injection de la première seringue, une petite quantité de liquide est repoussée, et je remarque son extrême viscosité; il ressemble à la partie la plus consistante d'un blanc d'œuf légèrement coloré.

» Du 1er au 8 mars, des injections sont faites dans le foyer qui semble diminuer très rapidement de capacité, et ne fournit plus que très peu de liquide d'apparence purement albumineuse. La longueur de la canule a été raccourcie chaque jour; mais le 8, un léger accès fébrile me donne l'éveil, et, en effet, une sonde moins volumineuse arrive, en forçant un peu, dans une sorte d'arrière-cavité peu spacieuse de laquelle s'échappent quelques gouttes de pus. Eclairé par là sur le mécanisme de la récidive, j'ai soin par la suite de pousser chaque jour la sonde au fond même du foyer, et de ne la raccourcir de temps à autre de 2 ou 3 millimètres seulement, que lorsqu'une diminution réelle du trajet l'exige, et j'arrive de la sorte, le 22 mars, à obtenir une oblitération définitive cette fois. »

Ajoutons que l'albuminurie s'est reproduite d'une manière passagère après chaque évacuation nouvelle du foyer; que des douleurs de rhumatisme se sont montrées à deux reprises, une première fois en octobre, lors de la première tentative pour faire marcher le jeune malade; une seconde fois en janvier, au début de ce que j'hésite à appeler récidive. Disons aussi que toujours on a donné une alimentation réparatrice dans la mesure des goûts et de l'appétit; que nonobstant cette précaution salutaire, aidée longtemps par l'administration de fer et du quinquina, l'émaciation et la faiblesse ont été poussées à un degré inexprimable; et, après avoir ainsi complété la physionomie générale de cette observation, nous allons en reprendre en sous-œuvre les traits principaux pour en tirer les conséquences pratiques qu'elle comporte.

Lorsque la première ponction fut faite, un mois et demi après le début de la pleurésie, l'épanchement occupait la cavité pleurale tout entière, et le poumon, refoulé, avait complétement cessé de fonctionner. L'amélioration qui suivit cette opération devait être éphémère et le fut en effet. Aussi, cinq jours après, les symptômes ayant repris toute leur intensité, la seconde ponction donnait issue à du pus dont les caractères, identiques à ceux du pus de la précédente évacuation, et la quantité relativement très considérable, montraient assez que la maladie n'avait rien perdu encore de son activité. Mais une injection ayant été faite alors, les allures des phénomènes morbides se modifiaient aussitôt d'une manière remarquable. Pendant vingt-sept jours l'état général était beaucoup moins grave; le foyer purulent ne se développait pas au delà du tiers moyen; le poumon fonctionnait au tiers supérieur, où, protégé sans doute par des adhérences de nouvelle formation, il échappait aux variations de niveau du liquide placé au-dessous de lui, et quand, après ce laps de temps, j'arrivais à une troisième ponction, le pus n'excédait que de 20 grammes celui qui avait pu se produire dans le court intervalle des deux premières opérations. Ce liquide, en outre, par sa couleur et sa consistance, différait sensiblement de ce qu'il avait été jusque-là, et cette différence était due évidemment à son mélange en grande proportion avec de la sérosité très chargée d'albumine.

Sept jours après cette troisième ponction, qui avait été aussi suivie d'injection, effrayé par les accidents dus à l'introduction de l'air, et bien que le poumon conservât au milieu de ces accidents la position qu'il avait reconquise, je me décidais à faire l'opération de l'empyème, et, contre toute attente, je ne trouvais dans la cavité qu'une faible collection de pus sans aucune qualité septique, et plus visiblement encore mêlé de sérosité, mais cette fois d'une sérosité moins albumineuse.

Cette opération a pour but, en général, de donner au pus une issue facile et constante. On veut par là éviter les effets de la rétention de ce liquide, rétention d'autant plus à redouter que, par suite du contact de l'air, la putridité aurait envahi les parois du foyer et leurs produits. On espère aussi, en ménageant le renouvellement de l'air, mettre la cavité purulente dans des conditions assimilables à celles des plaies exposées qui, chacun le sait, avec des soins bien dirigés, donnent rarement prise à la fermentation. Telles sont au moins les raisons que M. Marotte a fait valoir à propos d'une belle observation (*Revue méd.-chirurg.*, septembre 1852) et dans un rapport lu à la Société médicale des hôpitaux (*Archives*, février et avril 1854); telles sont aussi celles qui me déterminèrent à inciser la paroi thoracique. Mais, ainsi qu'on a pu le voir, toutes mes espérances ne furent pas remplies quant aux conséquences immédiates de l'opération. Par une anomalie que, dans un travail de cette nature, je ne puis que signaler à l'attention des observateurs, les espaces intercostaux du côté malade, au lieu de la dilatation qui est la règle en pareil cas, offraient tous un très notable rétrécissement, et cela aussi bien avant qu'après l'expulsion du pus (1). C'est à cette disposition que je dus la légère mésaventure que j'éprouvai; c'est par elle que, réduit à vider, laver et injecter le foyer chaque fois qu'il en était besoin, je me trouvai en réalité exactement dans les conditions où l'on se place lorsqu'à l'exemple de MM. Boinet, Sédillot et autres, on maintient béante l'ouverture d'une simple thoracentèse. Quoi qu'il en soit, les signes d'une réparation franche et continue se dessinèrent avant peu de la manière la plus irrécusable. Dix jours après, le malade commençait à reprendre du poids; le vingtième jour il se sentait assez fort pour essayer de marcher; en même temps le foyer diminuait rapidement de capacité; si bien que deux mois et un jour après l'incision, trois mois et cinq jours après la première injection, nous touchions à une guérison définitive. Il est vrai que, par suite d'une simple imperfection de pansement, cette guérison fut retardée de trois mois encore; mais pour quiconque voudra y regarder de près, le traitement sera dégrevé d'une bonne partie de cette durée totale de huit mois que ce contre-temps est venu donner à la maladie. Il suffira de se rappeler, pour accepter cette manière de voir, que par l'ampliation irrégulière du poumon, une sorte de diaphragme était arrivé à séparer la cavité morbide en deux parties, et qu'une fois cette disposition reconnue, les précautions indiquées par elle ont assuré en quatorze jours l'oblitération parfaite, ce qui réduit de bon compte la durée intrinsèque de la cure à moins de quatre mois.

Soit qu'on admette ce calcul au surplus, soit qu'on le repousse, ce fait, par ses détails aussi bien que par sa comparaison avec les autres cas d'empyème consignés dans les annales de l'art, n'en conserve pas moins une grande portée.

Et d'abord l'action de l'injection iodurée s'y manifeste comme antiseptique, puisqu'à aucune époque la suppuration n'a été fétide, malgré le contact de l'air en quantité variable, tantôt à l'état confiné, tantôt à l'état renouvelé, contact presque permanent depuis la première injection jusqu'à l'entière guérison. En second lieu,

(1) Ce rétrécissement était-il antérieur à la pleurésie purulente ou s'était-il développé sous l'influence de celle-ci, et, dans cette dernière hypothèse, le fait a-t-il déjà été observé et signalé? Je ne suis pas en mesure de répondre à ces diverses questions. Toutefois, je ne cacherai pas que je penche pour la seconde interprétation, et cela pour deux raisons: la première, c'est qu'il n'y avait chez mon jeune malade aucun antécédent qui expliquât ce rétrécissement; la seconde, c'est qu'à l'heure qu'il est, à l'exception de celui sur lequel les manœuvres opératoires ont porté et qui est resté littéralement effacé, les espaces intercostaux du côté gauche, sous l'influence du développement qui a été remarquable depuis lors, sont devenus presque égaux à ceux du côté droit. Il semblerait donc que, si la pleurésie amène le plus souvent le relâchement des muscles intercostaux, elle peut en déterminer aussi la contracture. C'est là un sujet à étudier et qui, dans tous les cas, comme on le voit, n'est pas indifférent au point de vue pratique.

les modifications progressives des qualités du pus à la suite de chacune des deux premières injections permettent déjà de supposer une modification correspondante des parois de la cavité, et d'en faire honneur aux propriétés substitutives de la solution iodurée. Mais, en se rappelant, en outre, le retrait de la poche morbide définitivement acquis après la première injection et les adhérences qui, en fixant plus tard le tissu pulmonaire lui-même au voisinage de l'ouverture pleurale, m'ont fait croire prématurément à la guérison; en rapprochant aussi de ces particularités la transformation instantanée du liquide injecté le 28 février 1855 en une forte dissolution d'albumine, cette action substitutive et le sens dans lequel elle se produit deviennent clairs comme le jour. Tout cela prouve assez, en effet, que le type inflammatoire a rétrocédé graduellement de la forme suppurative vers la forme plastique. Quant à la part que l'injection a prise à cette évolution, elle est au-dessus de toute controverse et trouve un surcroît de preuves dans l'évidence avec laquelle le même résultat a suivi déjà l'emploi de la même injection. (Bienfait, *Gazette hebdomadaire*, *loc. cit.*, observ. I.)

Cependant, je le répète, c'est aussi dans sa comparaison avec les autres cas de guérison d'empyème que cette observation puise son intérêt. Dans le but de justifier cette proposition, j'ai eu tout d'abord l'idée de donner en regard les résultats fournis dans le traitement de cette grave maladie par d'autres procédés thérapeutiques. Un travail de ce genre pourrait, à coup sûr, offrir beaucoup d'intérêt; mais un classement des faits connus en était le préliminaire indispensable. Or, quiconque a pris connaissance, comme je l'ai fait, des publications qui ont eu lieu sur la matière, comprendra que je recule devant ce labeur, et que je préfère renvoyer le lecteur à l'impression qu'il aura pu se faire de l'ensemble de la question. On peut dire, en effet, que même après l'excellent travail de M. Marotte (*Archives*, *loc. cit.*), tout ce qui touche à l'intervention chirurgicale dans les épanchements purulents de la plèvre est resté livré au chaos. Cette confusion tient sans doute à la nature même du sujet, et il est difficile, à vrai dire, que dans des affections et des traitements d'aussi longue durée, la diversité la plus opposée à toute systématisation ne se produise pas en quelque sorte fatalement. Toujours est-il que parmi les observations, assez nombreuses aujourd'hui, de pleurésie suppurée menée à bonne fin par l'emploi différemment combiné de la thoracentèse proprement dite, de l'empyème et des injections irritantes, il ne s'en trouve pas deux peut-être qui puissent être rapprochées en série. Force est donc de nous en tenir à une appréciation sommaire.

Or, du mouvement qui s'est fait dans ces dernières années touchant la thérapeutique de l'empyème, ce qui ressort le mieux c'est, après la nécessité d'évacuer le pus par des procédés variés sur la valeur relative desquels tout le monde n'est pas encore parfaitement fixé, l'utilité des injections irritantes, et en première ligne, jusqu'ici, des injections iodées. Si donc on se rappelle que ces injections amènent fréquemment une douleur très vive; qu'elles déterminent souvent l'ensemble des symptômes auxquels on a donné le nom d'iodisme; que, si sous leur influence le traitement n'a été parfois que de quelques jours (Aran, *Union méd.*, 20 août 1853), il s'est prolongé aussi jusqu'à un an et quinze mois, à telle enseigne qu'elles ont dû être abandonnées et remplacées par des injections chlorurées ou aromatiques longtemps avant la guérison (Trousseau, Legroux, *Arch.*, décembre 1854); on conviendra facilement, j'imagine, qu'il n'y a pas à se prévaloir de leurs droits acquis pour exclure l'injection iodurée des moyens à opposer à l'empyème. Celle-ci, en effet, sans offrir aucun des inconvénients qu'entraîne la teinture d'iode, a pu être employée avec suite et persévérance, et la guérison, quelle que soit l'échéance qu'on lui assigne, s'est fait attendre beaucoup moins longtemps que dans bon nombre de cas empruntés à la pratique de médecins de premier ordre. Mais ce n'est pas tout, et il est temps de faire remarquer que toutes les observations de guérison publiées ont trait à des empyèmes simples et primitifs. Notre malade, au contraire, était loin de se trouver dans des conditions aussi favorables. Et ce serait en vérité laisser dans l'ombre un des aspects les plus instructifs de son histoire, que de ne pas faire sentir quelle gravité y ajoutait au pronostic le caractère à la fois secondaire et compliqué de l'affection. En dépouillant les matériaux à ma disposition, je n'ai trouvé à relever que quatre cas d'empyème secondaire ou compliqué. Un premier appartient à M. Trousseau, c'est celui d'une jeune femme accouchée depuis huit jours, chez laquelle l'empyème se montrait comme une des localisations d'une diathèse purulente. Le deuxième est aussi de M. Trousseau, et concerne un enfant de huit ans, chez lequel, comme chez Lejay, il y avait complication d'albuminurie scarlatineuse. Les deux autres ont été observés par M. Aran, à qui j'emprunte la mention des deux précédents. L'un nous offre encore une complication de néphrite albumineuse; l'autre enfin a rapport à une femme chez qui la maladie, consécutive à une fièvre typhoïde, se compliqua de péritonite pendant l'emploi des injections iodées (Aran, *Union méd.*, 16, 18 et 20 août 1853). Ces quatre cas se sont tous terminés par la mort, et celui que je rapporte paraît, en définitive, le seul où un empyème ait été guéri au milieu de conjonctures aussi périlleuses. En conséquence, comme le traitement après tout n'y a différé essentiellement de celui qui a été appliqué aux autres faits de même espèce, connus ou inconnus, que par l'intervention de l'injection iodurée, il est assez plausible peut-être d'admettre que celle-ci n'a pas été tout à fait étrangère au résultat.

Ainsi, en fin de compte, l'injection iodurée a agi comme antiseptique et substitutive, et son apparition dans le traitement de l'empyème y ouvre un chapitre de guérisons encore sans exemple. Nous allons maintenant la voir à l'œuvre dans une observation qui n'a de commun avec celle qu'on vient de lire, que la gravité exceptionnelle d'une vaste suppuration interne, par suite d'une complication phlegmasique, et cette fois aussi nous aurons un succès à enregistrer.

(*La fin à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 MARS 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Micrographie atmosphérique. — *Addition à la note sur les corps organisés recueillis dans la neige*, par M. *Pouchet*. — En plaçant ces jours derniers sur de la colle de farine de blé des corpuscules recueillis dans la neige, ceux-ci, en huit jours, y firent apparaître la plus magnifique teinte bleue qu'on puisse rencontrer, teinte qui chaque jour augmentait d'intensité. Ce bleu tirait sur le violet. En séchant il perd de son éclat et devient tout à fait violet.

A quoi est due cette coloration? je n'en sais rien. Y a-t-il là une action particulière de l'iode atmosphérique? Est-ce un corps particulier qui se développe? Est-ce une action photogénique? C'est là une chose du ressort de la chimie et pas du mien. *Ce qu'il y a de certain pour moi*, c'est que c'est la même coloration que je rencontre sur la fécule de l'air, et qu'elle est due à la même cause.

Physiologie. — *De la défaillance nerveuse, de ses causes insignifiantes et de celles des troubles nerveux, pour concourir à élucider la question de la fièvre dite* uréthrale, par M. *Heurteloup*. — La *défaillance nerveuse*, que l'auteur désigne ainsi pour la distinguer de cette défaillance que l'on attribue généralement à la cessation des mouvements du cœur, apparaît sous l'influence de circonstances très diverses, et en particulier par l'attouchement de l'intérieur de l'urèthre. M. Heurteloup rattache à ce phénomène la fièvre dite *uréthrale*, et il recommande, pour l'éviter, de s'abstenir autant que possible de toute opération capable d'irriter ou de léser le conduit. (*Comm.* : MM. Andral, Velpeau, Coste, Cl. Bernard.)

Physique. — *Note sur l'influence que peut exercer la polarisation dans l'action de l'électricité sur le système nerveux*, par MM. *Martin-Magron* et *Em. Fernet*. — Nous avons entrepris, depuis le mois de décembre dernier, une série de recherches relatives à l'action de l'électricité sur le système nerveux, et dirigées vers un but spé-

cial ; nous comptions n'en communiquer les résultats à l'Académie que dans quelque temps. Aujourd'hui, bien que ces expériences ne soient pas encore terminées, une communication récente de M. Matteucci, sur le pouvoir électromoteur secondaire des nerfs, nous détermine à faire connaître quelques résultats obtenus par nous relativement à la polarisation qui se produit entre les deux électrodes.

Ayant eu à comparer les intensités relatives des courants continus que nous faisons passer à travers les nerfs sur des animaux vivants, nous avions songé à introduire, par une disposition spéciale, le galvanomètre dans le circuit, et cela d'une manière permanente. En faisant passer l'un de ces courants constants très faibles, à plusieurs reprises, par les mêmes points du même nerf, et le laissant établi chaque fois pendant un temps à peu près égal (trois minutes), et avec des intervalles de repos égaux (deux minutes), pour permettre à l'aiguille de revenir à zéro, nous fûmes frappés de la décroissance rapide des angles de déviation indiqués par l'aiguille dans chaque expérience.

Trois expériences consécutives nous permirent d'observer que : 1° l'intensité du courant parcourant le nerf pendant un certain temps dans le même sens semblait diminuer très rapidement; 2° un courant parcourant ensuite le même nerf en sens inverse semblait acquérir par là une intensité plus grande, surtout pendant les premiers instants; 3° le passage répété de ce courant en sens inverse semblait rendre aux courants passant dans le sens primitif leur intensité, mais le passage de ceux-ci pendant quelques minutes rendait de nouveau l'intensité décroissante.

Ces expériences furent répétées un grand nombre de fois pour obtenir des données numériques qui nous étaient d'ailleurs nécessaires; les résultats furent toujours semblables, et ils nous avaient conduits aux conclusions suivantes ; un courant, même d'une intensité extrêmement faible, assez faible pour n'être pas accusée par un galvanomètre un peu moins sensible, peut cependant produire une résistance au passage relativement très considérable, en traversant un tissu d'une structure semblable à celle du tissu nerveux; il en résulte une polarisation qui produit un courant en sens inverse de celui de la pile dès que le circuit est fermé. Dès lors ce courant semble diminuer l'action du courant de la pile sur l'aiguille du galvanomètre, si le courant de la pile passe toujours dans le même sens; il semble s'ajouter, au contraire, tout d'abord aux courants qu'on fait passer en sens inverse; ceux-ci peuvent, à leur tour, produire une polarisation contraire, et ainsi de suite.

La structure du nerf rendait cette explication au moins probable, puisqu'on sait que, avec les courants assez intenses pour effectuer des décompositions chimiques, la polarisation se manifeste avec d'autant plus d'intensité dans un circuit contenant un liquide, qu'il y a un plus grand nombre de diaphragmes interposés. Nous avons été naturellement conduits à essayer la même action sur d'autres tissus, comme un fragment de peau humide, ou même un simple fil, mouillé avec l'eau ordinaire; nous avons trouvé, comme M. Matteucci dans d'autres expériences, les mêmes résultats qu'avec le tissu nerveux. Enfin, la disposition que nous avions adoptée nous permettait de retirer instantanément la pile du circuit, et de la remplacer par un fil métallique, toutes choses restant d'ailleurs dans le même état. Nous avons pu constater alors un courant secondaire, accusé par le galvanomètre, et du même ordre de grandeur que les courants qui donnent ordinairement des contractions.

Toutes nos observations ont toujours été faites dans les conditions physiques où l'on se place d'ordinaire pour les expériences de physiologie, c'est-à-dire avec des courants assez faibles pour produire normalement une contraction, soit à l'établissement, soit à la rupture du circuit, et non pas à ces deux instants, comme cela a lieu avec des courants plus énergiques. C'est donc à ces conditions que nos conclusions sont immédiatement applicables ; on peut dire qu'il est toujours nécessaire de tenir compte de la polarisation, pour interpréter les alternatives qui ont été si souvent observées dans les intensités des contractions, et qui ont tant de fois préoccupé les physiologistes. Par exemple, les contractions sont toujours bien plus énergiques au moment où l'on change la direction du courant.

Enfin, dans chacune des séries d'expériences faites comme nous l'avons indiqué, nous avons toujours remarqué des contractions convulsives qui se produisaient au moment où l'on interrompt le courant, et qui duraient d'autant plus longtemps que le passage avait été lui-même plus prolongé. Le résultat est le même, soit qu'on isole simplement le nerf sur l'animal entier, soit qu'on opère sur le membre détaché et complétement indépendant de la moelle épinière ; on ne peut donc nullement songer ici à une action réflexe. Ces contractions cessent instantanément quand on fait passer de nouveau le courant dans le même sens.

Nous avons aussi pu vérifier que, sous l'influence des causes qui peuvent augmenter la polarisation pendant que le courant passe, l'énergie et la durée de ces convulsions augmentent et donnent parfois lieu à un véritable tétanos. (*Comm. :* MM. Dumas, Milne Edwards, Despretz, Balard, Cl. Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 MARS 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Une série de rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Dehée* (d'Arras), *Dugaray* (du Puy), *Carassus* (de Milly), *Doillon* (de Vauvillers), *Pallanchon* (de Cuisery), *Perrochand* (de Boulogne), *Manouvriez* (de Valenciennes), *Goudol* (de Gy) et *Prieux* (de Gray). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de l'Aube et du Lot. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre dans laquelle M. *Delasiauve* communique deux cas d'épuisement et de marasme survenus à la suite de l'administration prolongée de l'iodure de potassium. — *b*. Une note de M. le docteur *Namias* (de Venise) sur les effets physiologiques des courants voltaïques instantanés et continus. — *c*. Un travail intitulé : *Nouveau procédé pour détruire les polypes naso-pharyngiens à embranchements et à insertions larges et multiples*, par M. *Michaux*, professeur de clinique à la Faculté de Louvain. (*Comm.:* MM. Robert, Nélaton et Huguier.) — *d*. Une observation d'éléphantiasis traité avec succès par le proto-iodure de mercure, par M. le docteur *Jacquot*, médecin à Saint-Dié. (*Comm.:* MM. Gibert, Rayer et Devergie.) — *e*. Un mémoire intitulé : *Des combinaisons des substances métalliques avec les matières azotées neutres*, par M. *Lafon-Lagrausse*. (*Comm.:* MM. Robinet, Bouchardat et Würtz.) — *f*. Un travail sur le cancer, par M. le docteur *Pons* (de Bez). — *g*. Une note sur les moyens de désinfecter et de parfumer l'huile de foie de morue et l'huile de ricin, par M. le docteur *Jeannel*, professeur de thérapeutique à l'École de médecine de Bordeaux. (*Comm.:* MM. Poggiale, Robinet et Boudet.) — *h*. Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Sucquet*. (Accepté.)

3° *M.* BAINET *adresse une réclamation à propos d'une assertion contenue dans le dernier discours de M.* GIBERT.

Monsieur le Président, l'honorable M. Gibert, dans la note qu'il a lue à l'Académie dans la dernière séance sur la médication iodique, a dit : « Enfin, dans la discussion » actuelle, il ne faut pas perdre de vue que le mémoire de M. Boinet *traite particu-» lièrement de l'action thérapeutique de la teinture d'iode*, celui de M. Rilliet de la » combinaison de l'iode et de l'iodure de potassium, etc. » Permettez-moi de faire observer à l'Académie et au savant médecin de Saint-Louis que mon mémoire ne traite pas particulièrement de l'action thérapeutique de la teinture d'iode, *mais de l'iode associé à des produits organiques et tel qu'on le trouve dans la nature, c'est-à-dire non préparé par la chimie ;* qu'administré ainsi dans l'alimentation à l'état de produit organique naturel, il a des avantages que n'ont pas les préparations iodées pharmaceutiques et n'a pas leurs inconvénients. Sous cette forme et dans ces conditions, il a, selon moi et d'après ce que j'ai observé, les mêmes avantages que les eaux minérales naturelles ont sur les eaux minérales artificielles; que l'huile de foie de morue naturelle a sur l'huile iodée artificielle; que la poudre d'éponge dans le goître a sur tous les composés iodiques préparés par la pharmacie, etc.; et, quoiqu'on ne sache pas au juste, lorsqu'on administre ces produits naturels, la quantité du médicament absorbée par l'économie, il n'en est pas moins vrai, si l'on en juge par les bons effets qu'ils produisent, qu'ils ont dans certaines affections constitutionnelles des avantages auxquels ne peuvent atteindre les produits artificiels. Est ce que, par exemple, les eaux ferrugineuses artificielles, et même toutes les préparations ferrugineuses sorties du laboratoire, valent les eaux ferrugineuses naturelles dans les affections qui réclament l'emploi du fer? D'où l'on peut conclure, je crois, que, lorsqu'un produit organique présente les qualités d'un remède, rien ne peut le remplacer, quelle que soit la valeur de ceux qu'offre à notre choix la chimie artificielle. C'est sur ce point particulier que j'aurais désiré appeler l'attention de l'Académie en lui soumettant mon mémoire sur l'alimentation iodée.

— M. *P. Dubois* présente une note de M. le docteur *Pajot*, dans laquelle il expose que l'utérus sécrète du pus dès la huitième heure qui suit l'accouchement. La présence du pus a été constatée par M. Robin.

Lectures.

HYDROLOGIE. — M. *O. Henry* donne lecture de trois rapports sur des demandes d'autorisation d'exploiter des eaux minérales.

Les conclusions sont adoptées sans discussion.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Bouchardat*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Grisolle*, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *E. Moutard-Martin*, médecin de l'hôpital Beaujon, intitulé : *Sur la valeur du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes.* — Les études que M. Moutard-Martin a entreprises, et dont nous avons à vous rendre compte, ont pour but de nous faire connaître la valeur du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes, et de nous fixer sur le rôle physiologique de cet alcaloïde.

Voici les questions diverses que nous allons successivement aborder avec l'auteur du mémoire.

1° De la nécessité d'éprouver l'influence préalable des moyens hygiéniques lorsqu'on veut essayer un agent fébrifuge ; 2° des précautions indispensables pour assurer la valeur de l'expérimentation ; 3° résultats obtenus avec le sulfate de cinchonine ; 4° des effets physiologiques de ce sel ; 5° le sulfate de cinchonine peut-il remplacer le sulfate de quinine ? 6° y a-t-il avantage à introduire le sulfate de cinchonine dans la pratique habituelle des hôpitaux ?

De la nécessité d'éprouver l'influence préalable des moyens hygiéniques, lorsqu'on veut essayer un agent fébrifuge. — Qu'un malade, dit M. Moutard-Martin, qui a été soumis aux effluves paludéens, qui a contracté la fièvre intermittente de quelque type que ce soit, quitte le foyer d'infection dans lequel il a vécu, qu'il change d'air, de genre de vie, d'hygiène, en un mot, alors les accès disparaîtront *dans le plus grand nombre des cas*, non pas lentement, mais rapidement, brusquement, comme sous l'influence d'un traitement énergique. Or, ce sont les conditions dans lesquelles se trouvent les malades sur lesquels ont été faites la plupart des expérimentations de médicaments dits antipériodiques, car presque tous ces essais ont été faits dans les hôpitaux. La proportion de ces cas de guérison subite, ou au moins rapide, sans traitement, par le fait seul du changement d'habitude et de régime, est considérable.

Il faut donc, de toute nécessité, avant d'administrer un fébrifuge dont l'action n'est pas parfaitement connue, observer le malade pendant plusieurs jours consécutifs ; étudier avec soin le retour des accès, s'ils avancent ou retardent, si leur intensité reste la même, si les différents stades ne se modifient pas, et ce n'est qu'après avoir vu revenir trois ou quatre accès au moins, parfaitement semblables, qu'il devient possible d'administrer le fébrifuge en expérimentation, et de tirer quelques conclusions sur son action. Tout le monde comprendra qu'un petit nombre d'observations, dans lesquelles toutes ces précautions auront été prises, aura une valeur qu'il faudra refuser à des faits plus nombreux qui n'offriraient pas cette garantie.

Un médecin distingué qui a pratiqué en Afrique, M. Laveran, a publié en 1856, dans la GAZETTE MÉDICALE, un mémoire dans lequel, par des relevés parfaitement établis, il démontre que, même en Afrique, les malades ne faisant que passer du lieu où ils ont contracté la fièvre intermittente à l'hôpital le plus voisin, guérissent le plus souvent avec une rapidité remarquable sans traitement.

Conditions dans lesquelles l'auteur s'est placé. — Pour se garantir autant que possible des chances d'erreur sur lesquelles il a insisté avec raison, M. Moutard-Martin a toujours attendu, avant d'administrer le sulfate de cinchonine, que trois accès au moins se fussent reproduits sous ses yeux, et dans des conditions telles que rien dans leur durée et leur intensité ne pût faire prévoir la guérison spontanée dans un bref délai. Une seule fois, dans une fièvre quarte, il s'est écarté de cette règle, et n'a attendu le retour que de deux accès, parce que le malade perdait patience et menaçait de quitter l'hôpital.

Toutes les fois qu'il existait en même temps que la fièvre quelques complications gastro-intestinales, on a commencé par administrer un éméto-cathartique, ou un purgatif, ou bien on a combattu la diarrhée quand elle existait, et avant de donner le sulfate de cinchonine, l'auteur s'est toujours assuré que, malgré le vomitif ou le purgatif, les accès suivaient leur cours régulier, sans avoir subi aucune modification.

Tous les malades, tant avant de faire usage du sulfate de cinchonine que pendant son emploi, étaient soumis à un régime aussi réparateur que possible, tisanes amères et nourriture réglée suivant leur appétit, mais toujours largement suffisante.

L'auteur a regardé comme indispensable de s'assurer de la pureté du médicament dont il allait faire usage, et M. Fordos, alors pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, a constaté que le sulfate de cinchonine employé contenait des traces de sulfate de quinine, et il en a estimé la quantité à un centième environ. M. Moutard-Martin, considérant cette petite proportion du sulfate de quinine comme incapable de modifier les résultats, n'a pas cru devoir en tenir compte, mais il avertit de la présence de cette petite quantité de sulfate de quinine, laissant à chacun à en tirer telle conséquence qu'il jugera convenable.

Avant d'administrer le sulfate de cinchonine à ses malades, M. Moutard-Martin a voulu se rendre compte par lui-même des effets physiologiques de ce sel, et par conséquent des doses auxquelles on peut monter sans danger ; mais il a soin de prévenir qu'étant très sensible à l'action des médicaments, il ne doutait pas que l'on pût donner à des malades des doses plus fortes que celles qu'il pourrait supporter.

Résultats obtenus. — Sur les 51 malades fébricitants que l'auteur reçut dans ses salles, 23 seulement réunirent les conditions désirables pour éprouver sérieusement l'action fébrifuge du sulfate de cinchonine.

Sur ces 23 malades se trouvaient 12 fièvres quotidiennes, sur lesquelles 6 ont guéri, 2 autres n'ont pas été amendées, 4 n'ont pas une valeur suffisante pour que l'auteur ait cru devoir en tenir compte, les accès étant en décroissance spontanée quand le sulfate de cinchonine a été administré.

Sur 10 fièvres tierces, 6 ont guéri plus ou moins rapidement, 2 ont été seulement modifiées, sur 2 l'action du sulfate de cinchonine a été nulle ; une fièvre quarte a guéri.

Ainsi donc, en retranchant les 4 observations indiquées comme n'ayant pas une valeur suffisante, il reste 19 cas, sur lesquels 13 ont guéri complétement, 2 ont été amendés, 4 fois l'insuccès a été absolu.

C'est de l'étude de ces 19 cas que l'auteur tire ses conclusions.

Dans les 13 cas de guérison l'action a été immédiate, en ce sens, au moins, que dès le premier accès qui a suivi l'ingestion du sulfate de cinchonine, la maladie a été modifiée, mais elle n'a pas toujours été guérie dans le même temps. Ainsi, en portant à 14 le nombre des guérisons, si l'on veut bien compter pour 2 un cas de récidive de la fièvre plusieurs semaines après la sortie du malade de l'hôpital, les résultats ont été les suivants :

Deux fois la fièvre a disparu immédiatement après la première dose de sulfate de cinchonine, 6 fois après le retour d'un seul accès affaibli, 2 fois après 2 accès, 3 fois après 4 accès, une fois après 6 accès.

Sur les 14 guérisons, 10 ont donc été obtenues avant le troisième accès, et 4 après la quatrième. En ne prenant en considération que ces 14 guérisons, c'est certainement un résultat favorable, quoiqu'il soit bien rare de voir une fièvre quotidienne ou même tierce résister pendant 4 accès au sulfate de quinine pris à dose suffisante.

Dans les 4 cas où il est revenu au moins 4 accès, il est à noter que les accès ont été ou fort affaiblis ou complétement modifiés dès la première dose de sulfate de cinchonine, et que leur intensité a été toujours décroissante jusqu'à la disparition complète. Dans un cas même, les accès avaient, à proprement parler, disparu, et il ne restait à la place qu'un état de malaise avec céphalalgie intermittente.

Il a été impossible de saisir dans la constitution des malades, dans la durée de la maladie, dans son lieu d'origine, dans le volume de la rate, rien de particulier qui pût expliquer la résistance plus grande au traitement. Le type a paru lui-même être à peu près indifférent, puisque sur les 4 cas rebelles il y a eu deux fièvres quo-

tidiennes et deux tierces. La seule fièvre quarte qui ait été soumise au traitement a guéri après le retour d'un seul accès très affaibli.

Si les insuccès du sulfate de cinchonine sont plus nombreux que ceux du sulfate de quinine, c'est, selon l'auteur, que son action physiologique plus rapide ne permet pas toujours de monter à des doses suffisantes, les accidents venant imposer la prudence au médecin avant que les accès aient été arrêtés. L'auteur cite à l'appui de ce qui précède quatre cas dans lesquels des accidents l'ont empêché d'élever suffisamment la dose du médicament.

Enfin, entre les guérisons complètes et les insuccès se trouvent des cas qui doivent trouver leur place dans la catégorie des résultats incomplets, ils sont au nombre de deux, et tous deux portent sur des fièvres tierces. Par résultat incomplet, l'auteur entend celui qui consiste à diminuer la maladie, à détruire certains phénomènes morbides, tels qu'un ou deux stades de la fièvre intermittente, ou même les trois stades, en laissant subsister un ou plusieurs autres phénomènes morbides qui sont en relation directe avec la maladie soumise au traitement.

Quant aux 4 cas qui ont été laissés de côté jusqu'alors, et qui, réunis aux 19 qui précèdent, constituent les 23 cas où le sulfate de cinchonine a été administré, les accès étaient en voie de décroissance quand le traitement a été commencé. Aussi, sans en tenir compte, on peut cependant attribuer au sulfate de cinchonine la cessation subite des accès, qui auraient certainement continué encore pendant quelques jours, et dans un grand nombre de cas semblables où on administre le sulfate de quinine, on n'hésite pas à lui attribuer la prompte guérison des malades.

Ainsi donc, toute défalcation faite, sur 51 malades, 19 ont été soumis au traitement par le sulfate de cinchonine, 13 ont été guéris, 2 incomplétement guéris, 4 n'ont subi aucun changement dans leur état. La proportion des insuccès et demi-succès est donc de 6 sur 19. Mais si l'auteur, comme tant d'autres l'ont fait, avait donné le sulfate de cinchonine dès le premier jour à ses 51 malades, il aurait obtenu 45 guérisons, dont 32 auraient été faussement attribuées au sulfate de cinchonine.

Cet exemple démontre l'erreur profonde dans laquelle sont tombés tant de médecins à propos de prétendus succédanés du sulfate de quinine; il doit aussi nous apprendre quelles restrictions nous devons faire à la conclusion générale du mémoire sur la *cinchonine* imprimé dans le *Supplément à l'Annuaire*. Nous y trouvons, en effet, que, sur 725 observations de fièvres intermittentes (hommes, femmes, enfants réunis, de tous types, de toutes provenances, anciennes, récentes, avec ou sans récidives) traitées par la cinchonine ou son sulfate, 10 seulement ont été réfractaires. Mais toutes ces observations ont été recueillies au hasard, sans les précautions dont les travaux de Chomel, de M. Laveran et de l'auteur, ont montré l'importance.

Effets physiologiques du sulfate de cinchonine. — Voici à cet égard le résumé du mémoire de M. Moutard-Martin :

Sur les 23 malades qui ont pris du sulfate de cinchonine, 12 ont éprouvé quelques malaises, un *mal de tête* qui occupe ordinairement la région frontale et les tempes, une *constriction parfois intolérable* de toute la partie antérieure de la tête, une *faiblesse des plus pénibles* poussée parfois à l'excès, avec menaces de syncopes, défaillances, pâleur de la face. Quelques malades éprouvent des douleurs vives à l'estomac, des nausées et des vomissements, mais ils sont rares; *deux* fois seulement ils se sont produits sur les 23 malades; *une* fois sont survenus des vertiges et des douleurs vives dans les membres.

Ces effets physiologiques débutent ordinairement peu de temps après l'ingestion du sulfate de cinchonine : cela varie entre un quart d'heure et une demi-heure. Quant à leur durée, elle varie le plus souvent d'une demi-heure à trois quarts d'heure.

Le meilleur remède, suivant M. Moutard-Martin, contre ces malaises souvent fort pénibles consiste à boire un peu d'eau froide. La douleur d'estomac se calme rapidement, et les autres accidents sont de peu de durée; mais ce remède si simple ne réussit que lorsque les accidents sont assez légers.

On le voit, tous les faits relatés dans le mémoire de M. Moutard-Martin s'accordent avec ceux consignés dans le *Supplément à l'Annuaire de 1856*, et tendent à faire considérer la cinchonine comme ayant une action physiologique différente, sous plusieurs rapports, de celle de la quinine, et possédant une action toxique plus énergique.

Le sulfate de cinchonine peut-il remplacer le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes?

A cette question, l'auteur répond sans hésitation : Non, le sulfate de cinchonine ne peut pas remplacer le sulfate de quinine.

D'après les observations de l'auteur, toutes les précautions étant suffisamment prises, comme nous l'avons espéré, pour éviter l'erreur, le sulfate de cinchonine guérit plus ou moins rapidement 3 fièvres intermittentes, prises au hasard, sur 4. Dans les mêmes conditions, le sulfate de quinine en guérit, ajoute-t-il, 19 sur 20 : son action est donc, d'après cela, plus énergique et plus certaine que celle du sulfate de cinchonine. Mais ajoutons que la proportion de 19 sur 20 que l'auteur attribue au sulfate de quinine ne se retrouverait plus très probablement si l'on éliminait, comme l'a fait avec tant de raison M. Moutard-Martin, tous les cas que l'expectation, loin du foyer miasmatique, et le régime peuvent guérir. Le sulfate de cinchonine ne peut donc pas être substitué au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes simples et, à plus forte raison, dans le traitement des fièvres intermittentes pernicieuses. Sur ce dernier point, nous sommes complétement du même avis que l'auteur du mémoire; mais nous persistons à croire que, dans les localités marématiques, où l'on n'observe que des fièvres intermittentes simples, le sulfate de cinchonine pourra être employé comme le sulfate de quinine.

Y a-t-il avantage à introduire le sulfate de cinchonine dans la pratique habituelle des hôpitaux?

M. Moutard-Martin résout cette question affirmativement.

Le traitement d'une fièvre intermittente ne se borne pas, dit-il, à administrer un fébrifuge qui coupe les accès, il faut encore continuer pendant longtemps l'emploi du fébrifuge après la cessation des accès. Cette règle est indispensable à suivre quand on veut se mettre à l'abri des récidives; mais jamais, dans les hôpitaux, faute de patience, jamais dans les campagnes, faute d'argent, les malades ne se soumettent à un traitement suffisamment prolongé. Donnez-leur un moyen économique d'échapper aux récidives, et ils le mettront en usage. C'est ce moyen que le sulfate de cinchonine met entre nos mains. Ce sel est sans contredit un des plus énergiques parmi ceux que l'on a tenté de substituer au sulfate de quinine, et l'auteur s'appuie sur cette énergie incontestable pour en conseiller l'emploi de la façon suivante :

Administrez, dit-il, d'emblée le médicament héroïque, le sulfate de quinine, donnez-le à dose suffisante pour couper les accès, vous êtes sûr de réussir après une ou deux doses; substituez-lui alors le sulfate de cinchonine dont l'activité est incontestable et dont le bas prix le rend accessible à bien des bourses qui ne peuvent atteindre qu'une seule fois au sulfate de quinine, par ce moyen, vous pourrez concilier la sûreté du traitement et sa durée avec l'économie.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur du mémoire : 1° le sulfate de cinchonine administré contre la fièvre intermittente a une action incontestable, mais variable; 2° quelquefois son action est rapide, et il coupe les accès comme le sulfate de quinine; d'autres fois elle est lente, quelle que soit la dose administrée, et les accès s'épuisent petit à petit; 3° la dose du sulfate de cinchonine doit toujours être plus forte, au moins d'un tiers, que celle du sulfate de quinine employé dans les mêmes conditions; 4° pour obtenir une action curative du sulfate de cinchonine, il faut employer une dose variant, suivant les individus, de 0gr,60 à 1 gramme; 5° à cette dose il détermine souvent quelques effets physiologiques qu'il ne serait pas prudent de dépasser; 6° l'action thérapeutique du sulfate de cinchonine n'est pas en proportion de son action physiologique, car il guérit quelquefois sans que les malades aient senti son action; dans d'autres cas où l'action physiologique est énergique, l'action thérapeutique manque; 7° le sulfate de cinchonine ne peut pas remplacer le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes un peu graves; 8° le sulfate de cinchonine peut devenir un précieux adjuvant du sulfate de quinine en complétant la cure commencée par une ou deux doses de sulfate

de quinine. Ce procédé réunirait la sûreté du traitement et l'économie.

Le travail que nous venons d'analyser se distingue par une excellente méthode d'observation, par un esprit de critique sévère. Il ajoute des faits précieux à ceux que nous possédions sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la cinchonine. Aussi n'hésitons-nous pas à vous proposer :

1° De donner votre approbation au mémoire de M. Moutard-Martin ; 2° de le renvoyer à votre comité de publication.

Discussion.

M. *Piorry*, tout en rendant hommage au mérite du mémoire et du rapport, regrette que MM. Moutard-Martin et Bouchardat n'aient pas pris en suffisante considération l'état de la rate et les relations des modifications anatomiques de cet organe avec la fièvre intermittente; car c'est là la véritable mesure des fièvres d'accès, aussi bien que le critérium du traitement. On ne saurait nier aujourd'hui ce fait, qui est assurément une des plus belles conquêtes du plessimétrisme : dans toutes les fièvres intermittentes la rate est volumineuse, et réciproquement toute augmentation du volume de la rate s'accompagne d'accès fébriles. Il suffit donc que le phénomène de la *splénomégalie* soit constaté par la percussion pour juger qu'il y a lieu d'administrer les fébrifuges, et la diminution du volume de la rate donne la mesure de l'efficacité de ces sortes de remèdes.

L'orateur condamne la méthode de l'expectation, préconisée à tort par Chomel. C'est le procédé des médecins qui ne savent que faire. Pour la fièvre intermittente, il faut agir sans attendre, car il est quelquefois dangereux d'ajourner au lendemain l'administration du sulfate de quinine.

M. *Malgaigne* est d'avis que les médecins, aussi bien que les chirurgiens, doivent savoir attendre quelquefois. Pour lui, avant de se décider à faire usage d'un instrument tranchant, il attend pour voir si la nature, venant en aide au malade, ne lui épargnera point les douleurs d'une opération.

M. Malgaigne, s'adressant ensuite à M. Bouchardat, regrette que M. Martin-Moutard n'ait pas suffisamment insisté sur le régime de ses malades, et n'ait point institué des expériences comparatives avec le sulfate de quinine d'une part et le sulfate de cinchonine d'autre part.

M. *Piorry* répond à M. Malgaigne qu'en blâmant l'expectation il n'a voulu parler que des cas où il était dangereux ou inopportun d'attendre.

M. *Bouchardat* réplique que le régime des malades observés par M. Moutard-Martin a consisté généralement dans l'emploi de moyens toniques et réparateurs. Quant aux expériences comparatives, elles étaient superflues, car la science est aujourd'hui suffisamment édifiée sur la valeur du sulfate de quinine comme antipériodique.

L'orateur soutient contre M. Piorry la méthode de l'expectation dans le traitement des fièvres intermittentes; il pense que sans elle on ne peut aboutir qu'à des résultats illusoires ou erronés, comme il est arrivé pour le sel marin.

M. *Piorry* prétend que l'expérimentation, loin d'être défavorable au sel marin, avait prouvé que c'était un bon fébrifuge et qu'il agissait promptement sur le volume de la rate. Si l'on y a renoncé, c'est à cause de la répugnance qu'il inspire aux malades et des troubles qu'il détermine sur le tube digestif.

M. *Bouillaud* est partisan de l'expectation dans les fièvres intermittentes. Il estime que le seul moyen de ne pas se tromper et d'être bien sûr qu'on a affaire à une affection de ce genre, c'est de voir, de constater l'accès *par soi-même*, non-seulement une fois, mais deux et trois fois, s'il restait quelques doutes. L'expectation est sans danger dans les pays où, comme à Paris, on ne rencontre que très rarement des accès pernicieux.

L'orateur n'attache pas une si grande importance au volume de la rate; il ne considère pas cette particularité anatomique comme devant nécessairement amener un accès fébrile. Il y a en ce moment dans son service une femme tuberculeuse dont la rate est énorme; elle est minée par la fièvre hectique, elle présente vers le soir une recrudescence, comme on l'observe chez les phthisiques; mais elle n'a point de véritables accès intermittents.

M. Bouillaud approuve les éloges donnés par M. Bouchardat à M. Moutard-Martin; mais pourtant il aurait désiré que l'auteur du mémoire n'ait pas formulé des conclusions si catégoriques, n'ayant encore qu'un si petit nombre d'observations et ne possédant surtout aucun exemple de fièvre pernicieuse.

M. *Bouchardat* fait remarquer que M. Moutard-Martin a voulu surtout fixer l'attention des praticiens sur les propriétés thérapeutiques de la cinchonine.

M. *Piorry* voit avec regret que M. Bouillaud, en adoptant la méthode expectante dans les fièvres intermittentes, déserte ses propres doctrines.

M. *Bouillaud* proteste que depuis trente-cinq ans il a toujours marché sans dévier dans les mêmes voies.

Présentation.

M. *Jobert* (de Lamballe) présente à l'Académie une pièce anatomique consistant dans une nécrose des os maxillaires, occasionnée par le phosphore, chez une femme qui avait travaillé dans une fabrique d'allumettes chimiques.

La malade éprouvait depuis deux ans des douleurs péricervicales très opiniâtres lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, ayant les gencives très enflées, fongueuses, criblées de trajets fistuleux, qui fournissaient du pus en grande abondance. On constata l'existence d'une nécrose étendue du maxillaire supérieur. En juillet 1859, M. Jobert enleva la voûte palatine en conservant le périoste. Cependant la malade succomba, épuisée par la persistance des douleurs et par l'abondance de la suppuration. On remarque sur la pièce anatomique que la voûte palatine est remplacée par un tissu de nature fibro-cartilagineuse. La partie médiane et la moitié latérale droite du sphénoïde, et presque tout l'ethmoïde, sont nécrosés. Dans la fosse sphénoïdale droite, il y avait un abcès sous la dure-mère.

M. Jobert présente ensuite un pied qu'il a amputé depuis plusieurs années par la méthode de Choppart. Le pied n'a subi aucune déviation en arrière, ce que M. Jobert attribue à la précaution qu'il a prise de tailler en avant un très large lambeau et de laisser la plus grande longueur possible aux tendons des muscles de la région jambière antérieure, afin de contre-balancer l'action du tendon d'Achille, qui luxe si souvent le pied à la suite de cette opération.

M. *Larrey* rappelle à ce propos un cas dans lequel il a pratiqué avec succès la section du tendon d'Achille pour remédier à une déviation du pied et à une ulcération du moignon, consécutives à l'amputation par la méthode de Choppart.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De l'influence des inoculations multipliées sur la marche des accidents consécutifs de la syphilis constitutionnelle, par M. le docteur MELCHIOR ROBERT.

Nous trouvons dans ce travail deux choses très distinctes : l'exposé d'un certain nombre de faits d'une part; de l'autre, une théorie. Nous tâcherons de résumer l'une et l'autre, autant que possible, dans les termes de l'auteur.

M. Melchior Robert a fait des inoculations *multipliées* chez un certain nombre de sujets, mais il ajoute : « Nous n'avons syphilisé personne, car nous n'appelons pas syphilisation l'inoculation d'un nombre de chancres qui n'a pas dépassé trente-six. » Voici ce qui résulte, d'après M. Robert, de ces expériences :

« Un petit nombre de chancres, suppurant très abondamment et très longtemps, peuvent, sans le secours des mercuriaux, faire disparaître l'induration chancreuse et des manifestations syphilitiques confluentes (?) et plus ou moins graves.

» Les inoculations multiples modifient très rapidement les phénomènes secondaires connus sous le nom de prodromes, et les douleurs ainsi que les malaises qui dépendent des périodes de transition et tertiaires.

» Sous l'influence d'un certain nombre d'inoculations, ne dépassant pas trente-six, des accidents de transition et tertiaires (ecthymas, gommes suppurées et non suppurées, tubercules cutanés, ostéites, vastes ulcères tertiaires récidivés plusieurs fois et réfractaires au traitement iodhydrargyrique) disparaissent avec autant et plus de rapidité qu'avec l'administration des spécifiques.

» En faisant les inoculations, on peut, dans le but de ménager le nombre des cicatrices, mettre à profit, en les transformant directement en chancres, les pustules et les ulcérations secondaires ou tertiaires, pourvu qu'elles ne soient pas trop étendues.

» Les inoculations multiples impriment à l'économie des malades atteints de la syphilis une modification telle, que des accidents jusque-là réfractaires à l'emploi des spécifiques, deviennent, après qu'on les a pratiquées, très sensibles aux moindres doses de médicament.

» Si, après avoir cessé les inoculations multiples, de nouveaux accidents constitutionnels apparaissent, leur apparition n'est, le plus souvent, qu'éphémère, et, dans les cas où ces accidents persistent, la moindre petite dose de mercure ou d'iodure de potassium, selon leur nature, les guérit en peu de temps.

» Chez les vérolés qui ont pris du mercure à haute dose et longtemps, les inoculations, quelle que soit la qualité du virus employé, ont peu de tendance à développer des chancres, ou, si elles réussissent, les ulcérations suppurent peu et s'éteignent en peu de jours. »

M. Robert ajoute cependant que dans l'observation citée à l'appui de cette proposition, on doit peut-être tenir compte d'une prédisposition inhérente au sujet.

« Le pus d'un chancre induré qui ne serait pas directement inoculable à un individu atteint de syphilis peut le devenir en passant par un intermédiaire exempt de vérole constitutionnelle.

» Le pus de chancre induré est, dans certains cas, inoculable de vérolé à vérolé, et peut conséquemment être mis à profit dans la pratique des inoculations curatives.

» Le virus qui a déjà servi à inoculer un individu plusieurs fois, s'épuise et reste, à un moment donné, sans action sur lui; mais il peut communiquer à d'autres des chancres très actifs.

» Le pus d'ecthyma inoculé avec la lancette au malade qui le porte et à des malades exempts de vérole constitutionnelle, reste souvent sans action. »

De ces faits, qu'il résume dans les propositions précédentes, découlent, pour M. Robert, les corollaires pratiques suivants :

« Les inoculations multiples peuvent être employées comme moyen de traitement, contre la syphilis constitutionnelle récente; on doit les mettre à profit contre les accidents constitutionnels anciens et réfractaires.

» Les inoculations multiples sont un adjuvant précieux du traitement iodhydragyrique; mais pour en retirer quelques avantages, il faut ou qu'on les fasse précéder ce traitement, ou qu'on ne les mette en pratique que longtemps après qu'il a été administré. Dans ce dernier cas, si elles ne réussissent pas complétement, la réussite est presque assurée aux moyens spéciaux qui avaient d'abord échoué. »

La syphilisation elle-même « est un moyen sérieux, surtout employé comme méthode curative, et qui doit attirer l'attention des syphilographes en position de l'expérimenter. »

Pourtant, et à l'encontre de la plupart des syphilisateurs, M. Robert, ainsi qu'on l'a déjà vu par ce qui précède, ne veut pas faire le procès de la médication mercurielle; elle lui a rendu et lui rend journellement encore trop de services pour qu'il lui vienne à l'idée de s'élever contre elle. Seulement, suivant M. Robert, « à tout prendre, et à un point de vue général, cette hydrargyrophobie, » qui se répand aujourd'hui jusque dans la classe ouvrière, « n'est peut-être pas un si grand mal qu'on le croirait d'abord; car si sur cent chancres, dix à peine déterminent l'infection constitutionnelle, l'ancienne méthode, qui prescrivait le mercure pour tous les chancres, faisait du mal à quatre-vingt-dix malades, tandis qu'en le proscrivant complétement, on n'en fait qu'aux dix qui sont infectés. » Voilà, nous l'espérons, une démonstration mathématique.

Pour ce qui est maintenant de la théorie, M. Robert établit sans trop de peine que, « dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible encore de donner une explication satisfaisante du mécanisme de la syphilisation. » La théorie de l'absorption du virus et de la saturation lui paraît aussi insuffisante que celle de la révulsion pour interpréter tous les faits. Il lui semble plus rationnel et plus philosophique de se rendre compte de l'immunité acquise par l'inoculation à l'aide de l'hypothèse suivante :

Il suppose « à l'organisme humain et à celui de quelques animaux une prédisposition innée qui est sous la dépendance d'un élément particulier, dont les molécules sont doués de la réceptivité virulente. Cet élément circule avec les liquides de l'économie et se présente, dans un temps donné, aux différentes parties du corps, suivant ainsi le mouvement des globules sanguins. Tant que ses parties intégrantes ne sont point altérées, sa composition reste normale, il est à l'état neutre, complétement inoffensif; mais, sous l'influence d'une élaboration spéciale..., ces parties subissent une altération, une décomposition qui décèle le principe virulent, et le met dans des conditions favorables à son action. »

Or, tout chancre est un « véritable laboratoire virulent dans lequel l'élément en question vient peu à peu se décomposer; le virus qui naît de cette élaboration filtre à travers le crible chancreux et s'épanche au dehors, mêlé au pus. » Aussi, si l'on inocule à la fois ou successivement, mais à de courts intervalles, un grand nombre de chancres, « on multiplie les centres d'élaboration et l'on active ainsi la décomposition des molécules organiques doués de réceptivité. En continuant les inoculations, on finit par épuiser ces molécules, le travail de virulence faiblit alors à chaque inoculation, et il n'est bientôt plus possible de développer un chancre. » Voilà pour l'immunité à la contagion. Nous ne suivrons pas M. Robert dans les corollaires de cette hypothèse, à l'aide desquels il cherche à expliquer la guérison de la syphilis constitutionnelle par la syphilisation, et que nous craignons de n'avoir pas toujours bien compris. Nous sommes dans la nécessité de renvoyer à cet égard à l'original.

Le mémoire de M. Robert, lu à la Société de médecine de Marseille, a été suivi au sein de cette Société d'une discussion fort animée qui a occupé plusieurs séances, et à laquelle ont pris part MM. Pirondi, Roux fils (de Brignolles), Chapplain et Beullac. Dans cette discussion, qui s'est plus d'une fois écartée du sujet principal, les opinions théoriques de M. Robert ont été critiquées aussi vivement que les faits, au nombre de six, qu'il avait communiqués à la Société. Nous nous bornons à relever que, d'après MM. Roux et Chapplain, tous les malades cités par M. Robert avaient encore à leur sortie des accidents syphilitiques, ou bien qu'il a été constaté chez eux des rechutes, et que, d'autre part, tous ont séjourné dans les hôpitaux beaucoup plus longtemps que ceux soumis au traitement mercuriel. Il ne paraît pas, d'après les comptes rendus d'ailleurs peu détaillés, que M. Robert se soit attaché à réfuter cette partie de l'argumentation de MM. Roux et Chapplain. (*Bulletins de la Société de médecine de Marseille*, 1859, n° 4.)

Traitement des névralgies par les applications locales d'éther, par M. le docteur Betbeder.

M. Betheder a communiqué à la Société de médecine de Bordeaux (séance du 17 octobre) une série d'observations de névralgies récentes des plus douloureuses qui ont été calmées immédiatement par un mode particulier d'affusions d'éther sur les points les plus douloureux, qu'il emploie depuis quelques années, et auquel il croit devoir attribuer une efficacité supérieure à celle des méthodes ordinairement usitées.

Ce procédé consiste à verser des doses un peu fortes d'éther sur le point le plus douloureux, 15, 30 et 60 grammes, et à l'y retenir au moyen d'un petit carré de linge placé d'avance, tenu exactement collé à la peau, sans qu'aucun pli puisse s'en écarter, et aidé en faisant tenir ce linge par une personne qui appuie les doigts sur le pourtour du carré du linge. Tout l'éther versé est ainsi tenu en contact avec la peau. On le verse sur le linge par petites quantités; on suspend une minute pour le laisser évaporer; on verse encore, et l'on suspend de nouveau alternativement. M. Betbeder fait des applications semblables sur un second, sur un troisième point douloureux, etc., s'il en existe de très prononcés.

Dans les névralgies récentes, il dit avoir obtenu presque toujours un calme notable, souvent immédiat, instantané, et assez souvent aussi définitif, sans retour de la douleur.

Dans les névralgies anciennes, l'effet a été beaucoup moindre, mais cependant assez notable dans plusieurs cas. (*Union médicale de la Gironde*, n° 11, 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de physiologie, par M. le professeur F.-A. Longet, 2e édition, t. I, 3e partie complète; 2e partie, fascicules I et II, et t. II complet. Paris, Victor Masson, 1860.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

La nouvelle édition du second volume de M. Longet ne pouvait être une simple réimpression de la première : les progrès incessants de la science physiologique nécessitaient des additions et des changements nombreux, que l'auteur a su introduire dans son ouvrage sans en modifier le cadre, depuis longtemps devenu classique.

Ce volume commence par l'étude du sens de la vue. Nos lecteurs connaissent la supériorité avec laquelle est traité ce chapitre, qui est assurément un des plus beaux de tout l'ouvrage. Dans la nouvelle édition, nous n'avons à signaler qu'une addition importante à l'article *Adaptation*. M. Longet admet sans restrictions les conclusions de Helmholtz, dont les observations précises font consister les changements opérés pendant l'adaptation dans des modifications de la forme du cristallin. Mais il range parmi les théories pures toutes les explications qui ont été mises en avant pour rendre compte, et du mécanisme suivant lequel s'opèrent ces changements de courbure, et des agents qui les produisent. Si l'on ne peut se refuser à reconnaître la sagesse de ces appréciations, nous ne saurions cependant partager les doutes de M. Longet relativement à la nature musculeuse de ce qu'on avait appelé autrefois le ligament ciliaire. Il est à remarquer également que les conclusions de Helmholtz impliquent nécessairement la négation de la chambre postérieure, l'iris ne pouvant être poussé en avant par le cristallin que s'il est appliqué directement sur la face antérieure de cette lentille.

A propos des dimensions du globe oculaire et de ses diverses parties, nous ferons remarquer que M. Longet reproduit dans cette édition les mesures données par Krause en 1832, malgré la critique très vive dont ces mesures ont été l'objet dans ces dernières années. M. Longet se sera sans doute assuré, comme nous, que ces critiques sont loin d'être fondées, et que, faute d'avoir lu le mémoire de Krause, on a prêté à cet anatomiste des opinions qui ne sont nullement les siennes.

Dans l'étude du tact, M. le professeur Longet a su rendre justice aux recherches intéressantes de M. Landry, tout en combattant l'hypothèse de plusieurs ordres distincts de fibres nerveuses tactiles, mise en avant par ce jeune physiologiste pour expliquer les diverses espèces de sensations que le toucher peut nous faire percevoir. M. Longet fait remarquer que le nerf optique donne, non-seulement la notion de la forme, mais aussi celle de la couleur, de la saillie, de l'éclat, etc.; et dans le son, le timbre et le ton sont destinés à impressionner différemment le même nerf auditif; ces diverses sensations, fournies par un conducteur unique, ne diffèrent pas moins les unes des autres, dit M. Longet, que les sensations de contact, de température, d'activité musculaire, de douleur. Mais M. Landry répondra probablement que les divers sens dans lesquels il veut décomposer le sens complexe du tact, ont été vus paralysés isolément, ce qui indique des conducteurs spéciaux pour chacun d'eux, tandis que rien de semblable n'a été observé, que nous sachions, pour le sens de la vue ou de l'ouïe. Mais, dans tous les cas, l'opinion soutenue par M. Landry resterait à l'état d'hypothèse, jusqu'à ce que l'anatomie ait appris à distinguer, parmi les tubes nerveux d'un nerf tactile, ceux qui sont affectés à chaque espèce de sensations.

C'est sans doute parce que nous ignorons encore complétement quelles sont les véritables fonctions *des corpuscules du tact*, trouvés dans les papilles de toutes les régions les plus sensibles, que M. Longet n'a pas donné la moindre mention à ces petits organes.

C'est dans l'étude des fonctions du système nerveux central que l'on s'attendait à trouver les changements les plus considérables; au point que quelques personnes se figuraient qu'il serait impossible à l'auteur de conserver rien de ce qu'il avait écrit sur ce sujet; grand sera leur étonnement quand ils verront, non-seulement que M. Longet n'a rien changé au plan général de son ouvrage, et qu'il a pu conserver tout son cadre primitif, mais encore que dans ce cadre il a pu grouper sans violence tous les faits qui ont été observés depuis la publication de ses premiers travaux, et que, quant aux conclusions de ces derniers, il lui a suffi de restreindre un peu quelques déductions qui semblaient en découler logiquement, pour les mettre en concordance parfaite avec les faits nouveaux qui, au premier abord, semblaient devoir les renverser. C'est le privilége des observations bien faites, de subsister, quel que soit le sort des théories qu'on avait bâties sur elles, et de prendre seulement une autre physionomie, lorsque ces théories sont ruinées par des observations nouvelles. « Si nous distinguons avec soin, dit M. Longet, les résultats immédiats des expériences, des conclusions qu'on en a tirées, nous arriverons à reconnaître qu'il ne s'agit là que d'une apparente incompatibilité : des faits autrefois bien constatés ne sauraient cesser d'être vrais en présence de nouvelles données également reconnues exactes; le tout est de découvrir leur véritable rapport et de donner à ces différents faits leur véritable interprétation. »

On trouvera plus d'une fois, dans le courant de ce volume, la preuve de cette vérité. Tout le monde, en le lisant, reconnaîtra que si M. le professeur Longet défend avec une légitime persistance ce qui lui appartient, quand il le croit l'expression de la vérité, il admet aussi avec une franchise digne du caractère qu'on lui connaît tous les faits démontrés, quelque opposés qu'ils puissent être avec ses théories.

C'est ainsi qu'il a été conduit à admettre de nouveau la *sensibilité récurrente*, qu'il avait découverte lui-même en 1839, et que, n'ayant pu retrouver depuis lors, il avait mise en doute, jusqu'à ce que M. Cl. Bernard eût fait connaître toutes les conditions essentielles à la manifestation de cette propriété *si mobile*. De ces conditions, la plus importante, sans contredit, est d'éviter à l'animal sur lequel on expérimente, les pertes de sang abondantes et les douleurs trop prolongées. M. Cl. Bernard a démontré, en outre, que ces relations entre les racines sensitives et motrices de la moelle ont lieu *au delà du ganglion spinal*, peut-être même à la périphérie. M. Schiff veut, au contraire, que cette marche rétrograde des fibres sensitives commence au niveau des grands plexus qui existent à la racine des membres, tandis que M. Brown-Séquard attribue la douleur provoquée par l'irritation d'une racine motrice détachée de la moelle à la violente contraction musculaire déterminée par cette irritation. Citons enfin la théorie de M. Gubler, dans laquelle le fluide nerveux parcourrait un cercle complet, de la moelle à la périphérie et de la périphérie à la moelle, mais en se modifiant au moment où il traverse les cellules ganglionnaires de la moelle ou les cellules analogues réparties dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, exactement comme le fluide élec-

trique, entravé dans sa marche, se transforme en chaleur et lumière.

Lorsque Ch. Bell eut établi expérimentalement que les racines antérieures et les racines postérieures des nerfs spinaux jouissent de propriétés distinctes, M. Longet démontra par des faits irréfragables cette vérité, qui n'est nullement démentie par les progrès récents dans la physiologie de la moelle, qu'il y a dans la moelle des parties sensibles, des parties insensibles, mais dont la stimulation détermine des contractions musculaires, et enfin des parties qui n'offrent ni l'un ni l'autre de ces caractères. Mais de ce que les cordons antérieurs et les cordons postérieurs de la moelle jouissent de quelques propriétés analogues à celles des racines antérieures et des racines postérieures des nerfs, il n'était nullement permis de conclure qu'ils remplissent des fonctions identiques, en d'autres termes qu'ils sont les conducteurs, dans la moelle, de l'incitation nerveuse qui produit la contraction musculaire, et des impressions qui donnent lieu à la sensation. Des physiologistes, parmi lesquels nous citerons surtout M. Brown-Séquard, ont vu que, malgré la section des cordons postérieurs, les animaux restent sensibles aux impressions douloureuses des parties situées au-dessous de la lésion; qu'après cette opération la sensibilité y est même plus vive qu'à l'état normal, et enfin que cette sensibilité disparaît quand on coupe la substance grise centrale de la moelle; c'est donc à cette partie centrale qu'est dévolue la fonction de transmettre à l'encéphale les impressions sensitives. M. Longet, il est vrai, s'appuyant sur les expériences de M. Schiff, établit une distinction entre les impressions de *douleur* et celles de simple *contact*: les premières arriveraient à l'encéphale spécialement par l'entremise de l'axe gris, tandis que les secondes lui parviendraient par la substance blanche des faisceaux postérieurs. Ces expériences il est vrai, sont en opposition avec celles de M. Brown-Séquard, qui a vu, après la section de ces faisceaux postérieurs, la sensibilité tactile, aussi bien que la sensibilité à la douleur, persister et même s'exagérer dans les parties situées au-dessous de la lésion.

Mais la pathologie viendrait à l'appui de l'opinion de M. Schiff: « Il est des malades chez lesquels un ou plusieurs membres ne sont » plus capables de sentir les brûlures et les piqûres, par exemple, » pendant que le moindre attouchement est perçu comme à l'état » normal : cet état a été désigné sous le nom d'*analgésie*. Réci» proquement, il est aussi d'autres malades chez lesquels la sensi» bilité tactile est absolument perdue, les impressions douloureuses » faites aux téguments sont perçues avec une grande vivacité. » Une observation pathologique fort remarquable sous ce dernier rapport, et qui s'accorde bien avec le résultat des précédentes expériences de M. Schiff, a été publiée récemment par M. Luys : chez une femme percevant à un haut degré les impressions de *douleur*, mais n'ayant aucune conscience des impressions de *contact*, M. Luys trouva, à l'autopsie, les *cordons blancs postérieurs* de la moelle ramollis, et *son axe gris* intact.

Au sujet de l'entre-croisement de certains éléments conducteurs dans la moelle, M. Longet fait ressortir une contradiction singulière qui existe entre les anatomistes et les pylsiologistes. Tous les micrographes qui, dans ces dernières années, ont étudié cette question, sont unanimes pour admettre *l'entre-croisement des éléments moteurs* dans toute la longueur de la moelle épinière; et pourtant, chose singulière, la même unanimité se retrouve parmi les expérimentateurs pour affirmer que la transmission du mouvement est *directe* dans cet organe. Réciproquement, l'examen microscopique a conduit des observateurs très habiles à signaler dans la moelle le *non-entre-croisement des éléments sensitifs*; et voilà encore que, contradictoirement, l'expérimentation tend à établir que, dans cet organe, la transmission des impressions sensitives est *croisée*. Il est à souhaiter que de nouvelles observations viennent bientôt rétablir l'accord entre deux sciences destinées naturellement à s'éclairer l'une l'autre.

Quel est, dans la moelle, l'intermédiaire entre la volonté et les muscles? « La section des cordons antérieurs ne fait pas disparaître les mouvements volontaires dans les parties situées au-dessous de la lésion, et les expériences de MM. Stilling, Valentin, Van Deen et Schiff établissent « que la substance grise n'est pas étrangère à l'exécution des ordres de la volonté. Mais, d'autre part, ainsi que nous l'avons observé nous-même, MM. Van Deen et Schiff, après avoir coupé transversalement toute la moelle, *excepté ses cordons blancs antérieurs*, ont vu le train postérieur accomplir encore des mouvements manifestement volontaires... Par conséquent, si d'un côté il y avait de l'exagération à regarder avec Ch. Bell les cordons blancs antérieurs comme le tronc commun des racines motrices, et les cordons postérieurs comme celui des racines sensitives, évidemment, d'un autre côté, il y aurait aussi exagération et erreur à soutenir que l'axe gris de la moelle, à cause de ses connexions avec les deux ordres de racines, représente l'agent essentiel ou l'unique conducteur de la volonté aux muscles et des impressions au cerveau. La vérité est que, pour l'accomplissement normal et complet de la sensibilité ou des mouvements volontaires, il faut le conflit et l'action simultanée de la substance grise et des cordons blancs postérieurs et antérieurs de la moelle épinière. »

On connaît la différence qui avait été signalée par M. Longet entre les nerfs purement moteurs et les nerfs mixtes, relativement à leur manière de réagir sous l'influence de l'électricité, les premiers ne donnant lieu à des contractions qu'au commencement du courant inverse et à l'interruption du courant direct, tandis que les seconds produisaient des contractions au commencement du courant direct et à l'interruption du courant inverse. MM. Rousseau et Martin Magron ont cherché à prouver que cette diversité tient uniquement au défaut d'isolement des racines motrices adhérentes à la moelle, que l'on choisissait pour type des nerfs purement moteurs, et à l'établissement d'un courant dérivé, de sens opposé à celui du courant principal, lequel détermine alors la contraction. M. Longet repousse ces allégations; mais avant de prendre un parti définitif, il se propose de répéter ses expériences avec M. J. Regnauld, en se servant d'une pile thermo-électrique permettant d'obtenir des courants constants très faibles et de les graduer exactement.

Il n'est personne qui ne reconnaisse aujourd'hui, avec MM. Budge, les frères Weber et Mayer, qu'en faisant passer le courant énergique d'un appareil d'induction dans le nerf pneumogastrique, on détermine la suspension instantanée des mouvements du cœur. Le nerf spinal, irrité de la même manière vers ses racines, exerce également cette curieuse influence. Quant au grand sympathique, sa galvanisation, loin d'arrêter les battements cardiaques, les accélère. L'interprétation de ces deux phénomènes a été essayée diversement : faut-il admettre, avec M. Schiff, par exemple, qu'il y a des nerfs dont l'excitation fait cesser le mouvement des parties qu'ils animent? ou bien, avec M. Brown-Séquard, que l'arrêt du cœur tient à la contraction énergique des vaisseaux sanguins du cœur, sous l'influence de l'excitation de leurs nerfs vaso-moteurs, contraction qui, en privant le cœur de sang artériel, l'empêcherait de fonctionner? « Il est plus rationnel de croire, dit M. Longet, que de pareils résultats s'expliquent par un épuisement nerveux momentané, dû au passage d'un courant énergique. En effet, chez un animal récemment tué, une galvanisation assez faible de la moelle allongée, ou bien une simple excitation mécanique des nerfs vagues, au cou, peut parfois provoquer quelques contractions cardiaques, comme s'il s'agissait de tout autre nerf en rapport avec un organe contractile quelconque. »

Comme additions au chapitre de l'influence des divers agents sur le système nerveux, nous signalerons les articles relatifs au curare, à la nicotine, à la conicine, à la vératrine, et l'analyse des recherches récentes de W. Kuhne sur *l'irritation chimique* comparée des nerfs et des muscles. Ces recherches portent une certaine lumière dans la question de *l'irritabilité musculaire*, considérée comme propriété distincte de l'irritabilité nerveuse.

L'action des nerfs dans les phénomènes de circulation capillaire, de nutrition, de sécrétion et de production de chaleur, s'explique aujourd'hui d'une manière beaucoup plus satisfaisante qu'autrefois, par la présence des fibres nerveuses qui agissent spécialement sur les éléments contractiles des vaisseaux, et qui, pour cette raison, ont reçu le nom de fibres vaso-motrices. M. Longet expose à cet égard les idées généralement admises. Les curieuses recherches de Helmholtz sur la vitesse du fluide nerveux terminent cette étude

générale du système nerveux; elles fournissent un argument de plus et un argument irréfragable contre l'opinion de ceux qui voulaient voir dans le fluide nerveux et le fluide électrique un seul et même agent, ou même deux agents analogues.

Après avoir étudié les fonctions et les propriétés du système nerveux considéré dans son ensemble, M. Longet examine en détail ses diverses parties; à chaque chapitre nous aurions à signaler des additions importantes si nous n'étions arrêté par la crainte de donner à cette rapide analyse des dimensions qu'elle ne doit pas atteindre. Déjà nous avons mentionné quelques-unes de ces additions à l'occasion des considérations précédentes. Nous nous bornerons par conséquent à citer, sans nous y étendre, les expériences de Waller sur les altérations que subissent les tubes nerveux dans les nerfs coupés en travers; les recherches nouvelles de M. Snellen et de M. Schiff sur les altérations de l'œil après la section de la cinquième paires; les expériences de M. Cl. Bernard relatives à l'influence du pneumogastrique sur la production du sucre dans le foie, et à celle du facial sur la sécrétion salivaire.

La physiologie du grand sympathique, toujours si obscure, a fait cependant des progrès importants depuis la première édition de l'ouvrage de M. le professeur Longet : on remarquera surtout les travaux de MM. Budge et Waller relatifs à l'action du grand sympathique sur l'iris, et ceux de M. Cl. Bernard sur les rapports du même nerf avec la calorification.

La dernière partie du volume, enfin, celle qui a trait au développement, s'est également enrichie de documents importants. Nous nous contenterons de rappeler les recherches de M. Godard sur le sperme, celles de M. Rouget sur les organes érectiles, les nouveaux travaux de MM. Barry, Keber, Meissner, sur la pénétration du spermatozoïde dans l'œuf, et ceux de M. Coste sur toutes les parties de la science du développement.

Ces additions et ces changements donnent à ce volume un intérêt tout nouveau, et le rendent encore plus digne de l'accueil favorable qui a été fait à la première édition.

MARC SÉE.

VI

VARIÉTÉS.

A la suite d'un concours que nous avons annoncé dans un de nos derniers numéros, notre excellent collaborateur, M. Ollier, vient d'être nommé, à l'unanimité, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Nous en sommes aussi heureux que peu surpris.

— Un concours pour une place de prosecteur d'anatomie à l'École pratique s'ouvrira le 2 avril prochain. Les aides d'anatomie et tous les élèves de l'École pratique de troisième année, les docteurs exceptés, sont admis à concourir. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er avril 1861.

— Un concours pour une place d'aide d'anatomie s'ouvrira également le 2 avril. Tout élève en médecine est admis au concours. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er avril 1861.

— Le membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique appartenant à la Faculté, M. Paul Dubois, vient de voir terminer son mandat. La Faculté, chargée de pourvoir à son remplacement, a présenté ses candidats dans l'ordre suivant, savoir : MM. Denonvilliers, Velpeau et Laugier. M. le préfet de la Seine a choisi M. Velpeau.

— M. le docteur Auzouy, médecin en chef de la division des hommes à l'asile de Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile des aliénés de Pau, en remplacement de M. le docteur Chambert, démissionnaire pour cause de santé.

— Un nouvel organe de la médecine portugaise vient de paraître à Porto, sous le titre de *Gazeta medica do Porto*. Ce journal est publié par M. Gouvêa Ozorio, professeur à l'École médico-chirurgicale de cette ville, avec la collaboration de plusieurs autres professeurs.

— Un grand nombre de médecins du département de Saône-et-Loire se sont constitués en Société locale agrégée à l'Association générale, le 15 de ce mois, à Mâcon. M. Bouchard a été désigné pour la présidence; M. Perusset a été nommé vice-président; M. Aubert, trésorier; M. Jambon, secrétaire.

— Quarante-sept médecins du département de la Vienne se sont réunis à Poitiers, le 16 mars dernier, et ont adopté les statuts d'une société locale agrégée à l'Association générale. M. le docteur Barilleau, directeur de l'École de médecine de Poitiers, a été désigné comme président. Ont été élus, vice-président, M. Le Vieil de la Marsonnière; secrétaire, M. Jules Delaunay; trésorier, M. de Morineau.

— La Société médico-psychologique, dans sa séance du 26 de ce mois, a entendu la lecture du rapport de la commission chargée de juger les travaux envoyés au concours pour le prix proposé par l'honorable M. Ferrus (*sur le crétinisme*). La commission n'a pas jugé qu'il y eût lieu de décerner ce prix. Mais la Société a accordé, sur sa proposition, et à titre d'encouragement, une médaille de la valeur de 100 fr. à M. Manuel Leven, interne des hôpitaux de Paris.

La question sera remise au concours. Une nouvelle commission a été nommée pour en formuler de nouveau les termes.

— L'annexion de la Savoie présente un certain intérêt pour la médecine française, et surtout pour la Faculté de Strasbourg; elle restitue à notre patrie le lieu de naissance d'un de nos plus illustres professeurs, Fodéré, né à Saint-Jean-de-Maurienne, petite ville de la Savoie, dans laquelle une souscription publique lui a élevé une statue.

— M. P.-H.-N. Duvivier, chirurgien en chef de la maison civile et militaire du roi Charles X, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Paris.

— Le musée de l'École préparatoire d'Alger vient d'hériter du bel herbier de M. Clauson, botaniste à Bou-Ismaël.

— M. Ringk (de Schaffhouse) vient de publier des recherches statistiques desquelles il résulte qu'il y aurait en Suisse, sur une population de 2,392,740 âmes, 1,419 médecins, dont 951 ayant leurs pharmacies particulières, 280 pharmaciens, 781 vétérinaires, 44 dentistes, et 730 personnes exerçant la petite chirurgie (neuf cantons seulement n'en ont pas).

— Par décret du 7 février 1860, l'empereur d'Autriche a nommé M. Jules Roux, 1er chirurgien en chef de la marine impériale à Toulon, commandeur de l'ordre de François-Joseph, et M. Arlaud, 2e chirurgien en chef, officier du même ordre.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

CAMPAGNE D'ITALIE DE 1859, lettres médico-chirurgicales écrites du grand quartier-général de l'armée, par le docteur *A. Bertherand*, médecin principal de première classe. In-18. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

PROGRÈS DE LA SÉRICICULTURE, DÉGÉNÉRATION DES VERS A SOIE, MOYENS POUR RECONNAITRE LA GRAINE FALSIFIÉE, par *E. Kaufmann*. In-8. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

RECHERCHES SUR L'HYPNOTISME OU SOMMEIL NERVEUX, comprenant une série d'expériences instituées à la Maison municipale de santé, par MM. les docteurs *Demarquay* et *Giraud-Teulon*. In-8 de 56 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Les ouvrages suivants se trouvent chez Labé, à Paris :

DE LA LIGATURE EXTEMPORANÉE ET DE SA SUPÉRIORITÉ SUR L'INSTRUMENT TRANCHANT POUR L'EXTIRPATION DE TOUTES LES TUMEURS PÉDICULÉES OU PÉDICULABLES, AVEC DESCRIPTION DES INSTRUMENTS NOUVEAUX DESTINÉS A SON EXÉCUTION, par le docteur *Maisonneuve*. Grand in-4 avec planches. 6 fr.

LA MÉDECINE DES PASSIONS, OU LES PASSIONS CONSIDÉRÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES MALADIES, LES LOIS ET LA RELIGION, par le docteur *J.-B.-F. Descuret*. 3e édition. 2 vol. in-8. 12 fr.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, par le docteur *Aran*, recueillies par le docteur *Gauchet* et revues par l'auteur. Troisième et dernière partie, de 470 pages. 5 fr.

L'ouvrage complet, in-8 de 1104 pages. 13 fr.

NOUVEAU DICTIONNAIRE LEXICOGRAPHIQUE ET DESCRIPTIF DES SCIENCES MÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES, SUIVI D'UN VOCABULAIRE BIOGRAPHIQUE, par *Raige-Delorme*, *C. Daremberg*, *H. Bouley*, *J. Mignon* et *Ch. Lamy*. Grand in-8 à deux colonnes. 4e livraison, de 288 pages. 3 fr. 50

Les livraisons 1 à 3. 11 fr. 50

La cinquième et dernière livraison paraîtra en 1860.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX ; 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 6 AVRIL 1860. N° 14.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret du 24 mars 1860, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, et du ministre de l'Algérie et des colonies, les étudiants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, par exception aux dispositions du premier paragraphe de l'article 1er du décret du 23 août 1858, ne sont tenus de produire le diplôme de bachelier ès sciences, restreint pour la partie mathématique, qu'au moment de prendre la 5e inscription.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 5 avril 1860.

IODISME CONSTITUTIONNEL : PUBLICATION INTÉGRALE DU MÉMOIRE DE M. RILLIET. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE : DISCUSSION SUR LA MORVE ; CONCLUSION. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON : OPÉRATION DE LA FISTULE LACRYMALE — SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES : INOCULABILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS. — ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ÉTIENNE : DE L'OPPORTUNITÉ D'UNE PROMPTE EXTRACTION DU PLACENTA. — QUELQUES MOTS SUR L'HYPNOTISME.

Nous commençons aujourd'hui la publication *intégrale* du mémoire qui occupe en ce moment l'Académie de médecine : le mémoire de M. Rilliet sur l'*iodisme constitutionnel*. Nous regrettons de n'avoir pu l'insérer au début de la discussion, mais nous n'en disposons que depuis quelques jours.

Afin de hâter la publication de ce long travail, où l'on trouvera une réponse à la plupart des objections adressées aux idées et aux observations de l'auteur, nous donnerons successivement et coup sur coup deux suppléments. Nous pourrons ainsi doter la presse médicale de France d'un document des plus importants sans qu'il en coûte rien aux exigences habituelles de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

— Nous avons, dans notre numéro du 27 janvier, parlé de la

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

SOMMAIRE. — La discussion sur l'iodisme à l'Académie de médecine. — Réflexions philosophiques sur les beaux discours. — Question biblique. — Conclusion de l'épisode Longet. — Triomphe de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. — Les concours ; incidents et péripéties. — Noblesse des médecins et des avocats.

L'Académie est décidément tombée en *iodisme*, non pas l'*iodisme de dehors en dedans* de M. Rilliet, ni l'iodisme de *dedans en dehors*, — tous deux passagers, — mais bien l'iodisme *en dedans*, c'est-à-dire le vrai et authentique iodisme constitutionnel, qui est chronique de sa nature. Sur une question à peu près inconnue ici, particulièrement à l'Académie, et qui est tombée de Genève comme un aérolithe, il semblait qu'il n'y en eût pas long à dire. Voilà pourtant déjà trois ou quatre séances consacrées à l'examen de cette curiosité. On pouvait croire que celle de mardi serait la dernière, puisque M. Trousseau devait résumer la discussion. Mais dans huit jours, M. Chatin, et d'autres peut-être, répliqueront à ce résumé : après quoi il est possible que M. Trousseau résume le second acte du débat ; de sorte que, en résumé, nous en avons encore pour une ou deux séances. *Il faut espérer*, toutefois, que nous en serons quitte en un jour : le mot est de M. le président, dont la langue ne se gêne pas plus que le couteau de bois.

Le disert professeur de thérapeutique a été, comme toujours, animé, spirituel, habile à tenir son auditoire en haleine. Bien qu'il ne soit pas toujours resté dans la juste appréciation des choses, — on essayera peut-être de le démontrer ailleurs, — il faut reconnaître qu'il a obtenu un vrai succès. Succès trop grand, si l'on s'en rapporte au sentiment d'un académicien qui n'est pas novice non plus dans les joutes de la parole. M. Malgaigne soupçonne chez son collègue un petit calcul de coquetterie. Pourquoi n'avoir pas consigné tout de suite dans le rapport les faits, les arguments, qui peuvent le mieux donner une idée nette de la question posée, et le mieux éclairer la

discussion sur le *diagnostic de la morve*, qui a occupé l'Académie de médecine de Belgique, à l'occasion d'un rapport demandé par M. le ministre de la guerre. On se rappelle que l'entente n'avait pas pu s'établir sur la question de savoir s'il existe des symptômes caractéristiques de la morve naissante. Sur la proposition de M. Vleminckx, une commission composée de MM. Vleminckx, Lebeau, Gaudy, Pétry et Verheyen, fut chargée de présenter un rapport tendant à préciser l'époque à laquelle il est de l'intérêt public qu'un animal réputé morveux soit abattu.

Voici la conclusion qui a été proposée par la commission et adoptée par l'Académie après de nouveaux débats :

Abattre tout cheval de troupe ayant dépassé l'âge de six ans et qui, pendant deux mois consécutifs, aura présenté une induration des glandes de l'auge, un jetage mucoso-purulent par un ou par les deux naseaux, une tuméfaction et la pâleur de la muqueuse nasale.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Vleminckx, cette mesure est empirique, mais elle sera efficace et préviendra plus d'un malheur. La solution scientifique de la question était devenue impossible, car il y avait réellement, parmi les honorables vétérinaires de la Compagnie, *tot capita tot sensus*, relativement aux symptômes qui précèdent le glandage, le jetage et le chancrage.

En ce qui concerne la caractéristique de la maladie, notamment l'existence et la valeur des *granulations*, l'Académie a voté quelques propositions de la commission, tendantes à décider que des délégués de l'Académie, seront chargés de vérifier dans les casernes, à Anvers, Bruxelles, Malines, Gand, Liége et Louvain, les faits d'anatomie pathologique annoncés par M. Verheyen; conséquemment de rechercher les *granulations* chez les chevaux *jeteurs* et *glandés;* de les rechercher sur la muqueuse nasale, dans les sinus maxillaires et frontaux; puis, quand on les aura bien examinées, de s'assurer si elles ne se rencontrent pas également chez des chevaux sains; enfin de constater les diverses altérations des fosses nasales, des sinus, des poumons, du foie, de la rate et des reins. Les résultats de ces investigations seront adressés au bureau, qui en confiera le dépouillement à une commission, et cette commission en fera un rapport à l'Académie.

— Dans le cas de fistule lacrymale, quand la dilatation du canal est impossible, et qu'il s'agit d'ouvrir aux larmes un passage artificiel dans les fosses nasales, la difficulté bien connue, et parfois l'inconvénient sérieux de l'opération viennent du défaut de point d'appui, qui expose à briser l'os unguis en le perforant de dehors en dedans. Hunter avait imaginé d'introduire par la narine une plaque de corne pour soutenir l'effort de l'emporte-pièce. Mais ce moyen ayant été délaissé comme impraticable, on s'est ingénié à y suppléer. Les chirurgiens de Lyon se sont particulièrement distingués dans cette recherche, et tout le monde connaît, par exemple, le procédé de M. Reybard, consistant dans l'emploi d'une vrille enfoncée dans l'os, et servant à le soutenir pendant qu'on le troue avec une canule tranchante.

C'est encore un confrère de Lyon, M. Foltz, qui, dans un mémoire présenté à la *Société de médecine* de la même ville (*Gazette médicale de Lyon*, 1860, n° 4), est venu présenter un nouvel instrument pour la même opération, mais cette fois pour défendre l'idée de Hunter et offrir un moyen de la réaliser.

M. Foltz, dans une longue description anatomique, met en relief deux dispositions principales des fosses nasales : d'une part, la direction verticale d'une partie du méat moyen; de l'autre, la position de l'apophyse unciforme de l'ethmoïde, qui double, en quelque sorte, l'os unguis, ainsi que la tendance qu'ont les cellules ethmoïdales à se développer en avant. Voici ce qu'il dit sur chacun de ces points :

Le cornet moyen, au lieu de s'avancer comme le cornet inférieur jusqu'à l'orifice antérieur des fosses nasales, est brusquement interrompu et comme tronqué à 2 centimètres en arrière de ce bord, disposition qui lui donne, au lieu de la forme en fuseau de son congénère, la forme d'un triangle dont le sommet est dirigé en arrière et la base en avant. Cette disposition en entraîne une autre non moins remarquable dans le méat moyen. Celui-ci, après un trajet horizontal le long du bord inférieur du cornet, change tout à coup de direction et devient vertical le long de son bord antérieur. De là deux portions dans le méat moyen : l'une *horizontale*, bien connue; l'autre *verticale*. Le méat moyen se continue en avant avec une surface légèrement concave qui, allant jusqu'à l'orifice antérieur des fosses nasales, mériterait le nom de *vestibule* du méat moyen, que nous proposons de lui donner...

Le bord antérieur (de l'apophyse unciforme), qu'il nous importe surtout de connaître, est convexe et dentelé, et s'avance plus ou moins sur la face interne de l'os unguis, dont il laisse ordinairement à découvert, ainsi que nous l'avons dit, la partie antérieure et inférieure, c'est-à-dire celle qui correspond au tiers inférieur de la gouttière lacrymale et à l'origine du canal nasal. Mais ce bord présente de nombreuses variétés individuelles qui changent les rapports de l'apophyse unciforme avec l'os unguis et sur lesquelles nous devons appeler l'attention. En effet, les dentelures dont il est

---

solution? Pourquoi réserver le meilleur de ce que l'on doit dire pour la clôture? Quel est enfin ce jeu, qui consiste à n'allumer sa lanterne que tout près de la porte de sortie, quand tout le monde s'est entre-choqué un mois durant dans les ténèbres? Il y a un fond de vérité dans cette remarque de M. Malgaigne. Le rapport avait laissé une trop grande incertitude, sinon sur la caractéristique de l'iodisme constitutionnel, au moins sur la fréquence relative que lui attribue M. Rilliet, et sur la signification des faits produits. Le discours a complété le rapport. M. Trousseau a-t-il voulu en effet se ménager un coup de maître en dissimulant ses armes jusqu'au dernier moment, ou simplement réparer une faute? Y a-t-il eu, de sa part, préméditation ou repentir? Le feuilleton ne lit pas dans le fond des cœurs. Tout ce qu'il lui est permis de dire à ce sujet, sans application particulière, c'est que si, dans les assemblées délibérantes, où M. Trousseau a pu apprendre à imiter les ruses des orateurs et M. Malgaigne à les dénoncer, il est assez d'usage de tout subordonner à son triomphe personnel, ce manége conviendrait peu aux luttes scientifiques, et serait tout à fait blâmable chez un rapporteur dont le premier soin doit être de découvrir immédiatement tout le terrain de la discussion, afin que chacun sache bien sur quoi, en quel sens et dans quelles limites, on lui demande de donner son avis.

Et ceci nous amène à une observation plus générale. Les luttes oratoires dans une Académie de médecine ont un *beau* plutôt qu'un *bon* côté. Elles donnent de l'animation, du piquant, de la popularité à la compagnie. Mais on y vient pour entendre un orateur, non pour s'instruire, et ces longs et brillants discours, dont chacun remplit une séance, qui répondent plus souvent *ad hominem* que *ad rem*, ou qui, ne répondant directement à rien ni à personne, sont comme autant de solos exécutés sur des airs différents, ces beaux discours éloignent de la discussion plus d'un esprit modeste et sûr qui dirait son mot autour d'un tapis vert ou sur une banquette, et qui n'ira pas le dire à la tribune encore retentissante de la dernière péroraison. C'est simplement un fait que nous signalons sans en tirer de conséquence. Il n'y aurait d'autre moyen de prévenir le mal que de limiter la durée du discours; partout où l'on a tâté

festonné se prolongent, chez certains sujets, par de petites languettes qui gagnent l'apophyse montante du sus-maxillaire et le cornet inférieur avec lesquels elles s'articulent. Chez d'autres, et notamment chez les sujets âgés, le bord antérieur s'avance tellement que l'apophyse unciforme recouvre l'os unguis dans sa totalité et vient s'articuler dans toute l'étendue de ce bord avec la lèvre interne de la gouttière du sus-maxillaire et le bord supérieur du cornet inférieur. Dans ces cas, le méat moyen n'est plus séparé de la gouttière lacrymale par le seul os unguis, mais par deux lamelles osseuses adossées, l'unguis en dehors, l'apophyse unciforme en dedans, interceptant entre elles des cellules qui ne sont que la prolongation des cellules antérieures de l'ethmoïde. Ces cellules sont larges en haut et en arrière, où les deux lamelles sont écartées de 5 à 6 millimètres, très étroites en bas et en avant, où les deux lamelles se rapprochent jusqu'au contact, en s'articulant avec l'apophyse montante du maxillaire et celle du cornet inférieur.

Si ces dispositions sont telles que les indique M. Foltz, on en comprend de suite les conséquences chirurgicales, quant au lieu précis de la perforation et quant au mode opératoire. Il faut perforer le canal hors du champ des cellules ethmoïdales et de l'apophyse unciforme, pour avoir affaire à une paroi mince, qui sera aisément trouée, et où le périoste sera plus sûrement détruit. Le point d'élection correspond dès lors au tiers inférieur de la gouttière lacrymale. On peut, en outre, porter sur ce point, grâce à la direction verticale du méat moyen, une tige destinée à soutenir la pièce osseuse pendant qu'on l'attaquera extérieurement. Un seul instrument permet de remplir ces deux indications.

C'est un davier armé d'un emporte-pièce et modifié de manière à s'adapter convenablement aux parties à perforer. Il se compose de deux branches croisées par une articulation, après laquelle elles sont droites, longues de 35 à 40 millimètres, épaisses de 5 à 6, et écartées l'une de l'autre de 14, lorsque l'instrument est fermé. L'une des branches, destinée à servir de point d'appui dans les fosses nasales, porte à sa base une sorte de crochet recouvrant l'articulation, et propre à refouler le bord de la narine et à le préserver du pincement. A son extrémité, légèrement aplatie et amincie, se trouve une plaque de maillechort sur laquelle doit agir le tranchant de la canule. L'autre branche est armée d'une canule emporte-pièce d'environ 14 millimètres de long, sur 4 de diamètre, vissée à angle droit sur son extrémité, et coupant par pression et par un mouvement circulaire qu'on lui communique à l'aide d'une petite clé.

Le sac préalablement ouvert par le procédé de J.-L. Petit ou celui de Pouteau, on introduit la branche de support dans la fosse nasale, en la dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière, à travers la cavité de la narine, sur la paroi que nous avons nommée vestibule du méat moyen. Le crochet dont nous avons parlé, refoulant la narine et diminuant la distance, permet à l'extrémité de la branche d'atteindre plus facilement le cornet moyen, qui devient ainsi un excellent point de repère pour arriver dans la partie verticale ou antérieure du méat moyen, où doit se faire la perforation. Il suffit, en effet, d'incliner l'instrument en dedans, vers la cloison des fosses nasales, pour que son extrémité glisse sur le bord antérieur du cornet, en dehors de celui-ci, dans le méat. Alors, la canule de l'autre branche est dirigée à travers l'ouverture du sac, jusqu'au fond de la gouttière, et disposée aussi bas et en avant que possible.

On est sûr que l'instrument est bien placé, quand, en le tirant en bas et en avant, on reconnaît que la canule, accrochée par le bord de la gouttière, résiste à ce mouvement.

Cela fait, on serre fortement avec la main les branches du davier; un craquement se fait entendre et annonce la section des parties osseuses; un ou deux tours imprimés à la canule, à l'aide de la clé, achèvent la section des parties molles. L'instrument retiré, la canule contient une rondelle très nettement coupée, dans laquelle on reconnaît les couches superposées des muqueuses, des périostes, de l'os, et jusqu'à la suture qui unit la parcelle de l'unguis à la parcelle correspondante du maxillaire.

Cet instrument ressemble assez, comme on peut voir, du moins dans son principe, à celui que M. Funari a imaginé pour l'opération de la pupille artificielle, et auquel il a donné le nom de *pince à double bascule*. M. Foltz ne peut encore s'étayer d'aucune épreuve clinique. Néanmoins, son procédé, ne fût-ce qu'à cause des considérants anatomiques d'où il découle, nous paraît digne d'une attention sérieuse; d'autant plus que la région à laquelle il est destiné ne laisse pas deviner de plus grandes difficultés, ni de moins bons résultats immédiats dans l'application sur le vivant que dans l'essai sur le cadavre.

— On connait la doctrine de M. H. Lee, chirurgien de *King's College Hospital*, sur les effets de l'inoculation des lésions primitives, doctrine exposée par lui-même dans le dernier volume du MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS; suivant lui, les lésions produites se présentent sous deux formes, l'une ayant les caractères de l'inflammation adhésive, l'autre les caractères de l'inflammation suppurative. La première, déterminant l'infection constitutionnelle, n'est que très difficilement inoculable sur le sujet lui-même; la seconde, ne constituant qu'une affection locale, peut être reproduite indéfiniment, soit sur le même sujet, soit sur d'autres individus. M. H. Lee professe que l'ulcère simplement induré et non suppurant

---

de ce remède, on a été obligé d'y renoncer. Généralement les orateurs à qui l'on essaye de fermer la bouche se plaignent si fort d'être étranglés, qu'on est bientôt obligé de les laisser faire. Il faut donc se résigner; résignation d'autant plus facile qu'elle n'est pas, comme nous venons de le dire, sans compensation. La Sagesse dit qu'il ne faut pas courir après toutes les jouissances à la fois.

M. Malgaigne a relevé aussi dans le discours de M. Trousseau une citation attribuée à la Bible, et que M. Malgaigne a déclaré n'être pas dans les livres saints. — Si fait, a répondu M. Trousseau, elle est dans *les Rois*, je vous la montrerai. — Vous me ferez plaisir... Et nous aussi nous serions curieux de lire dans la Bible qu'un des attributs de l'homme est de *mingere ad parietes*. Que ces mots se trouvent dans *les Rois* à côté des hémorrhoïdes et des *anus* d'or, ou dans le *Lévitique* à côté des menstrues et de la gonorrhée, cela est possible; nous n'avons pas pris la peine de nous en assurer. Mais qu'ils se rapportent à une *définition* de l'homme, voilà ce qui serait tout à fait digne d'intérêt. Et, dans ce cas, sans doute il ne faudrait pas les chercher dans cette poétique histoire des Rois, qui ne comporte guère une définition philosophique de la race humaine.

— Puisque nous avons tenu nos lecteurs au courant de l'épisode-Longet, nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot de la conclusion. Nos lecteurs savent déjà que, la démission ayant été définitivement retirée, M. le ministre de l'instruction publique a accordé à M. Longet un congé d'inactivité jusqu'au mois d'août prochain. Avis de ce congé a été donné à la Faculté par une lettre ministérielle bien faite pour rattacher avec ardeur, et pour toujours, notre confrère à ses fonctions professorales. Cette lettre exprime, dans les termes les plus flatteurs, l'intérêt en quelque sorte patriotique qui s'attache à l'achèvement du *Traité de physiologie* et la difficulté d'allier une si lourde tâche aux exigences de l'enseignement. Le corps médical et les élèves doivent s'applaudir de cette décision, qui donne aux premiers l'espoir de posséder bientôt complète une œuvre trop longtemps attendue, et aux seconds la certitude de conserver un guide sûr et dévoué.

C'est, comme nous l'avons annoncé, notre collaborateur M. Ver-

peut néanmoins, sous l'influence d'une irritation artificielle, sécréter une matière inoculable.

Cette doctrine, qui pourrait être ramenée à peu près, en la dégageant de ses interprétations, à celle des deux espèces de chancre, infectant et non infectant, nous ne voulons pas la discuter aujourd'hui ; mais il a fallu le rappeler comme donnant la clef d'un nouveau travail lu par le chirurgien anglais à la *Société Royale médico-chirurgicale de Londres*, dans la séance du 24 janvier. Le but de ce travail est, en effet, d'établir que les résultats de l'inoculation de certains produits de syphilis secondaire ressemblent beaucoup à ceux que donne l'inoculation de la syphilis primitive adhésive.

L'auteur commence par rapporter trois cas présumés de transmission d'accidents secondaires, où la lésion transmise présenta tous les caractères de l'induration spécifique primitive, sans ulcération. Ces faits sont rapportés par The Lancet en des termes si concis, qu'il est absolument impossible de se former aucune idée sur leur valeur, et nous concevrions très bien que les adversaires de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis n'en tinssent aucun compte. On ne précise pas même le caractère anatomique des lésions qui ont fourni l'agent de la contagion. Quoi qu'il en soit, M. Lee décrit d'une manière générale la forme des altérations déterminées par l'inoculation ou la transmission contagieuse de la syphilis secondaire, et sa description doit être rapprochée de celle qu'ont donnée les médecins français.

Pour M. Rollet (de Lyon) pas de transmission directe d'un accident syphilitique secondaire sans formation préalable d'une ulcération indurée, analogue à celle du chancre primitif. Pour M. Langlebert, une simple érosion suffit, qu'il appelle *érosion syphilitique*. M. Lee, qui non-seulement place le caractère spécifique de la lésion primitive dans l'induration, mais encore regarde l'ulcération comme un accident tout à fait éventuel, croit aussi que la lésion secondaire, en se transmettant par voie directe, peut ne déterminer qu'une induration, et que celle-ci est le phénomène initial et caractéristique de la contagion dans le second cas aussi bien que dans le premier. « Cette forme d'inoculation, dit-il, commence par une inflammation chronique adhésive que circonscrit un rebord induré. Elle peut être saillante à la manière d'une pustule ou d'un tubercule, ou elle peut présenter une induration tout à fait plane. La peau est généralement érodée à la surface, mais l'ulcération *ne fait pas partie essentielle de la maladie*. Les inoculations secondaires donnent fréquemment lieu à l'ulcération, mais souvent aussi elles parcourent toutes leurs phases sans la moindre perte de substance. Quand l'ulcération a lieu, c'est souvent à la période des syptômes constitutionnels qu'elle se montre. » Et plus loin : « Dans cette forme d'inoculation syphilitique secondaire, l'induration apparaît certainement quand il n'existe encore à la peau qu'une légère abrasion épithéliale, et elle persiste pendant des semaines sans rien qui puisse être appelé une ulcération. De même que l'induration peut exister sans ulcération, de même l'ulcération ou l'abrasion peut exister plus ou moins longtemps sans induration. »

Cette doctrine, on le voit, est un dérivé et une extension de celle de Babington, qui professe, contre l'école de Paris, que, dans l'ulcère syphilitique, l'induration peut précéder l'ulcération. Appliquée à la syphilis primitive, nous la croyons dénuée de fondement. Appliquée aux lésions transmises de la syphilis secondaire, elle se rapproche de celle de M. Langlebert, et nous n'oserions la condamner, n'étant pas bien sûr que les accidents secondaires ne puissent se transmettre sans produire une ulcération, ni même une légère érosion. Nous serions plutôt disposé à la regarder comme insuffisante, en ce sens que la science ne nous paraît pas encore autorisée à déterminer d'une manière rigoureuse les formes sous lesquelles les lésions secondaires peuvent passer d'un individu à un autre. Il est prudent peut-être d'attendre, pour prendre un parti sur ce point, que de nouveaux faits aient été recueillis en dehors des préoccupations théoriques qui ont guidé l'investigation dans ces dernières années.

Si nous avions besoin des encouragements de l'exemple pour nous affermir dans l'accomplissement de nos devoirs de critique, nous les trouverions aujourd'hui dans le mémoire de M. Lee. Tout ce que nous avons dit des fatales conséquences de la doctrine anticontagioniste, notre confrère le répète, presque dans les mêmes termes, avec la vivacité qu'on n'est pas toujours libre de ne pas apporter aux actes de conscience. Mais Dieu nous garde de la tentation de reproduire ce passage ! Nous n'avons aucun souvenir des récriminations dont nous avons été assailli, et nous ne trouvons dans les paroles du chirurgien anglais d'autre satisfaction que celle de nous savoir en communauté de sentiments avec un confrère aussi distingué.

— Dans les Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire, dont nous recevons un fascicule (suite du tome Ier), nous trouvons une discussion sur un point intéressant de pratique obstétricale. Convient-il, en

---

neuil qui est chargé du cours de M. Longet. La décision est officielle et définitive. Tout le monde sait néanmoins que la Faculté avait désigné M. Rouget. Est-ce qu'il y a eu conflit d'autorités ? En aucune manière, et c'est pour qu'on ne le croie pas que nous donnons une courte explication. M. Verneuil n'avait adressé à ce sujet aucune demande. Il eût trouvé certainement naturel et légitime que M. Rouget, dont le stage vient précisément de se terminer, fût appelé à faire son début. Mais l'acte ministériel était accompli quand est intervenu le vote de la Faculté, et, à moins de circonstances particulières, l'honorable M. Rouget ne retirera de ce vote qu'un témoignage de distinction dont son mérite le rend, d'ailleurs, parfaitement digne.

— La Providence du bon Dieu ne s'est pas montrée sévère depuis quelque temps pour la Gazette hebdomadaire, et nous aimons à croire qu'on y verra la récompense des qualités d'icelle. Pendant que M. Verneuil se préparait à monter en chaire, trois de ses collègues de la rédaction escaladaient de hautes positions dans l'enseignement ou le service des hôpitaux. A Paris, MM. Charcot et Vulpian étaient nommés agrégés ; à Lyon, M. Ollier conquérait le majorat de l'Hôtel-Dieu, qu'on pourrait bien appeler un maréchalat, car c'est le haut poste de la chirurgie lyonnaise.

L'intérêt que prend la Gazette à ces diverses nominations n'est pas seulement un intérêt d'amitié. C'est aussi un intérêt... d'intérêt, dans le sens le plus positif du mot. Les deux nouveaux agrégés sont déjà médecins des hôpitaux ; les voilà pour longtemps libres de tout souci de concours. La bonne Gazette calcule qu'ils vont méditer, lire, écrire, pâlir, maigrir à son profit, et lui verser tout le suc de leur science et toute la crême de leur esprit. C'est un espoir qu'elle se plaît à donner à ses lecteurs intelligents. Quant à M. Ollier, elle ne le voit pas sans regret fixer sa fortune sur les bords du Rhône ; mais elle ne se désole pas tout à fait. M. Ollier a laissé au bureau de rédaction une partie de son périoste, et nous sommes assuré de ne pas le perdre tout entier.

Dans ce concours pour l'agrégation en médecine et dans celui qui est actuellement ouvert pour l'agrégation en chirurgie, une question importante vient d'être résolue en deux sens contraires.

général, d'aider la délivrance? Un membre de la Société, M. Giraud, a rompu, sous ce rapport, avec la règle commune, enhardi en cela, dit-il, par « un praticien distingué de Grenoble. » *Dans tous les cas*, M. Giraud procède à la délivrance immédiatement après l'expulsion du fœtus. Pour faire contracter la matrice, il pratique quelques frictions sur l'hypogastre; et si cette manœuvre ne suffit pas, *sans attendre plus de six minutes*, il va chercher le placenta avec la main.

Nous avons été peu surpris de voir la plupart des membres présents, MM. Pautrier, Dayral, Besson, Escoffier, Maurice, s'élever contre cette pratique. Que l'on décolle le placenta au bout de trois quarts d'heure ou une heure, quand il y a lieu de craindre qu'il ne se détache pas de lui-même, cela se conçoit. Encore est-il indispensable, sous peine d'amener les plus graves accidents, de tenir compte de la cause de la rétention; car si cette cause résidait, par exemple, dans l'inertie de la matrice, un décollement opéré avant d'avoir ranimé les contractions de l'organe exposerait à une hémorrhagie. Mais au bout de *six minutes*, quand la femme n'a pas fatigué encore; quand, livrée à la joie de la maternité, elle n'a pas le sentiment du temps qui s'écoule; quand il ne se présente aucune indication particulière; quand il n'y a pas de perte sanguine, aller opérer violemment un travail que la nature aurait fait d'elle-même un peu plus tard, à quoi bon? En ce genre, n'est-il pas plus sage de s'abstenir de tout ce qui ne sert pas, et peut-on être certain de ne pas ouvrir, par cette manœuvre, la porte aux accidents consécutifs?

Néanmoins, il faut le reconnaître, mieux vaut encore un décollement artificiel du placenta que des tractions prématurées. Le décollement complet n'amènera pas l'hémorrhagie si la matrice revient sur elle-même, tandis que les tractions en pourront produire de périlleuses, si elles n'aboutissent qu'à un décollement partiel.

— Nous espérons que les commissaires chargés par la Société de chirurgie d'étudier la question de l'*hypnotisme*, ne sont pas restés endormis et insensibles à la suite des expériences auxquelles ils ont dû se livrer. Pourtant, ne les entendant remuer ni parler, on est assez fondé à concevoir quelque inquiétude sur leur sort. Dans l'espoir de tromper un peu chez nos lecteurs les ennuis de l'attente, nous leur dirons un mot de quelques essais de M. Heyfelder (de Saint-Pétersbourg), consignés dans la DEUTSCHE KLINIK (1860, n° 6).

Pour produire le strabisme convergent, M. Heyfelder s'est servi tantôt d'une spatule polie et brillante, tantôt de l'ophthalmoscope de Græfe. Chez trois hommes, âgés de quinze à vingt-six ans, l'expérience, prolongée pendant près d'un quart d'heure, n'a eu aucun résultat. Sur dix femmes, pour lesquelles les tentatives durèrent au moins dix minutes, trois n'ont ressenti aucun effet; chez trois autres, la sensibilité a paru légèrement émoussée; quatre fois enfin l'anesthésie a été complète, mais seulement pendant trois minutes à peine. La perception de la lumière paraissait être abolie chez ces quatre sujets aussi bien que la sensibilité; mais les phénomènes de catalepsie manquaient complétement. Ces quatre femmes étaient d'ailleurs très nerveuses; l'une d'elles était hystérique.

Il ne paraît pas que M. Heyfelder ait soumis l'anesthésie hypnotique à l'épreuve d'une opération chirurgicale. Il pense cependant qu'elle pourrait être utile quand il s'agit d'une opération très courte, telle que l'ouverture d'un abcès ou l'avulsion d'une dent.

Ceux qui voudraient s'occuper de ce sujet, moins pour connaître des faits nouveaux que pour s'éclairer sur l'interprétation des faits acquis, liront avec fruit un article inséré par M. Liégey dans les ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE (t. VI, n° 21), et surtout une brochure récemment publiée par MM. Giraud-Teulon et Demarquay (in-8 de 56 pages). Ce dernier travail renferme ce qui a été écrit de plus complet et, en beaucoup de points, de plus judicieux sur la question.

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR L'IODISME CONSTITUTIONNEL, par le docteur RILLIET, ancien médecin en chef de l'hôpital de Genève.

Lorsque j'ai eu l'honneur de communiquer, le 12 octobre, à l'Académie une simple note sur l'intoxication iodique, mon intention n'était point de traiter à fond cet important sujet. Convaincu que les fâcheux effets produits quelquefois par l'iode dépendent du métalloïde lui-même, et non d'une dose trop forte, d'une mauvaise préparation ou d'un traitement trop prolongé, je m'étais borné à raconter en peu de mots les accidents survenus à trois personnes qui avaient fait usage du sel ioduré alimentaire.

Des sept places vacantes au concours de médecine, six concernaient la médecine proprement dite, et une la médecine légale. Ordinairement, dans ces circonstances, on fait subir à tous les candidats indistinctement la même épreuve écrite, puis on institue des épreuves séparées pour les deux ordres de places vacantes. Cette fois, le concours a été rendu uniforme, mais avec le soin d'imposer à tous les candidats une épreuve de médecine légale.

A l'autre concours, il y a quatre places vacantes, dont trois pour la chirurgie et une pour l'obstétrique. Plusieurs membres du jury étaient égalment d'avis de ne pas créer d'épreuves spéciales pour les accouchements. Mais la majorité en a décidé autrement, et l'on se conformera sous ce rapport à l'usage.

Nous croyons qu'on a bien fait. Sans soulever ici la question des spécialités, nous ferons pourtant remarquer que, en fait, l'enseignement ou l'exercice de l'obstétrique n'implique pas la nécessité, ni même l'utilité, de notions chirurgicales, en tant que s'appliquant à la totalité du corps. La situation de la médecine légale n'est pas tout à fait la même à l'égard de la médecine générale; la première ne peut se passer de la seconde. Nous comprenons donc, jusqu'à un certain point, que, bien que les deux spécialités soient également consacrées dans l'enseignement, on ne les assimile pas tout à fait dans la pratique du concours. Nous disons jusqu'à un certain point, car, en toute rigueur, il n'est pas logique, ni même très équitable, de ne pas adapter les épreuves au genre d'instruction qu'on est chargé de constater chez les candidats, et au genre de services que l'on attend d'eux.

Un autre concours pour trois places de médecin des hôpitaux est ouvert et déjà fort avancé. On nomme les candidats qui seront le plus engagés dans la bataille du scrutin. Nous ne leur rendrons pas le mauvais office de les désigner; mais nous serons moins discret à l'égard d'un regrettable incident du concours. Un candidat distingué fait une leçon sur un cas de fièvre mal déterminée. Il discute l'hypothèse d'une scarlatine pour l'écarter, avec de très bonnes raisons, et il conclut nous ne savons à quel diagnostic. Or, un membre du jury, qui avait examiné le malade le jour même, l'avait déclaré atteint de scarlatine. Sur cette dissidence, le candidat ne

Cette courte narration était suivie de quelques thèses qui résumaient à la fois mes souvenirs de praticien, et les traditions de la médecine de Genève relativement à l'iodisme. L'exactitude des faits dont j'ai été témoin et la valeur des propositions que j'ai émises ayant été contestées, je pris l'engagement, dans une lettre adressée à l'Académie le 2 novembre, de compléter mes observations, et de les corroborer par les témoignages de mes confrères. Je viens aujourd'hui tenir cette promesse, en traitant d'une manière détaillée dans ce mémoire les différents points que je n'avais fait qu'effleurer dans ma première note. Les résultats de mon nouveau travail peuvent être résumés dans les propositions suivantes, qui toutes confirment mes précédentes assertions, et qui sont appuyées soit sur les témoignages oraux ou écrits de mes collègues, soit sur les observations qu'ils m'ont communiquées ou que j'ai moi-même recueillies.

Avant d'énoncer mes conclusions, je dois déclarer, afin que personne ne puisse me prêter des opinions qui ne sont pas les miennes, que mon intention a été de faire un mémoire de physiologie pathologique et de toxicologie, et non pas un mémoire de thérapeutique. Il est donc bien entendu que je réserve entièrement ma manière de voir sur la valeur et sur l'opportunité des différents procédés de la médication iodique.

Conclusions.

I. Les accidents produits par l'iode sont incontestables; ils ont été signalés par Coindet lui-même, dès l'origine de la découverte des propriétés thérapeutiques de ce médicament. Depuis cette époque, on les a attribués tantôt à la dose trop élevée, tantôt à l'espèce, tantôt au mode d'administration de la préparation iodée. Ces conditions n'exercent qu'une influence accessoire; les symptômes de l'iodisme constitutionnel sont produits par l'iode luimême, quels que soient sa dose, son composé ou son mode d'introduction dans l'organisme, et l'iode seul est capable de les provoquer. Ce fait a été mis hors de toute contestation par l'emploi de très petites doses. En effet, cette pratique, inaugurée à Genève il y a plus de trente ans par le docteur Coindet fils, dans le traitement du goître, n'a pas toujours préservé les malades du danger de l'intoxication.

II. Il existe trois espèces d'intoxication iodique :

1° La première, que j'appelle directe, primitive, ou de dehors en dedans, est occasionnée par l'action locale, sur les voies digestives, de l'iode ou de ses composés donnés à trop haute dose. Ses symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux produits par les autres poisons irritants; ils sont en général de courte durée et de peu de gravité.

Cet empoisonnement peut se manifester à tous les âges, dans tous les pays et dans toutes les conditions d'hygiène ou de santé. La prédisposition ne joue, en pareil cas, qu'un rôle insignifiant.

2° La deuxième espèce, que j'appelle secondaire, indirecte, en retour, par élimination, ou de dedans en dehors, est produite par l'absorption de l'iode donné en général à dose élevée, et par son élimination au moyen des sécrétions; elle est caractérisée par des symptômes nerveux (ivresse iodique) suivis ou non d'états morbides qui indiquent l'action du métalloïde sur les organes sécréteurs (ophthalmie, coryza, salivation, éruptions diverses, etc., etc.).

La prédisposition par organe est nécessaire à la manifestation de cette intoxication, qui peut être produite à tous les âges, dans tous les pays et dans toutes les conditions d'hygiène et de santé; elle n'a été décrite que depuis l'époque où l'iodure de potassium à haute dose est devenu le remède par excellence de la syphilis constitutionnelle.

3° La troisième espèce d'intoxication, que j'appelle tertiaire ou en dedans, est véritablement spécifique. Elle a été décrite, dès l'origine de la découverte de l'iode, sous le nom de *cachexie iodique*, et plus tard sous celui d'*iodisme*. C'est cette forme d'intoxication qui fait le principal sujet de ce mémoire, sous la dénomination d'*iodisme constitutionnel chronique*.

III. Ces trois espèces d'intoxication ne sont pas toujours isolées, elles peuvent être associées de différentes manières, et donner naissance à des formes mixtes.

IV. L'iodisme constitutionnel est surtout caractérisé par l'amaigrissement, la boulimie, les palpitations et un état nerveux spécial, dont les effets se manifestent autant sur le moral que sur le physique.

V. L'iodisme est une maladie chronique dont la durée varie en général de deux à six mois. Son allure, pendant sa première phase, est tantôt insidieuse et lente, tantôt plus apparente et plus rapide.

VI. Sous le rapport de la gravité, on peut reconnaître trois variétés d'iodisme, la forme légère, la forme de moyenne gravité et la forme grave ou très grave.

Cette dernière était plus fréquente autrefois qu'aujourd'hui, ce qui tenait probablement à la nature de la préparation iodique qui la produisait, et à la combinaison des différentes espèces d'intoxications, directes, indirectes et spécifiques, qui en était le résultat. Le retour à la santé est la terminaison la plus ordinaire de l'iodisme, cependant il a quelquefois occasionné la mort.

VII. L'iodisme peut être confondu avec cette variété de chlorose qui simule la phthisie, avec des maladies diathésiques en puissance (scrofule, cancer), avec le diabète latent et les maladies du cœur commençantes, ou bien encore avec l'hypochondrie.

VIII. L'iodisme est rare; il ne se manifeste que chez des sujets prédisposés. Les causes prédisposantes les plus apparentes sont la fin de l'âge adulte et la première vieillesse (de trente-cinq à soixante ans), le tempérament nervoso-sanguin, l'absence de maladie diathésique, une position aisée, l'habitation dans un pays dont l'air, l'eau ou les aliments contiennent peu ou pas d'iode, et où le

reçoit qu'un nombre de points très inférieur à celui que lui eût valu sans cela le mérite réel de sa leçon. Or, qui avait raison, du juge ou du justiciable? Ce n'était pas le juge, comme la suite l'a prouvé; mais les points étaient marqués.

Dans une circonstance analogue, il y a plusieurs années, un membre du jury s'est transporté auprès du malade pour constater l'erreur et donner réparation au candidat.

— Nous terminons par l'annonce d'une bonne fortune, d'une découverte érudite, qui intéresse l'histoire professionnelle de la médecine. Tout le monde connaît et apprécie les connaissances littéraires de M. Ménière. C'eût donc été chose miraculeuse qu'il eût ignoré une ligne de la correspondance de Boileau et de Brossette. Or, de cette correspondance, il a extrait, pour l'envoyer à la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, une lettre de Brossette, écrite de Lyon le 10 avril 1700, et que nous reproduisons intégralement.

Monsieur,

Votre dernière lettre m'a été rendue au moment que je me disposais à vous écrire, pour vous mander que j'ai envoyé à Paris un livre à un de mes amis, qui aura le soin de le faire porter chez vous de ma part. C'est un volume in-4°, qui a été imprimé tout nouvellement, et qui est un recueil du procès que les avocats et les médecins de cette ville ont été obligés de soutenir au conseil contre le traitant de la noblesse. Vous y trouverez les raisons des uns et des autres, et à la fin nous avons fait imprimer l'arrêt qui nous maintient dans l'usage où nous avons toujours été de prendre la qualité de *noble*, d'*avocat* ou de *médecin*. Cette noblesse n'est, à la vérité, qu'un simple titre d'honneur, une noblesse de lettres, purement personnelle et infructueuse; mais enfin, telle qu'elle est, elle fait toujours honneur à la robe que nous portons. J'ai cru que vous ne seriez pas fâché de voir, dans ce livre que je vous envoie, de quelle manière cette contestation a été soutenue devant un tribunal qui vous a rendu justice si glorieusement, dans une cause presque semblable. Peut-être ce livre vous sera encore rendu avant que vous receviez ma lettre; cela dépendra de l'exactitude de celui qui doit vous le porter; quoi qu'il en soit, il vaut mieux que vous attendiez cette lettre que le livre.

En envoyant cette lettre, M. Ménière faisait, avec esprit et goût, un appel au zèle si actif et si éclairé de M. Diday, pour amener l'exhumation du recueil renfermant les pièces du procès dont Bros-

goître est endémique. Enfin, l'existence du goître lui-même est un des critères de la prédisposition, et sa disparition trop rapide indique que cette prédisposition va se réaliser.

IX. Si l'iodisme constitutionnel peut être produit par l'iode ou par des composés donnés à dose élevée, moyenne ou très faible, il est très probable qu'il est plus facilement provoqué par les petites que par les grandes doses.

X. L'influence curative des petites doses pouvait faire prévoir leur action toxique. En effet, on peut faire disparaître l'hypertrophie du corps thyroïde en moins d'un mois ou de six semaines, au moyen de l'administration quotidienne de 1 à 2 milligrammes d'iodure de potassium. Or, la disparition du goître, c'est son amaigrissement, et de l'amaigrissement du goître à celui du malade, il n'y a qu'un pas.

XI. Les observations rapportées à la fin de ce mémoire confirment pleinement cette présomption, en démontrant que l'iodisme, à tous ses degrés, peut être produit par des quantités minimes d'iode et de ses composés.

Ainsi, on a vu les symptômes de l'intoxication se manifester à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium mélangé au sel culinaire dans la proportion de $\frac{1}{10000}$; administré en solution ou en pilules, à la dose de 1 centigramme à 2 milligrammes par jour, faisant partie intégrante de quelques eaux minérales qui en contiennent de 1 à 20 centigrammes par litre; combiné avec l'éponge ou tenu en suspension dans l'air de mer, qui en renferme une très faible proportion.

XII. Il n'est pas toujours nécessaire que le traitement par les petites doses soit très prolongé, pour que l'iode manifeste son dynamisme toxique, la susceptibilité iodique pouvant être éveillée en moins d'une semaine par quelques centigrammes seulement d'iodure de potassium.

XIII. L'iode agit sur le système nerveux cérébro-spinal et trisplanchnique, comme le prouvent les troubles cérébraux qu'il suscite, en outre il règle et dérègle l'acte le plus essentiellement vital de l'économie, la nutrition, tantôt en faisant prédominer l'assimilation sur la désassimilation (embonpoint), tantôt en produisant l'effet inverse (amaigrissement).

XIV. Le traitement de l'iodisme constitutionnel est préventif ou curatif. Le traitement préventif consiste à n'administrer l'iode que d'une manière intermittente (suivant le conseil donné par Coindet), en ayant soin de l'associer aux toniques et de le supprimer à la première apparition du plus léger symptôme d'intoxication. Les précautions doivent redoubler quand il s'agit de sujets prédisposés. Le traitement curatif consiste, en première ligne, dans la suppression de la cause qui a provoqué le mal, puis dans le changement d'air, le régime fortifiant, l'usage du lait, des toniques et des antispasmodiques.

Article I. — *Historique.*

C'est le 25 juillet 1820 que mon célèbre compatriote Coindet lut à la Société helvétique des sciences naturelles, réunie à Genève, son mémoire intitulé : *Découverte d'un nouveau remède contre le goître.* Ce mémoire fut publié dans la *Bibliothèque universelle*, journal des sciences que rédigeait à cette époque mon grand-père, le professeur Marc Auguste Pictet. Coindet raconte que, cherchant une formule dans l'ouvrage de Cadet de Gassicourt, il trouva que Russel conseillait contre le goître le varec *fucus vesiculosus*, sous le nom d'*éthiops* végétal. Ignorant alors quel rapport il pouvait exister entre cette plante et l'éponge, il soupçonna par analogie que l'iode devait être le principe actif commun à ces deux productions marines. De là à employer l'iode dans le traitement du goître, il n'y avait qu'un pas; Coindet le franchit et dota désormais la thérapeutique d'un de ses agents les plus puissants. Les essais de Coindet avaient réussi, l'iode s'était montré fort efficace contre le goître; mais peu de mois s'étaient écoulés que déjà on signalait des accidents. Le journal qui au mois de juillet avait reproduit le mémoire du médecin genévois insérait au mois de décembre un avis ainsi conçu (1) : « Ce remède n'est pas exempt de danger, *lors même qu'il est administré par un médecin prudent et avec les précautions convenables*, et, d'après les observations qu'on nous a communiquées, il paraîtrait que certaines constitutions sont gravement affectées des mêmes doses que d'autres sujets prennent impunément; c'est-à-dire que les effets sont irréguliers. »

Le docteur Decarro, médecin genévois établi à Vienne en Autriche, et le célèbre docteur Formey (de Berlin) répétèrent les premiers, à l'étranger, les expériences thérapeutiques de Coindet, sans observer aucun mauvais effet. Aussi, en présence des succès constants de sa pratique, Decarro ne pouvait pas comprendre le *tolle* général qui s'était élevé contre l'emploi de l'iode dans sa ville natale, et, dans un second mémoire, il s'exprimait en ces termes : « J'invite les gens de l'art, à Genève et partout ailleurs, où de pareils effets (vénéneux) ont lieu, à rechercher comme objet de la plus haute importance, les causes de cette différence de résultats, car il est vraiment singulier d'entendre crier au *meurtre* dans un pays et presque au *miracle* dans un autre. »

L'iode avait donc produit des accidents, plusieurs praticiens de Genève ou du voisinage (2) les avaient observés, et Coindet lui-même ne les avait pas niés, quoiqu'il ne les eût pas constatés dans sa propre clientèle (3).

« J'ai eu connaissance, dit-il, de symptômes fâcheux particuliers à l'iode qui se sont manifestés chez des personnes qui, par leur rang

(1) *Bibliothèque universelle*, cahier de décembre 1820, *Sciences et arts*, p. 330; — cité dans le même journal, t. XVII, p. 65.

(2) Baup, *Bibliothèque universelle*, p. 305 et 307, et Gosse, *Des maladies rhumatoïdes.* — Le docteur Gosse, qui pratiquait à cette époque, m'a dit avoir observé un assez grand nombre de cas d'iodisme.

(3) Deuxième mémoire, *Bibliothèque universelle*, t. XVII, p. 147.

---

sette entretient Boileau. Cet appel a été entendu, et un avocat du barreau de Lyon, M. Brouchoud, a retrouvé le recueil. Voici le signalement qu'il en donne dans la Gazette médicale de Lyon :

RECUEIL

De toutes les pièces concernant le procès des avocats et des médecins de la ville de Lyon contre le traitant de la recherche des faux titres, avec l'arrêt intervenu au Conseil, le 4 de janvier 1699, approbatif de l'usage où sont les avocats et les médecins de prendre la qualité de nobles.

LYON,

Chez Plaignard, rue Mercière, au Grand-Hercule.

M.DCC.

Comme le fait remarquer M. Ménière, l'arrêt de 1700 n'est pas prescrit. Nous ajoutons que la loi actuelle ne peut interdire un titre d'honneur, une *noblesse de lettres*, comme dit Brossette. Conséquemment, il n'y a pas de noblesse de plus belle eau que celle des médecins, comme il n'y a rien de plus noble que la médecine. Quant aux avocats, nous leur laissons le soin de se faire à eux-mêmes un compliment, s'ils le jugent convenable.

Aliquis.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 30 avril 1860, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues depuis le lundi 2 avril jusqu'au samedi 14 du même mois, de une à trois heures de relevée.

et leur mérite, ont attiré l'attention du public dans cette cité. »

Les accidents étaient donc incontestables et incontestés. A quelle cause fallait-il les attribuer? Coindet n'hésita pas, il les mit sur le compte de la mauvaise administration du remède, et il soutint que son usage trop prolongé ou ses doses trop élevées pouvaient produire une saturation de l'économie dont l'amaigrissement, les palpitations et la boulimie étaient les principaux symptômes.

Dès lors il modifia sa pratique et administra l'iode d'une manière intermittente. Cependant l'avis publié dans la *Bibliothèque universelle* était positif : « même entre les mains des médecins prudents, » l'iode avait eu de fâcheux résultats; il fallait donc en chercher la cause ailleurs que dans l'élévation des doses. Le docteur Matthey (1), écartant l'idée de la saturation iodique, n'accorda à l'iode qu'une influence toxique locale, et affirma que la maladie iodique n'était qu'une gastrite. En conséquence, pour éviter l'action topique du métalloïde, il conseilla l'emploi de l'iode en frictions, déjà recommandé par Coindet. Mais cette méthode n'empêcha pas la manifestation des symptômes pathogéniques (2); ceux-ci n'étaient donc pas le résultat d'une irritation gastrique, En 1827, un des plus éminents médecins de Genève, M. le docteur Charles Coindet, qui avait succédé à la pratique de son père, fut d'abord préoccupé comme lui de l'idée que l'iodisme dépendait de l'administration du remède à doses trop élevées et peut-être aussi de la nature de la préparation; et il put s'assurer, en effet, que plusieurs des malades le plus gravement atteints avaient fait abus de l'iode pris en nature. Mais il ne tarda pas à distinguer deux modes d'action de l'iode, l'un tout à fait local, produisant les accidents gastro-intestinaux; l'autre constitutionnel, produisant la cachexie iodique. C'est pour faire le départ de ces deux ordres de phénomènes qu'il résolut d'administrer les sels iodiques solubles et dépourvus de toute causticité, et qu'il diminua graduellement les doses de façon à ne prescrire chaque jour, *au maximum*, qu'un centigramme d'iodure de potassium. Malgré cette nouvelle pratique, le docteur Coindet observa plusieurs fois des symptômes d'intoxication, principalement sur des personnes âgées (3). Ce n'était donc pas la dose du remède, ni son usage trop prolongé, ni la nature de la préparation, ni son administration intempestive, qui causaient l'iodisme, c'était bien l'iode lui-même.

En 1834, l'effroi produit par les effets fâcheux de l'iode n'était pas calmé; mais, malgré les résultats de la pratique du docteur Charles Coindet, on attribuait encore à cette époque l'iodisme aux trop fortes doses. Rien ne le prouve mieux que l'extrait suivant d'une lettre que m'a écrite mon savant confrère le docteur Marc d'Espine : « La première fois que je formulai une potion iodurée en commençant ma pratique médicale (1834), je prescrivis 12 grains d'iodure de potassium dans une potion de 6 onces, à prendre en deux jours; cette dose était assurément bien modérée pour un ex-interne du docteur Ricord, qui venait d'assister aux premiers effets tentés par son chef de service dans le traitement de la syphilis par l'iodure de potassium à haute dose. Ma formule mit le pharmacien dans un véritable émoi; il me la renvoya pour s'assurer de mon intention positive. J'appris même par un de mes collègues que j'avais été considéré par ce pharmacien timoré comme un de ces jeunes étourdis qui se livrent à la pratique sans connaître leur posologie. »

M. d'Espine n'est pas le seul qui ait reçu un pareil compliment; aujourd'hui encore l'idée que l'iode peut causer de fâcheux accidents est profondément ancrée dans l'esprit d'une certaine partie de la clientèle genévoise, et, sans adopter entièrement l'adage « *Vox populi, vox Dei,* » on ne peut s'empêcher cependant d'attacher quelque valeur à une répugnance aussi unanime.

MM. d'Espine, Maunoir et Bizot, qui, peu après leur arrivée à Genève (1834), prirent la direction du dispensaire médical, y trouvèrent déjà installée la pratique des petites doses, introduite par M. Charles Coindet, et la continuèrent; elle est devenue celle de la plupart de mes collègues. M. d'Espine mentionne dans sa *Statistique mortuaire comparée* (1) les essais qu'il fit, il y a quelques années, au moyen des doses très atténuées d'hydriodate de potasse; il en était venu à obtenir la guérison du goître avec une fraction de grain qui ne dépassait pas un *centième* par jour.

Déjà, en 1852, j'avais signalé l'action toxique de l'iode à petites doses, et cité deux cas d'empoisonnement par le sel ioduré alimentaire, et un autre par l'eau de Coëse (2).

M. d'Espine, qui avait aussi observé des cas d'iodisme par des petites doses, s'exprime en ces termes : « Les cas de saturation iodique surviennent ordinairement à la suite de l'usage longtemps continué de très petites doses d'iode ou d'iodure de potassium, administrées quotidiennement; on ne les observe guère lorsque les préparations iodiques sont données à doses moyennes ou élevées, surtout si l'usage n'en est pas longtemps prolongé. »

Aux noms de MM. Coindet et d'Espine, je puis joindre ceux des docteurs Maunoir, Bizot, Gantier, Lebert, Dufrène, Panchaud, Duval, et., etc., qui ont aussi observé des cas d'intoxication par de très petites doses d'iodure de potassium.

Ce court historique, en démontrant que mon opinion sur l'influence des doses fractionnées n'est pas nouvelle, lui imprime une sanction que mon expérience personnelle seule n'aurait pas suffi à lui donner.

Jusqu'ici je n'ai parlé que de Genève, mais peu après la découverte de Coindet, l'usage de l'iode s'était répandu dans toute l'Europe, et plusieurs praticiens avaient signalé des cas d'intoxication. Je citerai, en particulier, les docteurs Kolley (3), Gairdner (4), Zink (5), Brera (6), Delisser (7), Schmid (8), Hufeland (9), Montcourrier (10), Jahn (11), et plus récemment les doct. Cullerier (12), Mojsisowitz (13) et Caffe (14), etc., etc.

Il est probable que j'omets bien des noms, malgré cela je n'en regarde pas moins comme incontestable que si je voulais reproduire la liste de tous les médecins qui ont prescrit l'iode sans observer d'accidents, elle serait infiniment plus longue que celle que je viens de présenter.

Toutefois, des faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne peuvent pas invalider des faits positifs bien observés, quelque rares qu'ils puissent être. Telle n'est pas cependant l'opinion des deux hommes qui, en France, se sont le plus occupés de l'iode, MM. Dorvault et Boinet, qui arguent du petit nombre des observations d'iodisme, sinon pour nier, du moins pour infirmer leur valeur réelle.

« Malgré la confiance que nous avons dans la loyauté et le talent d'observation de la plupart des praticiens qui ont admis la propriété atrophique des iodiques, dit M. Dorvault, par suite des renseignements pris auprès des personnes qui ont le plus manié l'iode,

(1) *Bibliothèque universelle*, 1821, t. XVII, p. 75.

(2) A.-V. Baup, *loc. cit.*, p. 307 et 308.

(3) M. Coindet lut en 1829, à la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève, un mémoire *sur le traitement des kystes de l'ovaire par les préparations d'iode*, dans lequel il mentionne l'action toxique des petites doses.

J'ai le regret de n'avoir pu consulter ce mémoire, qui n'a pas été imprimé; mais la lettre que M. le docteur Coindet a bien voulu m'adresser comblera amplement cette lacune. (V. P.)

(1) P. 396, 1858.

(2) Voir un mémoire du docteur Dubouloz, lu à l'Académie de médecine dans la séance du 4 mai 1852, *sur les eaux de Coëse*. Ce mémoire, tiré à part, contient une note que je communiquai à M. Dubouloz, et dans laquelle je mentionnais les faits rapportés ci-dessus. Je dois relever une faute d'impression de cette notice à la page 29 : c'est 1/10000e, et non 1/1000e, qu'il faut lire.

(3) *Bibliothèque thérapeutique de Bayle*, t. I, p. 78 et 83; — extrait du *Journal complémentaire*, t. XVII, p. 307, 1828.

(4) *Bibliothèque thérapeutique de Bayle*, p. 105, 1828.

(5) *Bibliothèque thérapeutique de Bayle*, 1828; — extrait du *Journal complémentaire*, t. XVIII, p. 126.

(6) *Bibliothèque thérapeutique de Bayle*, 1828; — extrait du mémoire du docteur Brera, publié en 1822; p. 186, obs. IX, X, XI.

(7) *Bibliothèque thérapeutique de Bayle*, 1828, p. 154; — extrait de *The Edinburgh Journal*, p. 155.

(8) *Bibliothèque thérapeutique de Bayle*, 1828, p. 161; — extrait du *Journal Hufeland*, 1824; analyse dans le *Bulletin des sciences médicales*, t. IV, p. 177.

(9) *Ibid.*, p. 162.

(10) *Archives*, t. XVII, 1828, p. 449.

(11) *Archives de médecine*, 1830, t. XXII, p. 543.

(12) *Revue médicale*, 1848.

(13) Cité dans le *Traité de thérapeutique* du docteur Trousseau, t. I, p. 251.

(14) *Journal des connaissances médicales*, octobre 1858.

nous disons que cette action est sinon chimérique, du moins fort exceptionnelle (1). »

M. Boinet répète la phrase suivante, qu'il emprunte à M. Dorvault (2) : « Nous refusons donc de nouveau, non pas la propriété irritante qui est incontestable, mais la propriété toxique proprement dite, à l'iodure de potassium pris en soluté même assez concentré. »

En 1858, M. Boinet est encore plus positif : « L'iode, dit-il, n'a jamais empoisonné personne (3). » MM. Trousseau et Pidoux, dans leur excellent TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE, me paraissent bien plus près de la vérité en disant (4) : « On ne peut le nier, il est des constitutions qui ne peuvent tolérer de faibles doses d'iode, mais ces cas sont rares; d'autre part, les personnes les plus robustes peuvent, quand le médicament est administré par une main imprudente, éprouver des accidents fort sérieux. »

MM. Dorvault et Boinet, dans l'impossibilité de nier entièrement les accidents produits par l'iode, les mettent, comme le faisait déjà Coindet, sur le compte de la dose, du mode d'administration, et de l'espèce de la préparation iodée.

Nous voilà donc, au bout de trente-huit ans, revenus à notre point de départ, et aussi peu éclairés qu'à l'origine, non-seulement sur la cause des accidents produits par l'iode, mais sur leur réalité même. N'est-ce pas le cas de répéter avec Decarro : « Il est vraiment singulier d'entendre crier au *meurtre* dans un pays, et au *miracle* dans l'autre. »

C'est dans le but d'élucider un sujet encore obscur que je prends aujourd'hui la plume. Je le fais avec une complète indépendance d'opinion, car je ne suis, comme je l'ai dit ailleurs, ni l'amant passionné, ni le détracteur intéressé de l'iode. Je reconnais toute la valeur de ce puissant agent thérapeutique, et je ne voudrais pas que mes paroles pussent jeter du discrédit sur un remède qui rend tous les jours les plus grands services à la pratique médicale. Mais à côté du bien il faut savoir reconnaître le mal dans la mesure où il existe, et ne pas agir comme cet oiseau stupide qui cache sa tête sous son aile pour ne pas voir le danger.

(La suite au prochain numéro.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 MARS 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLE

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la forme et la fréquence du pouls au moyen d'un nouveau sphygmographe ou appareil enregistreur des pulsations*, par M. *J. Marey*. — Le nouvel instrument est une modification du *sphygmographe* de Vierordt.

Notre première préoccupation, dit l'auteur, a été d'éviter les inconvénients d'une trop grande masse à mouvoir ; nous avons donc pris un levier d'une extrême légèreté, et comme il faut exercer sur le vaisseau artériel une pression souvent considérable pour que le pouls se produise, nous avons obtenu ce résultat au moyen d'un ressort qui comprime l'artère avec une force que l'on peut graduer. Les mouvements que le pouls imprime à ce ressort sont transmis au levier assez près de son centre de mouvement pour qu'à l'extrémité qui trace les courbes chaque pulsation soit très amplifiée. Tout l'appareil est porté sur un petit brassard qui s'adapte à l'avant-bras, et les tracés sont recueillis, non plus sur un cylindre, mais sur une plaque enfumée qui glisse dans une gouttière avec une vitesse uniforme. Le poids total de l'instrument n'excède pas 240 grammes; son volume est assez petit pour que la boîte qui le renferme puisse être logée dans la poche : il est donc suffisamment portatif.

Conclusion des expériences faites à l'aide de notre sphygmographe. — Nous avons fait d'abord une série d'expériences sur le pouls artificiel qu'on obtient au moyen de tubes en caoutchouc dans lesquels on envoie des ondées intermittentes de liquide à l'aide d'une pompe foulante. Ces expériences nous ont permis d'établir les lois fondamentales relatives à la forme du pouls, suivant l'état de la tension artérielle. 1° Plus la tension artérielle est faible, plus l'amplitude de la pulsation est grande (à égale force de l'impulsion de cœur); 2° le pouls est presque toujours *dicrote*, mais le dicrotisme est d'autant plus prononcé que la tension artérielle est plus faible ; 3° la période d'ascension du levier est d'autant plus rapide que la tension est plus faible.

Une fois que nous avons été en mesure de juger de l'état de la tension artérielle par la seule inspection de la forme du pouls, nous nous sommes servi de ce moyen pour déterminer le rapport de la fréquence du pouls avec la tension artérielle. Des expériences entreprises à cet effet, il ressort une loi constante que l'on peut formuler ainsi :

A égale force du cœur, la fréquence des battements est en raison inverse de la tension artérielle.

C'est-à-dire que le cœur, de même que tout muscle qui exécute un mouvement rhythmé, se contracte d'autant plus fréquemment qu'il a moins de résistance à vaincre. (La résistance que le cœur éprouve à chaque systole est constituée par la pression que le sang exerce sur les valvules sygmoïdes; elle croît donc avec la tension artérielle.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Recherches sur l'osmose pulmonaire*, par M. *L. Mandl*. — Voici les principales conclusions de ce travail : 1° La vie des animaux respirant dans l'eau est incompatible avec la présence d'une quantité plus ou moins grande d'une substance à saveur sucrée. 2° La célérité avec laquelle agissent ces solutions dépend du titre de la solution, de la qualité du sucre et de l'espèce animale. 3° Des expériences nombreuses m'ont démontré que la mort ne peut être attribuée ni à l'absence de l'air, ni à la fermentation, ni à l'action chimique exercée sur le sang, ni à la viscosité, mais qu'elle est due uniquement à l'action osmotique (endosmose et exosmose) des solutions sucrées. 4° Cette action s'exerce à travers les membranes perméables, et particulièrement à travers celles des organes de la respiration. 5° Chez les animaux supérieurs, où l'épaisseur des téguments limite l'osmose principalement aux branchies, on voit le sang s'épaissir dans les branchies, puis la circulation s'arrêter, par l'exosmose des parties liquides du sang. 6° On peut ainsi arrêter instantanément la circulation dans le poumon de la grenouille, dans un espace limité, avec une goutte de glycérine, ou au bout de quelques minutes avec du sirop de sucre. 7° Les éléments qui passent du sang dans la solution sucrée sont d'abord l'eau chargée de sels, puis l'albumine, puis la matière colorante. 8° Plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques trouvent leur explication dans l'osmose exercée par les substances sucrées : ainsi la soif exercée par l'ingestion des sucres, qui absorbent l'eau des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact; la vertu conservatrice, antiseptique des sucres, par l'arrêt de développement des êtres organisés; le pouvoir digestif de petites quantités de sucre, qui provoquent l'exosmose du suc gastrique, tandis que de grandes quantités introduites dans le sang augmentent le pouvoir osmotique de ce liquide, ce qui fait comprendre l'emploi de ces substances dans le traitement des hydropisies. L'abondance du glucose dans tous les tissus explique, chez les diabétiques, la soif constante, l'impossibilité d'une accumulation séreuse quelconque, et peut-être aussi, par l'arrêt de la circulation, la gangrène observée parfois dans cette maladie. Enfin, l'emploi de la glycérine comme topique est basé sur le grand pouvoir osmotique de cette substance.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Étude microscopique de l'air*, par MM. *N. Joly* et *Ch. Musset*. — Au moment même où M. Pouchet répétait à Rouen les expériences de M. Pasteur, je les répétais à

(1) Dorvault, *Iodognosie*, 1850, p. 255.
(2) *Loc. cit.*, p. 257.
(3) Lettre à l'Académie dans le *Bulletin de l'Académie*, 31 octobre 1858, p. 40.
(4) *Loc. cit.*, p. 252, 6e édit., 1858.

Toulouse, avec la coopération de M. Ch. Musset, l'un de mes anciens élèves, et, sans nous être entendus avec l'auteur de l'*Hétérogénie*, nous arrivions à des résultats identiques à ceux qu'il a décrits.

Suivant nous, le procédé imaginé par M. Pasteur pour recueillir les corpuscules flottant dans l'air est imparfait. Le liquide employé par lui pour étudier ces corpuscules au microscope leur fait subir des altérations telles qu'il rend souvent impossible toute détermination précise du groupe auquel ils appartiennent. L'atmosphère ne charrie (au moins dans la saison d'hiver et dans les circonstances où nous étions placés) qu'une très petite quantité de corps organiques, quantité évidemment insuffisante pour rendre compte du nombre immense des êtres microscopiques qui fourmillent dans les infusions.

Les recherches que MM. Joly et Musset ont exécutées sur la neige nous ont fourni des résultats encore identiques à ceux obtenus par M. Pouchet. (*Comm.* : MM. Duméril, Milne Edwards, Decaisne, Regnault, Cl. Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique transmet une note de M. le docteur *Roux* (de Lyon) sur l'application de l'électricité à la thérapeutique. (*Comm.*: MM. Guérard, Poiseuille et Briquet.)

2° L'Académie reçoit : *a.* Un mémoire intitulé : *Inconvénients de l'appareil Peyre et Rocher dans la distillation de l'eau de mer*, par M. le docteur *Lesplau*. (*Comm.*: MM. Michel Lévy, Bouchardat et Bussy.) — *b.* Un mémoire de M. *Achille Brachet*, intitulé : *Solution de l'éclairage électrique produit par les courants de la pile.* (*Comm.*: MM. Jobert, Gavarret et Longet.) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Salmon* (de Chartres), qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Commission des correspondants nationaux.*) — *d.* Une série d'observations à l'appui des heureux effets du cautère actuel dans le traitement de quelques trajets fistuleux, par M. le docteur *Sirus-Pirondi* (de Marseille). (*Comm.*: MM. Velpeau, Cloquet et Robert.)

M. *Larrey* offre en hommage, au nom de l'auteur, M. *Middeldorpf*, une monographie *sur les fistules de l'estomac.*

M. *Bouchardat* présente, au nom de M. le professeur *Béchamp* (de Montpellier), une note manuscrite *sur les préparations et l'emploi du sous-nitrate de bismuth.*

M. *Gibert* fait hommage à l'Académie des deuxième et troisième volumes de son *Traité des maladies de la peau et de la syphilis.*

M. *Robin* dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur *E. Magitot*, une note *sur les tumeurs du périoste alvéolo-dentaire.*

M. *Londe* présente, au nom de M. le docteur *Roubaud*, un volume *sur les eaux de Pougues.*

Lectures.

VACCINE. — M. *Depaul*, au nom de la commission de vaccine, lit un *rapport relatif à un appareil de conservation du virus-vaccin*, par M. le docteur *Williams Husband.*

Cet instrument consiste en un tube de verre long de 3 pouces environ, capillaire, droit, cylindrique et ouvert à ses deux extrémités, et dans lequel on fait pénétrer le liquide à conserver ; puis on ferme ces deux bouts à la flamme d'une bougie. Il est assez mince pour être instantanément fermé et assez long pour que son contenu ne puisse pas être atteint par la chaleur de la flamme.

« Ce procédé, dit M. Depaul, est connu depuis longtemps.

» Les quelques modifications apportées par M. Husband, soit dans la forme des tubes, soit dans la manière de les emplir et de les fermer, n'ont aucune importance ou peuvent être nuisibles. »

M. *Trousseau* fait remarquer que, depuis longtemps, on se sert dans les hôpitaux de Paris de tubes absolument capillaires pour recueillir le vaccin.

M. *Renauld* insiste sur la nécessité de ne pas laisser d'air emprisonné dans le tube, si l'on veut conserver au vaccin toute son efficacité.

HYDROLOGIE. — M. *Despine* lit une note *relative à des améliorations récentes apportées dans l'aménagement et les conditions balnéaires de l'établissement thermal d'Aix en Savoie.* Ces modifications consistent dans l'agrandissement des anciens réservoirs, le percement d'une galerie nouvelle, l'augmentation de pression des douches, etc.

Discussion sur la médication iodée.

M. *Boudet* ne voit pas sans de vives appréhensions la tolérance et, pour ainsi dire, le laisser-passer accordé aux idées de M. Rilliet et de M. Chatin relativement à l'influence des doses presque infinitésimales d'iode sur l'économie. C'est ouvrir la porte aux doctrines erronées de la thérapeutique hahnemanienne. L'orateur termine en proposant la conclusion suivante :

« Les faits signalés par le docteur Rilliet et l'explication qu'il en a donnée sont si extraordinaires et en opposition si formelle avec tout ce qui a été observé jusqu'à ce jour, qu'il est indispensable, avant qu'on puisse en tirer aucune conséquence scientifique, qu'ils aient été confirmés par des observations nouvelles et multipliées. »

M. *Trousseau.* Je loue la justesse des idées développées par M. Boudet, et la suite de ce discours montrera qu'en définitive ma manière de voir ne s'éloigne guère de la conclusion que vous venez d'entendre. Si je ne me suis pas prononcé d'une façon catégorique et formelle dans mon rapport, c'est qu'il s'agissait de juger des faits extraordinaires, avancés par un confrère distingué et digne de foi, et que, faute d'éléments personnels suffisants pour les apprécier, j'ai voulu faire appel au savoir et à l'expérience de collègues plus versés que moi dans cette question, afin de donner une autorité plus grande au jugement que le public médical attend de l'Académie.

On m'a reproché d'avoir parlé dans un même rapport de deux mémoires soutenant des doctrines diamétralement opposées et de n'avoir ni comparé ni conclu. Si j'ai rapproché les travaux de MM. Boinet et Rilliet, c'est au bureau qu'il faut s'en prendre ; c'est lui qui m'a demandé ce tour de force, en me chargeant simultanément des deux mémoires. Quant à les comparer, je n'ai pas voulu le faire, la chose me paraissant impossible.

Cela dit, je reviens au travail de M. Boinet. Notre confrère est, je puis dire, dans les idées communes, relativement à l'emploi et aux propriétés physiologiques de l'iode. Je n'avais donc pas grand'chose à dire sur lui ! Les chimistes de la commission et d'autres, qui n'en faisaient pas partie, n'ont pas approuvé le mode d'administration que M. Boinet voudrait faire prévaloir ; ils pensent qu'il vaut mieux donner l'iode comme les autres médicaments, que de le mélanger aux aliments des malades. Je suis assez de cet avis ; cependant M. Boinet a argué, en faveur de sa méthode, de l'efficacité des agents médicamenteux contenus dans les eaux minérales, efficacité bien plus prompte et bien plus sûre que par quelque mode d'administration artificielle que ce soit. Cette opinion n'est pas soutenable en tout état de cause, et je ne suis nullement certain que les eaux thermales n'agissent, comme le pensent quelques médecins, que par la propriété exclusive d'un agent. Ainsi, M. Boinet cite particulièrement les avantages des eaux minérales iodées contre la scrofule ; mais la scrofule n'est-elle point très avantageusement modifiée par les eaux de Forges, qui ne contiennent pas un atome d'iode ? J'estime que, dans la curation par les eaux, il faut tenir compte des divers agents qui les minéralisent, aussi bien que de toutes les conditions hygiéniques nouvelles dans lesquelles vit le malade. Je citais l'exemple de Forges : je pourrais encore, à l'appui de mon opinion, et contre celle de M. Boinet, rappeler ce qui s'est passé à propos des eaux du Mont-Dore. Thenard y découvrit des traces d'arsenic, et on s'empressa d'attribuer à cet agent les vertus merveilleuses du Mont-Dore dans le traitement des affections laryngées et thoraciques. Plus tard, on trouva de l'arsenic dans des eaux sans action ou même nuisibles dans ces mêmes maladies !

J'arrive au travail de M. Rilliet, une des plus vives lumières de la pléiade genévoise; il y a dans ce travail quelque chose qui a paru à tout le monde étrange, inattendu, invraisemblable même, si bien que quelques-uns ont refusé d'admettre des faits si nouveaux. M. Ricord n'y a pas cru du tout, et pour cause; M. Bouchardat m'a semblé trop y croire. Quant à M. Chatin, je le trouve un peu trop l'ami de l'iode; il en met partout; il en fait même, vous le savez, une des caractéristiques de l'homme; ce sera donc la sixième, si je compte bien, après celle de la Bible (*mingere ad parietes*), d'Ovide, de madame de la Sablière et de Beaumarchais, de Brillat Savorin et de notre spirituel collègue Ricord.

La proposition capitale de M. Chatin, c'est que la production du goître et du crétinisme est en rapport avec l'absence de l'iode dans l'air et dans les eaux; et il base cette opinion sur les observations qu'il a faites dans la Maurienne, dans la Tarentaise, dans les vallées de Lancpau, d'Aoste, etc. D'accord; mais, dans l'ouvrage même de M. Chatin, à côté de ces faits, qui semblent si favorables à sa théorie, nous voyons que des pays, presque entièrement déshérités d'iode, comme Grenoble, Turin, Gênes, Alexandrie, Montebello et d'autres localités de la plaine lombarde, ne renferment point ou renferment très peu de goîtreux indigènes.

M. Chatin a découvert des goîtres, dans la vallée de Montmorency, dont les sources, dit-il, ne contiennent pas d'iode. Mais étaient-ce bien des goîtres indigènes? N'étaient-ce pas plutôt des Auvergnats égarés dans ces parages? Beaucoup de Parisiens vont passer l'été dans la vallée de Montmorency; en avons-nous jamais vu revenir avec des goîtres? Avant que Saint-Germain-en-Laye ne fût alimenté par les eaux de la Seine, les habitants ne buvaient que des eaux de source et des eaux de puits, complétement dépourvues d'iode. Y a-t-on jamais vu le goître régner endémiquement?

D'autre part, il y a, dans les Pyrénées, des vallées infestées de goîtreux, bien que les habitants fassent usage du sel provenant des mines de Salies, qui renferme d'énormes proportions d'iode.

Que conclure de ces faits, sinon que le développement du goître et du crétinisme n'est pas intimement lié à l'absence de l'iode dans les eaux et dans l'air des pays où on observe ces affections, mais probablement à des conditions hygiéniques spéciales qui nous échappent encore? L'absence de l'iode n'est pas plus la cause du goître que l'absence du fer n'est la cause de la chlorose, que l'absence du quinquina n'est la cause de la fièvre intermittente.

Mais revenons à M. Rilliet. J'ai déjà dit que j'acceptais très bien les faits observés par ce distingué praticien; mais j'ai ajouté que l'explication qu'il en donne ne me semblait pas admissible.

Et d'abord, d'après M. Rilliet lui-même, l'iodisme constitutionnel est chose rare, très rare, aussi bien à Genève que dans les autres parties de la Suisse. Notre confrère en rapporte seulement 16 cas, et encore n'y en a-t-il que 9 qui lui appartiennent. Il résulte de renseignements que j'ai pris auprès de différents médecins suisses que l'iodisme est presque inconnu dans la plupart des cantons. M. Lombard n'en a observé qu'un seul exemple; M. Senn, dans une pratique de trente-cinq ans, n'a pu aussi en recueillir qu'un cas unique.

Suivant M. Rilliet, l'iodisme surviendrait surtout à la suite de l'administration de doses infinitésimales d'iode. Ce fait, qui heurte toutes les notions de thérapeutique, a été admis par M. Bouchardat et par M. Velpeau, qui ont même cherché à l'expliquer par analogie, en citant l'exemple du tartre stibié, du nitrate d'argent, du mercure, etc. Ce dernier médicament, il est vrai, fait saliver à très petite dose; mais ne produit-il pas le même phénomène bien plus souvent encore lorsqu'on le donne à dose élevée? L'opium, la belladone, l'aconit, la noix vomique, ne produisent-ils pas toujours des effets toxiques proportionnés à l'élévation de la dose?

Comment M. Rilliet explique-t-il la production de l'iodisme constitutionnel à Genève, sous l'influence des plus petites quantités d'iode? Par le défaut d'accoutumance. L'air de Genève étant privé d'iode, l'économie de ses habitants est vierge de cet agent, et il en résulte que l'ingestion de quelques milligrammes de cette substance suffit pour déterminer un ébranlement violent et rapide dans toutes les fonctions.

A cela je répondrai : Dans l'air de Chambéry, de Turin, de Grenoble, de Lyon, d'Alexandrie, y a-t-il plus d'iode que dans l'air de Genève? Non. Et pourtant l'iodisme constitutionnel s'est-il jamais observé sur les sujets soumis au traitement iodé? Voilà donc des contrées où l'on ne rencontre pas l'iodisme, quoique l'accoutumance à l'iode manque aussi bien qu'à Genève.

D'ailleurs, l'accoutumance ne s'explique que lorsqu'il s'agit de races différentes. Que le défaut d'accoutumance soit la cause des désastres produits par les fièvres pernicieuses sur les Européens qui remontent les fleuves du Sénégal, tandis que les indigènes échappent au fléau, rien de plus vrai! Que les Américains se servent de l'alcool pour détruire les *peaux rouges*, rien de plus juste encore! Tout cela s'explique par la différence de race. Mais cette interprétation sera-t-elle applicable aux populations de Genève, de Lyon, de Grenoble, de Turin, d'Alexandrie?

D'autres invoquent la prédisposition goîtreuse comme cause d'iodisme; d'autres attribuent ce phénomène à la prompte résorption des éléments du goître. M. Rilliet a fait justice de semblables niaiseries!

Notre confrère, poursuivant toujours sa théorie de l'intoxication par les petites doses d'iode et du défaut d'accoutumance, rapporte à l'appui des exemples d'iodisme contracté par des Genévois sur les bords de la mer. A coup sûr M. Rilliet est ici victime d'une préconception. Il s'est figuré que l'air maritime était plus iodé que l'air continental. Eh bien! c'est tout le contraire; de sorte que les Genévois devraient contracter bien plus facilement l'iodisme constitutionnel à Paris ou à Tours qu'à Biarritz, qu'à Nice, qu'à Dunkerque, qu'à Ostende et dans tous les autres ports accusés par M. Rilliet.

Il faut donc accepter les faits publiés par M. Rilliet, croire avec lui que les accidents iodiques sont plus fréquents à Genève que partout ailleurs; mais je pense que son explication ne saurait être admise.

Les phénomènes d'iodisme constitutionnel ne seraient-ils pas plutôt en rapport avec la nature du goître? J'ai observé trois cas fort analogues à ceux que rapporte M. Rilliet : l'un avec M. Velpeau, l'autre avec M. le docteur Oliffe, le troisième avec M. Nélaton. Quelques centigrammes d'iodure de potassium avaient suffi pour produire de l'amaigrissement et des symptômes alarmants. Eh bien, ces trois malades avaient cette variété de goître qui coïncide avec une énorme saillie des globes oculaires, et que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de *goître exophthalmique*. Je me demande donc si cette espèce de goître ne serait pas pour beaucoup dans l'étiologie, dans la production de l'iodisme constitutionnel. C'est un sujet digne d'études que je livre aux méditations de nos confrères de Genève.

Tout en reconnaissant avec M. Boudet que l'Académie ne saurait encore se prononcer sur la question qui nous occupe, je maintiens les conclusions de mon rapport.

M. *Malgaigne*. J'avoue, messieurs, qu'après la lecture du rapport de M. Trousseau, je ne voyais goutte dans la question de l'iodisme. Les orateurs qui se sont succédé à cette tribune m'ont suffisamment prouvé que je n'étais pas le seul pour qui ce rapport eût jeté plus de confusion que de ténèbres sur ce point de thérapeutique. Le véritable rapport, à mes yeux, c'est le discours que vous venez d'entendre. En effet, M. Trousseau a-t-il, comme il le dit, puisé des éléments nouveaux dans la discussion? A-t-il profité des éclaircissements donnés par ses collègues? En aucune façon. Il a puisé dans son propre fond; il s'est servi des faits de M. Rilliet; il les a examinés, il les a discutés, il a approfondi la valeur de l'explication donnée par le médecin de Genève; en un mot, M. le rapporteur a fait aujourd'hui ce qu'il aurait pu, ce qu'il aurait dû faire la première fois. Je le remercie, quant à moi, de ce magnifique supplément de rapport; mais j'estime que, pour ménager les moments de l'Académie, c'est une habitude qu'il ne faudrait pas laisser prendre à MM. les rapporteurs.

M. Trousseau cherche à substituer à l'explication de M. Rilliet une interprétation qui m'a paru tout aussi étrange, tout aussi inattendue que celle du médecin de Genève. Expliquer l'iodisme par

le goître exophthalmique me semble aussi hasardé que de l'expliquer par l'absence de l'iode dans l'air!

Quant au *mingere ad parietes* que M. Trousseau dit être un des attributs de l'homme, d'après la Bible, c'est une mauvaise plaisanterie, qui ne doit pas trouver crédit dans une enceinte aussi grave, aussi sérieuse que la nôtre.

M. *Trousseau*. C'est dans la Bible, au livre des *Rois;* je vous le montrerai quand vous voudrez.

M. *le Secrétaire perpétuel*. Je m'associe entièrement à tout ce que vient de dire M. Malgaigne. J'ajouterai que le bureau n'a pas voulu imposer un tour de force à M. Trousseau. En lui confiant les mémoires de M. Rilliet et de M. Boinet, il n'a fait que se conformer à un usage consacré, qui est de donner à un même rapporteur les travaux relatifs à un même sujet.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 6 AVRIL 1860.

Rapport sur les comptes de M. le trésorier.
Communications diverses.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De la stomatite ulcéreuse des soldats, et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthérique, ulcéro-membraneuse, par M. le docteur E.-J. BERGERON, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Nous empruntons au résumé que M. Bergeron a publié de sa brochure sur la stomatite ulcéreuse (*Archives générales de médecine*, octobre 1859), quelques détails qui n'ont pas pu trouver place dans l'analyse qu'en a donnée dans nos colonnes M. Chauffard.

Sous le rapport de l'étiologie, nous n'avons qu'un mot à ajouter. Pour démontrer pour la stomatite ulcéreuse des soldats la transmissibilité par contact immédiat, déjà admise par M. Taupin pour la stomatite ulcéreuse des enfants, M. Bergeron a eu recours, en se prenant lui-même pour sujet de l'expérience, à l'inoculation, qui a réussi. Pendant qu'il était atteint de stomatite discrète, un de ses parents, vivant dans son intérieur, fut pris d'une stomatite ulcéreuse type. Il semble résulter de cet incident que, par suite de phénomènes analogues à ceux que l'on obtenait autrefois par l'inoculation de la variole, une stomatite discrète ou modifiée, résultant directement de l'inoculation, ait été capable de produire chez un troisième sujet une stomatite de tout point semblable à la stomatite primitive.

Le tableau général de la maladie est très analogue à celui de la stomatite ulcéro-membraneuse des enfants. Après une période d'incubation dont les faits ne permettent pas encore de déterminer la durée d'une manière précise, tantôt la stomatite ulcéreuse débute par un ensemble de phénomènes généraux, véritables prodromes qui précèdent d'un à six jours l'apparition des symptômes locaux; tantôt, au contraire, ceux-ci paraissent se montrer d'emblée : c'est tantôt un sentiment de chaleur dans toute la bouche, tantôt une douleur limitée à un seul point de la muqueuse, et dès ce moment on peut constater une injection générale ou partielle de cette membrane, à laquelle succède l'ulcération précédée ou non d'une pustule.

Presque toujours alors, s'il y a eu des phénomènes prodromiques, ils disparaissent, et la fièvre cesse pour reparaître à une autre période de la maladie, et constituer ainsi une fièvre secondaire.

L'ulcération, d'abord très circonscrite et superficielle, souvent masquée d'une pseudo-membrane molle, jaune, s'étend rapidement en surface et en profondeur; elle devient alors douloureuse, puis tantôt elle se recouvre d'une bouillie grisâtre et comme plâtreuse (c'est ce qui a constamment lieu aux gencives); tantôt, ainsi qu'on l'observe à la face interne des joues, au voile du palais et aux amygdales, ses bords tuméfiés circonscrivent une lame plus ou moins épaisse d'un tissu jaune résistant, quelquefois ponctué de taches ecchymotiques, toujours adhérent par son centre, et baignant dans un liquide sanieux, mélange de pus et de sang, dont la consistance et la couleur varient avec la proportion relative de ces deux éléments.

En même temps, la salivation devient abondante, l'haleine fétide, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent, ainsi que le tissu cellulaire qui les entoure, et les douleurs s'exaspèrent au point de rendre parfois impossibles la mastication et la déglutition. L'angine ulcéreuse s'accompagne de peu de douleur, et les ulcérations des amygdales ne déterminent pas l'engorgement ganglionnaire.

C'est alors aussi qu'apparaissent des troubles généraux dont la gravité est toujours en rapport avec l'étendue des altérations de la muqueuse buccale. Chez certains malades dont les ulcérations sont peu profondes, il y a simplement de l'anorexie et parfois un mouvement fébrile peu prononcé, tandis que chez d'autres on voit survenir de la céphalalgie, des nausées rarement suivies de vomissements, une fièvre quelquefois assez vive, avec un sentiment de lassitude, et même, dans quelques cas, une prostration profonde dont la physionomie porte l'empreinte bien marquée.

Après un laps de temps dont la durée varie suivant que la maladie est abandonnée à elle-même ou qu'elle est convenablement traitée, mais qui, en général, même dans le premier cas, ne dépasse pas deux septénaires et pendant lequel elle reste stationnaire, les phénomènes généraux s'amendent et disparaissent en même temps que les altérations locales se modifient elles-mêmes; ou bien les ulcérations passent à l'état chronique, ou bien elles se détergent et se cicatrisent; mais la guérison est encore souvent retardée par des rechutes. La durée de la stomatite ulcéreuse est très variable : convenablement traitée elle peut guérir dans l'espace de huit ou dix jours; abandonnée à elle-même, elle peut durer jusqu'à trois mois. Quant à sa terminaison, elle est toujours favorable.

Voici le mode de traitement que M. Bergeron recommande comme étant le plus prompt et le plus efficace. Dans la forme aiguë, si à l'état fébrile se joignent des signes manifestes d'embarras gastrique, l'emploi d'un vomitif devra précéder de quelques heures ou d'un jour au plus l'administration du chlorate de potasse à la dose de 4 grammes. Si, au bout de six à sept jours, et après une amélioration qui est constante, le travail de réparation s'arrête, il faut porter la dose de chlorate à 6 grammes; et si, dans les trois ou quatre jours qui suivent cette augmentation de dose, aucune modification ne s'est produite, il faut renoncer à la médication et se borner à appliquer chaque jour sur les surfaces ulcérées un peu de chlorure de chaux. Un nouveau temps d'arrêt peut se produire, et c'est alors qu'il faudra revenir au chlorate de potasse, qui, cette fois, pourra tout terminer dans l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Sur la recherche du sucre dans l'urine, par M. le docteur Ch. LECONTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Des recherches répétées ont prouvé de nouveau à M. Leconte que si quelques personnes ont admis dans l'urine normale de l'homme et dans celle des femmes en lactation (M. Brucke) la présence d'une quantité notable de sucre, c'est qu'elles ont donné à des caractères insuffisants une valeur scientifique qu'ils ne possèdent pas. Si les procédés de Trommer, de Barreswill, ainsi que la chaux, la potasse, le sous-nitrate de bismuth, peuvent, pour les colorations diverses qu'ils donnent en présence de plusieurs substances réductrices, guider dans la recherche du sucre, ils ne constituent que des caractères d'un ordre inférieur, sur lesquels on ne

saurait se baser pour affirmer la présence du sucre dans l'urine normale.

Les caractères *essentiels* du sucre sont :

1° Une fermentation prompte en présence de la levûre de bière avec formation d'acide carbonique *pur* et d'*alcool;* une opération comparative faite sans sucre et dans les mêmes conditions doit toujours contrôler la valeur de la levûre. Dans les cas douteux, il est absolument nécessaire de recourir au procédé suivant :

2° L'extraction du sucre lui-même à l'aide du procédé de M. Lehmann, modifié ainsi qu'il suit :

On acidule très légèrement l'urine avec l'acide sulfurique, les sulfates minéraux étant tous insolubles dans l'alcool; on évapore au bain-marie dans des assiettes peu profondes, et l'on obtient ainsi un résidu pâteux auquel on ajoute à chaud une petite quantité d'alcool à 33 degrés pour le délayer; on l'introduit alors dans une fiole et on l'épuise à l'ébullition par des traitements successifs avec de l'alcool à 33 degrés. Les liqueurs sont réunies, chauffées ensemble et filtrées après refroidissement. On ajoute alors peu à peu une solution récente et saturée de potasse caustique dans l'alcool, et l'on agite fortement après chaque addition; la liqueur, qui s'était d'abord troublée, s'éclaircit par la séparation d'une substance pâteuse qui adhère aux parois de la fiole. On continue ainsi les additions de potasse jusqu'à ce que la liqueur ne se trouble plus; arrivé à ce terme, on décante la liqueur claire, on lave à plusieurs reprises le magma de la fiole avec de l'alcool, puis, après l'avoir dissous dans un peu d'eau, on précipite la potasse par un léger excès d'acide tartrique et l'on agite. Le bitartrate de potasse est séparé par le filtre; la liqueur acide est mise en contact, toujours à froid, avec un excès de craie, et on l'y laisse en l'agitant de temps à autre, jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement neutre au papier de tournesol violet; on filtre de nouveau, on évapore au bain-marie, et le résidu est épuisé par l'alcool.

La liqueur alcoolique, évaporée spontanément, laisse un sirop qui, après un assez longtemps, donne de petits cristaux qui occupent presque toute la masse. Ces cristaux sont des prismes à quatre pans terminés par des sommets dièdres très visibles au microscope.

Lorsqu'au lieu d'extraire le sucre, on veut se contenter de la fermentation, il suffit de saturer la liqueur aqueuse du précipité potassique par l'acide sulfurique étendu d'eau; le sulfate de potasse étant peu soluble se dépose surtout par l'agitation; on le sépare par le filtre, et la liqueur claire, étendue d'un peu d'eau et additionnée de levûre de bière, est introduite dans un appareil à fermentation.

M. Leconte a appliqué ce procédé à quatre urines réduisant fortement la liqueur cupro-potassique et provenant de femmes en lactation, et à six urines d'hommes bien portants, et jamais il n'a pu obtenir de fermentation. Et, par contre, il a pu extraire du sucre de 200 grammes d'urine, auxquels il avait ajouté 1 décigramme seulement de ce corps, soit un demi-millième. (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux,* t. II, p. 593, 1859.)

Accidents toxiques à la suite de l'administration de la santonine, rapport à la Société brésilienne de pharmacie, par MM. Dantas, Janvrot et Vieira.

L'affaire qui a donné lieu à ce rapport est déjà assez ancienne (août 1856); nous la signalerons néanmoins en quelques mots, parce qu'un fait analogue s'est produit récemment à Bruxelles, et parce qu'il s'agit, non d'une action toxique réelle de la santonine, mais de falsifications ou de mélanges accidentels de cette substance avec de la strychnine; il suffira de nommer cette sophistication pour éveiller l'attention des médecins et des pharmaciens.

Les empoisonnements, au nombre de six, qui ont occupé la Société brésilienne, et dont un a été mortel, avaient tous été produits par de la santonine prise dans une seule et même officine. Comme on avait administré en même temps du calomel, on pouvait se demander si l'emploi simultané de ces deux substances aurait des dangers que ne présente point l'usage de la santonine seule. Cette question fut résolue négativement par des expériences instituées par la commission; mais l'analyse chimique démontra que la santonine fournie par l'officine en cause contenait de la strychnine dans la proportion de 20 pour 100.

La proportion de strychnine était encore plus forte (cinq parties de strychnine sur quatre de santonine) dans le cas de M. Simons; le malade mourut peu de temps après l'ingestion de la poudre vermifuge. (*La Espana medica*, 13 octobre 1859.)

Rupture des valvules aortiques, observation communiquée à la Société pathologique de New-York par M. le docteur Sands.

Rupture d'une partie des cordes tendineuses de la valvule mitrale; mort par hémorrhagie méningée, communication à la Société pathologique de New-York par M. Dalton,

Nous avons reproduit récemment (n° 38) une observation de rupture des cordes tendineuses de la valvule mitrale recueillie par M. Allix.

A l'occasion de la communication de M. Dalton à la Société pathologique de New-York, M. Clark a relaté brièvement un fait analogue. Dans ce cas, la rupture s'était produite plusieurs semaines avant la mort du malade. A cet égard, le fait de M. Clark est exceptionnel, la mort étant généralement beaucoup plus rapide à la suite des ruptures des tendons de la valvule mitrale, tandis que la rupture des valvules aortiques laisse souvent survivre les malades beaucoup plus longtemps. MM. Aran, Valleix et autres, ont fait connaître des exemples curieux de cette dernière lésion. L'observation suivante de M. Sands n'est pas moins intéressante :

Obs. — Il s'agit d'un *policeman* qui mourut quatre semaines après une rencontre dans laquelle il avait été roué de coups. Pendant les deux premiers jours qui suivirent cette rencontre, il se porta assez bien; il fut alors obligé de se mettre au repos, sans que l'on pût d'abord constater chez lui autre chose que des contusions de la poitrine. Au bout de dix jours, on constata des symptômes de pleurésie et un souffle systolique à la base du cœur. Le pouls était à 80 environ et ne se rallentit plus à partir de ce jour. Il monta à 130-140 pendant la dernière semaine, et devint encore plus fréquent quelques jours avant la mort, qui fut précédée de dyspnée et d'une forte fièvre.

A l'*autopsie*, outre un épanchement séreux dans les plèvres et dans le péricarde, on trouva une déchirure de l'endocarde dans le voisinage des valvules aortiques, des dépôts fibrineux sur l'une de ces valvules, une rupture incomplète d'une autre, allant depuis sa base jusqu'auprès de son bord libre, et une solution de continuité plus étendue de la troisième, dont il ne restait plus que des vestiges. L'endocarde était également le siége de quelques dépôts fibrineux sur les limites de l'oreillette et du ventricule. (*New-York Medical Press*, 1859, t. II, n° 15.)

—L'observation suivante prouve que la rupture d'une partie des cordes tendineuses de la valvule mitrale n'entraîne pas nécessairement et directement une mort rapide.

Obs. — Un homme âgé de quarante ans environ fut trouvé sans connaissance, le 10 août 1859, par un domestique qui l'avait quitté quelques instants auparavant, au moment où il était à table. Il parut revenir à lui un instant, mais lorsqu'il fut vu par un médecin, presque aussitôt après il était dans le coma le plus complet; la respiration était stertoreuse, le pouls extrêmement faible, les extrémités froides.

M. Dalton, qui le vit trois quarts d'heure après l'attaque, trouva le pouls très fort et très plein, la respiration irrégulière. Absence complète de connaissance, immobilité, extrémités flasques. Le pouls devint irrégulier, tout en conservant un volume et une force remarquables. En même temps, la respiration devint de plus en plus irrégulière et lente, et le malade mourut à peu près deux heures après le commencement de l'attaque.

On avait reconnu, à l'auscultation, un bruit de souffle systolique, surtout marqué à la base. On apprit plus tard que le malade avait eu, dans l'hiver dernier, un rhumatisme articulaire léger, et qu'il avait été souffrant pendant quelque temps avant sa mort.

A l'*autopsie*, on trouva un épanchement sanguin intra-arachnoïdien et sous-arachnoïdien considérable au niveau des lobes antérieurs du cerveau. En ouvrant le cœur, dont le ventricule gauche était légèrement hypertrophié, on trouva une rupture de deux des principaux cordages tendineux qui s'attachent à la valve antérieure de la valvule mitrale. Leurs extrémités libres étaient renflées en une espèce de bulbe et couvertes de dépots

fibrineux, et le point de la valvule d'où ils avaient été arrachés était couvert de petites végétations verruqueuses, que l'on pouvait détacher sans employer beaucoup de force. Des végétations semblables se trouvaient également à la base de la valvule, du côté de l'oreillette. Une partie de l'endocarde de cette cavité était recouverte de dépôts granuleux. La valvule mitrale était évidemment insuffisante.

Il résulte évidemment de la présence de végétations sur les points d'où les cordes tendineuses avaient été arrachées, que la rupture de ces cordages a eu lieu à une époque assez éloignée de la mort. Il semblerait même, d'après les antécédents, à la vérité assez vagues, que cette lésion n'a pas donné lieu à des antécédents immédiats bien graves. (*New-York Medical Press*, 5 novembre 1859.)

Note sur un oculaire micrométrique qui donne sans calcul les dimensions des objets microscopiques, par M. le docteur Coulier, professeur de chimie au Val-de-Grâce.

La mensuration des objets microscopiques se fait habituellement à l'aide d'une échelle arbitraire placée dans l'oculaire. On détermine une fois pour toutes le rapport de cette échelle arbitraire avec un millimètre divisé en 100 parties ; puis, sachant combien de degrés de l'échelle de l'oculaire sont occupés par l'objet qu'on veut mesurer, on obtient la grandeur cherchée à l'aide d'une multiplication et d'une division. Ce calcul, tout simple qu'il est, devient fastidieux par la répétition. M. Coulier l'évite de la manière suivante :

« Je place au foyer de l'oculaire une échelle dans laquelle le millimètre est divisé en 10 parties (c'est celle qui se trouve dans tous les microscopes modernes). Je cherche ensuite le rapport qui existe entre cette division et le millimètre divisé en 100 parties, ou micromètre. Supposons que 27 divisions de l'oculaire égalent 19 centièmes de millimètre; je fais fabriquer une autre échelle dans laquelle 27 dixièmes de millimètres sont divisés en 19 parties. Cette nouvelle échelle, placée dans l'oculaire, donne immédiatement et sans calcul des centièmes de millimètre, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en regardant le millimètre divisé en 100 parties, car les divisions des deux échelles peuvent se superposer exactement. Il suffirait de diviser les 27 dixièmes de millimètre en 190 parties pour avoir immédiatement les millièmes, etc. Inutile de dire qu'il faut toujours se servir du même objectif; aussi, est-il bon de faire cette opération pour celui dont on se sert le plus souvent. » (*Journ. de la physiologie de l'homme et des animaux*, t. II, p. 670, 1859.)

Sur les accidents d'empoisonnement produits par le séjour dans des appartements peints avec du vert de Schweinfurt, par M. le docteur Lorinser (de Vienne).

S'il pouvait rester quelque incertitude sur la nature des accidents observés chez des individus qui avaient séjourné dans des appartements dont les murs étaient recouverts de couleurs arsenicales, le doute ne peut subsister en présence des faits publiés récemment par M. Lorinser (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n°s 43 et 44, 1859). Ayant fait plusieurs observations analogues à celles de MM. Whitehead, etc., chez des sujets qui habitaient depuis longtemps des pièces dont les murs étaient couverts d'une couleur arsenico-cuivrée, M. Lorinser fit analyser l'urine de plusieurs de ses malades par le professeur Ketzinsky. La présence d'une quantité, extrêmement faible il est vrai, d'arsenic dans ces urines fut constatée d'une manière évidente, et il est dès lors bien démontré que les poussières des couleurs arsenicales, mises en contact avec les muqueuses respiratoires ou avalées avec la salive, sont absorbées au moins en partie.

Un autre fait important ressort des analyses de M. Lorinser. Ayant fait rechercher le cuivre dans l'urine d'un des malades en question, ce métal y fut trouvé en minime proportion en même temps que l'arsenic. Les accidents toxiques produits par les couleurs arsenico-cuivrées seraient donc le résultat d'un double empoisonnement. Notons, en outre, que ce fait prouve bien que l'arsenic est introduit dans l'économie, au moins en partie, sous forme de poudre, puisque le cuivre ne peut fournir de composé gazeux.

Nouvelle méthode pour réduire les hernies étranglées, par M. le docteur Richardson, professeur au collége médical d'Ohio.

M. Richardson a réussi à réduire deux hernies inguinales étranglées qui avaient résisté au taxis fait suivant la méthode usuelle, en revenant au taxis après avoir fait placer son malade sur les genoux et les coudes, et en lui faisant exécuter en même temps un effort violent. La réduction s'opéra dans les deux cas avec une grande facilité, et ne fut suivie d'aucun accident.

M. Richardson explique ce résultat en faisant remarquer que pendant tout effort la pression exercée sur les viscères abominaux par la contraction du diaphragme a pour résultat de distendre les parois du ventre, et, par conséquent, d'agrandir les orifices naturels par lesquels s'échappent les hernies. La pression subie par les viscères étant répandue sur une très grande surface, il est facile de la contre-balancer (par le taxis) dans un point donné, et la hernie rentrera naturellement d'autant plus aisément que l'orifice par lequel elle passe est plus dilaté. M. Richardson pense que l'on pourra, par ce procédé, réduire toutes les hernies qui ne réclament pas la kélotomie, et que cette dernière opération sera réciproquement inévitable chaque fois que la nouvelle méthode aura échoué. (*Cincinnati Lancet and Observer*, novembre 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Von dem Mangel, der Verkümmerung and Verdoppelung der Gebärmutter, von der Nachempfängniss und der Ueberwanderung des Eies, von prof. A. Kussmaul in Heidelberg. Würzburg, 1859, in-8, p. 384. — *De l'absence, des anomalies de la matrice simple et double, de la superfétation et de la migration de l'œuf*, par M. A. Kussmaul, professeur à Heidelberg (maintenant à Erlangen). Würzbourg, 1859, in-8, 384.

Quoique la physiologie, la pathologie et l'anatomie pathologique de l'utérus et de ses annexes aient été dans les derniers temps l'objet d'études spéciales de la part des médecins et des anatomistes, il n'en est pas moins vrai, et tous ceux qui connaissent la littérature concernant ce sujet le savent, — que la science a encore un grand nombre de points à éclaircir et beaucoup de questions importantes à résoudre. Nous sommes heureux de pouvoir constater qu'on fait de louables efforts pour sortir de cette confusion, et nous avons à féliciter aujourd'hui M. le professeur Kussmaul de l'excellent livre qu'il vient de publier.

Dans cet ouvrage, nous trouvons non-seulement une série d'observations originales très intéressantes, mais encore une analyse sommaire de tous les travaux antérieurs qui se rapportent au sujet en question, et que l'auteur a eu soin de soumettre à un examen plus consciencieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. C'est ainsi qu'il passe en revue de nombreux cas de prétendues grossesses tubaires qui ne sont, en réalité, que des cas de grossesse dans les cornes rabougries d'une matrice unicorne. Il fallait retoucher aussi la doctrine de l'utérus double, qui se basait principalement sur les travaux de Meckel, Cassan et Rokitansky. Les matériaux sont maintenant rassemblés en masse; on doit reprendre les anciennes observations pour les apprécier à leur juste valeur, car parmi les données des meilleurs auteurs sur l'influence qu'exerce le dédoublement de l'utérus sur la marche de la grossesse, de la parturition et des couches, il y en a beaucoup qui reposent sur des observations tellement vagues, qu'elles doivent être, sinon complétement rejetées, du moins considérablement modifiées. Même chaos, même confusion quant à la doctrine sur l'absence et les anomalies de la matrice. En effet, on n'a qu'à jeter un coup d'œil dans les meilleurs traités d'anatomie pathologique ou dans les ouvrages spécialement consacrés aux maladies des femmes pour se convaincre

combien ils laissent tous à désirer sous ce rapport. Certes, nous possédions un grand nombre d'observations isolées très estimables, mais pas une seule monographie qui aurait approfondi et épuisé cet intéressant sujet. C'est M. le professeur Kussmaul qui a pris pour tâche de rassembler, trier et coordonner les faits si nombreux et si épars qui se rapportent à ces questions, tout en enrichissant la science de quelques faits nouveaux. Nous ne pouvons pas entrer dans plus de détails à cet égard et renvoyons le lecteur au livre même. Qu'il nous soit cependant permis de remarquer qu'il n'était guère possible de faire une collection complète de toutes les données qui se trouvaient disséminées dans une foule de dissertations, de recueils périodiques et autres ouvrages de différentes nations. En faisant attention à ces circonstances, on conviendra avec nous que M. Kussmaul n'a pas failli à sa tâche ; il a rassemblé assez de matériaux, réuni un nombre suffisant de faits pour traiter le sujet avec succès. Qu'il reçoive ici l'éloge dû à un travail si long poursuivi avec tant de persévérance.

Une des parties les plus intéressantes de ce livre est, sans contredit, celle où l'auteur s'occupe de la théorie de la superfétation, qui est dans un rapport si intime avec le dédoublement de la matrice et la grossesse utérine. Il y suit l'exemple de la plupart des auteurs anciens qui, dans leurs traités sur l'utérus double, ajoutaient généralement des considérations sur la superfétation. Il étudie d'une manière toute spéciale la question *de la continuation de l'ovulation pendant la grossesse*. Il fait remarquer tout d'abord que la *superfécondation* (il entend par là la fécondation de plusieurs œufs qui mûrissent pendant la *même* période d'ovulation, non-seulement à des époques différentes, mais aussi à la suite de différents actes de copulation) est démontrée d'une manière irréfutable par des faits tirés du règne animal; car tout le monde sait qu'une jument qui a été couverte à quelques jours d'intervalle par un étalon et un âne peut mettre bas un poulain et un mulet; de même que chez les chiens et les chats les petits rappellent par la variété de leur race ou de leur couleur les différents mâles qui ont couvert la femelle, etc. Quant à la *superfétation* (fécondation de plusieurs ovules à différentes époques d'ovulation de la même grossesse), on l'a généralement admise pour les cas où la matrice est double, tandis qu'on l'a niée pour ceux où la matrice est simple. Il est clair que dans la théorie de la superfétation il s'agit avant tout de savoir s'il y a des œufs qui mûrissent et se détachent pendant la grossesse. Viennent ensuite les questions suivantes : Une matrice simple étant fécondée ou la moitié latérale d'une matrice double, y a-t-il là un obstacle absolu à une deuxième fécondation? En est-il de même d'une matrice double, dont la moitié latérale n'est pas fécondée? Enfin, y avait-il réellement superfétation, que l'utérus fût simple ou double, dans les cas avancés comme tels jusqu'ici?

Pour ce qui regarde la question capitale, à savoir si pendant la grossesse des ovules peuvent mûrir et se détacher, on sait que M. Scanzoni prétend que c'est là le cas ordinaire. Il s'appuie principalement sur ce que, dans bien des autopsies de femmes mortes bientôt après les couches, l'examen des ovaires lui aurait clairement indiqué la maturation et la séparation d'un ou de plusieurs œufs ayant eu lieu très peu de temps avant. Contrairement à cela, M. Kussmaul cite les données de MM. Kiwisch, Virchow, Hecker et d'autres auteurs qui, dans un nombre très considérable d'autopsies, n'ont jamais trouvé des vésicules de Graaf rompues sur les cadavres de femmes enceintes ou accouchées, et il est par conséquent de l'avis qu'il faut considérer l'ovulation comme n'ayant lieu que très rarement pendant la grossesse, sans qu'il veuille cependant la nier pour tous les cas. M. Scanzoni avance, en outre, comme parlant en faveur de la continuation de l'ovulation chez les femmes enceintes, le fait que celles-ci ont des *molimina menstrualia* à l'époque ordinaire de leurs règles. A quoi l'auteur du livre que nous sommes en train d'analyser répond que : premièrement ces phénomènes ne peuvent pas être prouvés avec certitude chez la plupart des femmes enceintes, et ensuite, que même dans le cas où ils auraient réellement lieu, il ne faudrait pas encore pour cela qu'ils dépendent de l'ovulation. Il rappelle ici le fait connu de femmes avec des ovaires fœtals, ayant périodiquement des molimina menstrualia, et chez lesquelles les œufs n'arrivaient jamais à maturation, et il ajoute l'observation de Steglehner, lequel, faisant l'autopsie d'une « charmante jeune dame noble, » qui avait aussi éprouvé périodiquement de ces mouvements d'excitation, la trouva pourvue de testicules et d'épididyme. A l'appui de sa doctrine, M. Scanzoni remarque ensuite que des écoulements sanguins surviennent quelquefois chez les femmes enceintes, et très souvent des fausses couches, à une époque correspondant à la menstruation. Ce que M. Kussmaul n'admet pas non plus, car, réplique-t-il, il n'est nullement prouvé que le nombre des fausses couches survenant à une époque *qui correspond* à l'écoulement menstruel soit plus considérables que celles que l'on constate à des époques *qui ne correspondent pas* à la menstruation. En outre, dit-il, si réellement des écoulements sanguins ont lieu pendant la grossesse, ne doivent-ils pas avoir pour cause la maturation d'un œuf? car pendant le typhus et chez de vieilles femmes, nous observons aussi des écoulements sanguins d'un caractère en apparence menstruel, sans que nous puissions découvrir à l'autopsie des vésicules de Graaf rompues. Enfin, le dernier argument de M. Scanzoni, à savoir que l'on trouve fréquemment plusieurs corps jaunes chez des femmes accouchées, est également réfuté par M. Kussmaul; car, remarque-t-il avec raison, non-seulement il se peut que pendant *une* époque menstruelle il se forme deux ou même trois corps jaunes s'il y a des œufs mûrs dans plusieurs vésicules de Graaf; mais il se peut même qu'il y en ait encore *d'autres* provenant d'époques plus éloignées et se trouvant à différents degrés de développement. Nous savons, du reste, que plus est rapide le développement des corps jaunes pendant la grossesse, plus est lent aussi le travail d'involution qui y a lieu. Il a de plus recueilli dans la littérature de la grossesse extra-utérine près de quarante observations où, après des fausses couches suivies de mort, on a tout particulièrement examiné les vésicules de Graaf et les corps jaunes, et qui sont loin de nous faire croire que les corps jaunes continuent de se former pendant la grossesse. Les cas que l'on cite comme de véritables superfétations dans les grossesses extra-utérines sont si incertains, qu'ils doivent nous rendre très méfiants à l'égard de la doctrine de la continuation de l'ovulation pendant la grossesse ; parmi deux cents observations, M. Kussmaul n'en a pas trouvé une seule qui la mette hors de doute : et, de tout cela, il tire la conclusion *que l'ovulation, continuant pendant la grossesse, doit certainement être regardée comme un fait excessivement rare.*

Tandis que, dans les recherches antérieures sur ce sujet, on n'avait accordé que peu ou pas d'attention à la question que nous venons d'examiner, on avait apporté un soin extrême à étudier *l'état de l'utérus fécondé par rapport à la possibilité de la superfétation*, et l'on était généralement arrivé à croire que la superfétation ne peut pas avoir lieu. Voici l'opinion de M. Kussmaul à cet égard : il prétend que par lui-même l'état de fécondation d'une matrice simple ou de la moitié latérale d'une matrice double ne constitue pas un obstacle absolu à une deuxième fécondation pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse. Et il se base sur les faits suivants : l'orifice utérin externe ne se ferme pas immédiatement après la fécondation, comme les auteurs anciens l'avaient prétendu; la decidua ne se termine pas en bas en forme de sac à l'orifice utérin interne, comme on l'avait cru pareillement, et elle ne bouche pas non plus les orifices qui vont des trompes de Fallope à l'utérus ; enfin, les viscosités muqueuses qui remplissent le canal du col de la matrice fécondée ne sont pas imperméables à la liqueur séminale et peuvent, du reste, être facilement expulsées pendant la grossesse. De sorte que le seul obstacle réel qui s'oppose à la progression du sperme dans une matrice fécondée se trouve être l'œuf lui-même dès qu'il remplit la cavité de l'utérus et qu'il bouche les orifices des trompes. Par conséquent, pendant les deux ou trois premières semaines de la grossesse, la progression du sperme dans les deux trompes pourrait encore avoir lieu, ce qui doit nécessairement devenir plus difficile quand la grossesse est plus avancée.

Quant à la question de savoir si l'état de non-fécondation de la moitié latérale d'une matrice double rend une deuxième fécondation impossible, M. Kussmaul nous fait remarquer que toujours, lorsque la matrice est double, la moitié latérale non fécondée participe à la tendance plastique plus grande de la moitié fécondée ; du reste,

l'écoulement menstruel y est d'ordinaire complétement supprimé, de sorte que si l'ovulation a lieu ici, cela ne peut être qu'exceptionnellement, et par conséquent la possibilité d'une superfétation devient assez invraisemblable dans ces cas.

Enfin, nous trouvons dans ce livre une analyse intéressante des cas cités par les auteurs, dans lesquels il y aurait eu superfétation dans une matrice simple ou double, où l'auteur remarque que réellement quelques observations sembleraient parler en faveur de la superfétation, c'est-à-dire des cas où des jumeaux sont nés à des époques très éloignées, à quelques mois de distance ; mais il ajoute que ces cas, même les plus frappants, peuvent très bien être considérés comme des accouchements gémellaires, où l'un des enfants est précoce et né avant terme, et l'autre tardif et né après terme.

A la fin de l'ouvrage, l'auteur entre dans quelques considérations *sur la migration de l'œuf*, que M. Bischoff a observé le premier chez plusieurs mammifères à utérus *bicornis infra simplex*. Et s'appuyant sur des faits positifs, il arrive à la conclusion que, dans l'utérus simple, l'œuf humain peut passer de l'ovaire d'un côté dans celui du côté opposé ; ensuite que dans l'utérus unicornis avec une corne latérale vicieusement conformée, un œuf passe quelquefois de l'ovaire de la corne qui est normalement développée dans la corne rabougrie, enfin que dans l'utérus normal l'œuf peut, par exception, passer de l'ovaire d'un côté dans les trompes du côté opposé et se développer après y avoir été fécondé.

Ces quelques mots suffiront pour appeler l'attention de nos lecteurs sur un ouvrage qui a demandé autant de travail que de patience, et qui se distingue surtout par sa clarté et son originalité. Il ne peut manquer d'assigner à l'auteur une place honorable parmi les autorités gynécologiques de notre époque. De nombreuses gravures, dont l'exécution ne laisse rien à désirer, sont intercalées dans le texte.

VI

VARIÉTÉS.

Le concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements a été ouvert lundi dernier 2 avril. Les concurrents inscrits sont : *Pour la chirurgie* : MM. Anselmier, Bastien, Bauchet, Béraud, Dolbeau, Guyon, Houel, Legendre, Parmontier, Rambaud. *Pour les accouchements* : MM. Charrier, Mattei, Salmon et Tarnier. Le mardi 3 avril, les candidats ont été appelés à faire leur épreuve écrite. La question était ainsi conçue : ***Moelle épinière, anatomie et physiologie.***

— A la suite du dernier concours pour les places d'internes en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux, ont été nommés : MM. Calmann, Giraud, Orrillard, Gelin, Audouard, Leclère, Boisset, Louvet, Rochette, Azemar, Destez, Vorin, Meulé, Laclotre, Perigal, Schneider, Beau, Gasselin, Brosse, Dony, Nourrin, Sicard, Miedan, Lacôte, Voisin, Charlet, Coste, Doullys, Nivet, et Bureau-Riofrey.

— La Société impériale de médecine de Bordeaux avait proposé en 1857 un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante : « — *Des injections iodées dans les cavités séreuses naturelles.* » — Dans sa dernière séance solennelle elle a décerné à M. le docteur Jousset (de Paris) une médaille d'or de 200 fr. ; à M. Ern. Maurin, chirurgien des hôpitaux de Marseille, une médaille d'or de 100 fr.

La même Société propose pour 1860 la question suivante : « De la prophylaxie de la tuberculose. » Le prix sera de 300 fr.

Pour le concours de 1861 : « Déterminer par des faits bien observés et sévèrement contrôlés, si les troubles de la volonté sont indépendants de ceux de l'intelligence, et établir les circonstances dans lesquelles l'homme est irresponsable de ses actes. Quels vœux pourrait-on émettre à ce sujet, relativement aux modifications à apporter dans la législation ? — Le prix sera de 500 francs.

Adresser les mémoires écrits en latin, français, italien, anglais ou allemand, dans les formes académiques, à M. Dégranges, secrétaire général de la Société, rue Sainte-Catherine, 25, à Bordeaux, avant le 12 septembre.

— En exécution d'un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, un concours de matière médicale pour le prix Menier est ouvert à l'École de Pharmacie de Paris. Le sujet mis au concours est le suivant : *Du quinquina.* Caractères des diverses sortes de quinquinas qui existent dans le commerce : espèces botaniques qui les fournissent ; lieux de provenance ; falsifications dont elles peuvent être l'objet ; moyens de les reconnaître. La question, traitée sous forme de dissertation écrite, devra être déposée par les concurrents, sous enveloppe cachetée, au secrétariat de l'École, du 15 au 31 juillet.

— Un des plus savants aliénistes de l'Europe, le docteur Joseph Guislain, professeur de physiologie à l'Université, médecin en chef de l'asile des aliénés de Gand, auteur de nombreux ouvrages estimés sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, vient de succomber le 1er avril, à la suite de l'opération de la hernie étranglée. Il est mort, nous écrit-on, en chrétien fervent, après avoir supporté avec une résignation admirable et un courage héroïque, trois jours de tortures cruelles.

— Une autre mort qui sera vivement sentie est celle de M. le docteur Camus, membre et ancien président de la Société de médecine de Paris. Médecin instruit, praticien éclairé autant que consciencieux, M. Camus laisse les plus honorables souvenirs parmi ses confrères.

— Par suite de la nomination de M. Demarquay à la maison municipale de santé, M. Béraud, chirurgien du bureau central, a été désigné pour remplir la place de chirurgien adjoint à l'hôpital de la Maternité.

— M. le docteur Farini, gouverneur de la province de l'Émilie, vient de recevoir de Sa Majesté le roi de Piémont le collier de l'ordre suprême de la Sainte-Annonciade. Cette faveur, accordée à un médecin, a été encore relevée par cette circonstance, que le roi a dû faire remise à M. Farini de la condition de trois quartiers de noblesse, exigible pour entrer dans l'ordre de l'Annonciade. Quand le roi écrit à un collier de l'ordre de la Sainte-Annonciade, il l'appelle son *bien-aimé cousin*. (*Gaz. med. italiana Stati Sardi.*)

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

De la paralysie diphthérique, recherches cliniques sur les causes, la nature et le traitement de cette affection, par le docteur *V.-P.-A. Maingault*. In-8 de 163 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, professées par le docteur *Bazin*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., rédigées et publiées par *L. Sergent*, interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur. In-8 de 390 pages. Paris, Adrien Delahaye. Franco par la poste. 5 fr.

Pougues : ses eaux minérales, ses environs, par le docteur *Félix Roubaud*. In-12, orné d'une vue et d'une carte des environs de Pougues, dressée par *Sagansan*. A la Librairie nouvelle. 3 fr.

Quelques recherches sur la diphthérite et sur le croup, faites a l'occasion d'une épidémie observée a l'hôpital des Enfants en 1858, par le docteur *Michel Peter*. In-4. Paris, Labé. 1 fr. 50

Revue pharmaceutique de 1859, servant de supplément à l'*Officine* pour 1860, par *Dorvault*. Paris, Labé. 1 fr. 50

Typhus contagieux des bêtes bovines, par *Renault*. In-8. Paris, Labé. 2 fr. 50

Die Principien der vergleichenden Pathologie und Therapie der Haussäugethiere und des Menschen und ihre Formen (Principes de pathologie et de thérapeutique comparées de l'homme et des animaux et de leurs formes), par *J.-E.-L. Falke*. Première moitié. In-8. Erlangue, Enke.

A Practical Treatise on Fractures and Dislocations (Traité pratique des fractures et luxations), par *F.-H. Hamilton*. In-8, avec 289 figures. Philadelphie. 35 fr.

On Consumption ; its True Nature and Succesful Treatment (Sur la phthisie : sa vraie nature et son traitement efficace), par *G. Timms*. In-8. Londres, Churchill. 14 fr.

Practical Observations on the Prevention of Consumption ; with Statistical Tables of the Prevalence of the Disease, and of the Comparative Salubrity of Various Places at Home and Abroad (Observations pratiques sur la prévention de la phthisie), par *J. Hogg*. In-8. Londres, Hardwick. 7 fr.

The Causes and Treatment of Imperfect Digestion (Les causes et le traitement de la digestion imparfaite), par *A. Leared*. In-12. Londres, Churchill. 5 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 13 AVRIL 1860. N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 17 février au 16 mars 1860.

14. TAQUOY, Léon-Sosthène-Émile, né à Montmort (Maine). [*De la coxalgie.*]

15. BLONDET, Edme-Pierre, né à Douzy (Nièvre). [*De la nature et du traitement de l'énanthème diphthérique.*]

16. TARDIF, Anthelme-Antoine-Henri, né à Estendeuil (Puy-de-Dôme). [*Quelques mots sur le diagnostic des étranglements herniaires.*]

17. DUPIERRIS, Félix-Eugène, né à Porto-Rico (Antilles-Espagnoles). [*Du traitement par l'uréthrotomie interne des rétrécissements organiques de l'urèthre réfractaires aux moyens ordinaires.*]

18. SIREDEY, François, né à Lavilleneuve-les-Couverts (Côte-d'Or). [*De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines.*]

19. AUDE, Louis-Joseph-Timothée, né à Brignolles (Var). [*De l'accouchement artificiel au point de vue des indications.*]

20. QUERMELEUC, Hippolyte-Hyacinthe, né au Mans (Sarthe). [*Considérations sur l'hygiène des diverses professions maritimes à bord des navires.*]

21. CORTÈS, Salvador-Himijio-Antonio, né à Monovar (Espagne). [*De l'extirpation du cancer du rectum par la ligature extemporanée.*]

22. PERROT, Gilles-Ernest-Léopold, né à Tannay (Nièvre). [*Des luxations traumatiques bilatérales des cinq dernières vertèbres cervicales.*]

23. BOULIN, François-Léon, né à Moncla (Basses-Pyrénées). [*De la métrorrhagie considérée en dehors de l'état puerpéral; esquisse des principales affections dont elle est symptomatique, traitement.*]

24. FOURNIER, Jean-Alfred, né à Paris (Seine). [*De la contagion syphilitique.*]

25. MÉNIER, René-François, né à la Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire). [*Des fièvres intermittentes. Anatomie pathologique, causes, traitement.*]

26. TISSIER, Adolphe-Charles, né à Paris. [*Quelques considérations sur la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement.*]

27. RENOU, Ernest-Frédéric, né à Oucques (Loir-et-Cher). [*Des séreuses splanchniques et de leur inflammation.*]

FEUILLETON.

Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise (1).

Il est inutile de revenir une fois de plus sur l'utilité et même la nécessité pour le médecin de connaître les langues étrangères, mais bien peu d'entre nous ont, à l'exemple de nos confrères étrangers, parcouru, ne fût-ce que rapidement, les Universités d'Angleterre ou d'Allemagne. Sans doute la lecture peut nous tenir au courant des idées nouvelles, mais il est encore bien des connaissances pratiques que l'on ne peut acquérir que *de visu*.

Il est d'ailleurs plus important qu'on ne pense de connaître les hommes pour apprécier exactement le degré de confiance que l'on peut avoir dans leurs écrits, et quelques petits renseignements recueillis *vivâ voce*, mais que l'on ne confie pas à la presse, permettent en un instant de s'expliquer les succès trop nombreux et jusque-là inexplicables de tel chirurgien, les découvertes si fréquentes de tel anatomiste.

Si la chirurgie française, livrée presque à ses seules forces, est encore, quoiqu'en dise M. Syme, à la tête de la chirurgie européenne, que serait-elle, si nous savions plus communément profiter de ce qui se fait à l'étranger?

Une thèse inaugurale, présentée il y a quelques jours à la Faculté de médecine par M. Paul Topinard, ancien interne des hôpitaux, nous fournit l'occasion de donner sur la pratique chirurgicale, l'organisation administrative et l'hygiène des hôpitaux, les pansements et les résultats statistiques des grandes opérations en Angleterre, des renseignements qui intéresseront, nous l'espérons du moins, les chirurgiens français.

Le travail de M. Topinard nous servira de base et de point de départ.

Ayant, comme l'auteur de la thèse, passé plusieurs mois dans

(1) A propos d'une thèse récemment soutenue à la Faculté de médecine de Paris par M. Topinard.

28. Topinard, Paul, né à Jouy-le-Comte (Seine-et-Oise). [*Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise.*]

29. Copin, Charles, né à Fenain (Nièvre). [*De la fissure à l'anus.*]

30. Mazarredo (de), Ramon, né à Cienfugos (île de Cuba). [*Quelques questions sur la fièvre jaune et son diagnostic différentiel.*]

31 Lemariey, Théodore-Ed., né à Vieux-Port (Eure). [*Du traitement des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire.*]

32. Tillot, Émile-Auguste, né à Rouen (Seine-inférieure). [*De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin.*]

33. Dulmet, Casimir, né à la Rue (Corrèze). [*De la goutte.*]

34. Poyet, C.-F., né à Saint-Symphorien (Rhône). [*De la syphilis envisagée sous le rapport des mœurs orientales.*]

35. Péon, A., né à Givet (Ardennes). [*Aperçu sur la paralysie générale progressive.*]

36. Stoultz, (J.-Ernest, né à Conève (Suisse). [*De l'asthme considéré comme affection nerveuse.*]

37. Colvis, Joseph, né à la Nouvelle-Orléans (Louisianne). [*De l'éruption faveuse.*]

38. Silvestre, Aristide-Ant., né à Ax (Ariége). [*Des fentes vulvaires et des perforations du périnée chez la femme.*]

39. Panas, Photinos, né à Céphalonie (îles Ioniennes). [*Recherches sur l'anatomie des fosses nasales.*]

40. Tourasse, Eugène-François, né à Paris. [*De plusieurs accidents de la blennorrhagie.*]

41. Brunet, S.-V.-Ajax, né à Lyon. [*Des impulsions automatiques, ou monomanies instinctives au point de vue médico-légal*]

42. Iatropolo, Panajot. [*De la métrite folliculeuse ou granuleuse hémorrhagique* (*ou des fongosités utérines*), *et d'un nouveau mode de traitement par les crayons de tannin.*]

43. Coinoet, E.-N.-P., né à Marnoz (Jura). [*Des déchirures traumatiques spontanées du poumon.*]

44. Féron, Aristide-Louis, né au Mans (Sarthe). [*De la périnéphrite primitive.*]

45. Hevia (de), Pedro, né à la Havane. [*Considérations sur la dysenterie chronique, et spécialement sur l'emploi de la pulpe de viande crue dans cette maladie.*]

46. Mauriac, Charles, né à Saint-Aquilin (Dordogne). [*Études sur les maladies du cœur. De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Bourbon.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 12 avril 1860.

Académie de médecine : de l'iodisme constitutionnel. — Séance de laryngoscopie : M. Czermak. — Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Ainsi que nous l'avions pressenti, la discussion sur l'iodisme n'est pas close. Le discours de M. Chatin l'a ranimée, et c'est à peine si l'on peut conjecturer qu'elle se terminera dans la séance prochaine.

A parler franchement, nous ne voyons pas sans quelque regret l'Académie prodiguer son temps à une controverse qui ne peut s'alimenter que de conjectures ou d'interprétations ; car si l'on veut bien y prendre garde, ce qu'on cherche à savoir, ce n'est pas si M. Rilliet a vu ce qu'il décrit, mais comment on pourrait expliquer ce qu'il a vu. Sous tous les rapports, ce qu'il y aurait de plus sage, en présence des faits avancés par M. Rilliet, et à raison de ce qu'ils ont d'un peu inattendu, serait de surseoir à tout jugement et à toute discussion, d'y surseoir jusqu'à ce qu'on sût au moins si des faits de ce genre sont réellement aussi rares à Paris qu'on se plaît à le répéter. De ce qu'on n'en a pas observé, nous nous garderions d'en conclure qu'on n'en a pas eu sous les yeux. La maladie de Bright et la maladie d'Addison ont passé ici pour des curiosités étranges la première fois qu'on en a entendu parler. Déjà, d'ailleurs, M. Barthez, fidèle à son rôle de collaborateur de M. Rilliet, a cité dans l'Union médicale plusieurs cas d'iodisme empruntés à sa propre pratique. Bien plus, la base sur laquelle on s'appuie pour apprécier, en des sens contraires, l'influence de l'iode sur l'organisme, n'est donnée encore que par les travaux de M. Chatin. Certes, nous tenons en très haute estime la science de cet académicien ; mais enfin, avant de partir de ses expériences comme d'un point acquis pour marcher à l'attaque ou à la défense des doctrines genévoises, ne faudrait-il pas faire ce que lui-même demandait instamment dans son premier discours, c'est-à-dire vérifier ses assertions relatives à la diffusion de l'iode dans la nature?

En ce moment, sur la question de l'iodisme, il n'y a de bien utile à connaître que le mémoire de M. Rilliet, parce

---

les hôpitaux de Londres, nous ajouterons quelques détails qui n'ont pu trouver place dans une œuvre consciencieuse, mais à laquelle la gravité scientifique imposait des réserves.

Avant le *Medical Act* de 1859, la plus grande confusion régnait en Angleterre sur les titres autorisant la pratique de la médecine et de la chirurgie dans le Royaume-Uni. Depuis la publication de cet acte, sanctionné par le parlement, il faut, pour être admis à exercer la profession médicale, être inscrit sur une liste officielle, dont la rédaction est confiée à un conseil général d'éducation médicale et d'enregistrement, présidé par sir Benj.-C. Brodie. Cette inscription ne peut être obtenue que sur la présentation de diplômes ou licences délivrés par certains corps autorisés, malheureusement trop nombreux encore, car on n'en compte pas moins de dix-huit. Ce sont :

Les Universités de Londres, Oxford, Cambridge, Durham, Édimbourg, Glascow, Aberdeen, Saint-Andrews et Dublin.

Les Colléges royaux des médecins (physicians) de Londres, Édimbourg et Dublin.

Les Colléges royaux des chirurgiens (surgeons) des mêmes villes.

La Faculté de médecine de Glascow.

La Société de pharmacie (apothecary) de Londres et de Dublin.

Il est facile de voir que, sous ce rapport, l'Angleterre est fort en retard sur la France, et que l'exercice de la médecine n'y est pas entouré des garanties scientifiques que présente dans notre pays l'unité d'enseignement.

Les Universités confèrent les titres de bachelier et de docteur en médecine, que l'on indique, comme tous les autres titres, en Angleterre, par des initiales seulement. Le baccalauréat (M. B.), offre quelque analogie, non avec notre titre d'officier de santé, comme le dit M. Topinard, mais avec celui de bachelier ès-sciences. Le grade de bachelier en médecine prouve la possession de connaissances littéraires ; l'absence de ces connaissances est la cause principale du grand nombre de nos officiers de santé.

Le doctorat (M. D.), n'a pas la même signification qu'en France, et un grand nombre de praticiens distingués et même illustres

que, portant juste ou portant à faux, il pose une question claire et précise sur laquelle l'avenir pourra prononcer. Nous publions aujourd'hui une très grande partie de ce travail.

— La GAZETTE HEBDOMADAIRE a introduit en France la connaissance de la *laryngoscopie*, à la réserve de ce qu'en avaient déjà appris les expériences de M. Garcia (*Gazette hebdom.*, t. V, p. 390, et t. VI, p. 72, 104 et 396). Nous nous en félicitions tout particulièrement ces jours derniers en assistant, chez M. Follin, à une réunion où M. le professeur Czermak (de Pesth), qui a doté cette invention de grands perfectionnements, a fait l'exhibition et l'application de ses procédés. Comme nous avons décrit ses instruments, aussi bien que ceux de M. Turck, aux pages indiquées ci-dessus, nous n'y reviendrons pas. Nous devons ajouter pourtant que nos indications, en ce qui concerne M. Czermak (1859, p. 396), ne se rapportaient qu'à un procédé destiné à la démonstration publique, et dans lequel la même personne ne peut tout à la fois tenir le spéculum et inspecter les organes. Le professeur se place devant un miroir monté sur un pied fixe et introduit le spéculum dans sa bouche, pendant que le spectateur regarde à travers le miroir, percé à cet effet d'un trou central. Pour l'application sur le malade, le miroir est muni d'un appendice formant angle droit avec son plan et que le médecin tient entre ses dents, de manière que le trou du miroir soit au niveau de l'œil. On peut dès lors avec une main porter le spéculum dans la bouche du sujet et, s'il y a lieu, porter avec l'autre main un pinceau ou un instrument quelconque sur les organes découverts.

Ce que nous avons constaté dépasse nos présomptions. On ne verrait pas plus distinctement l'épiglotte, les cordes vocales supérieures et inférieures, les cartilages arythénoïdes et jusqu'au commencement de la trachée, si ces parties étaient étalées sur une table. M. Czermak est même parvenu à distinguer la bifurcation des bronches, ainsi qu'en témoigne un dessin pris sur place. En dirigeant le spéculum en haut, on découvre très clairement la partie postérieure des fosses nasales et les orifices des trompes d'Eustache.

Le parti que la pratique pourra tirer de cette invention, on le devine aisément. Le diagnostic des affections laryngées, de celles surtout qui siégent profondément, de certains polypes, des ulcérations syphilitiques ou autres, de la carie des arythénoïdes, etc., peut acquérir une certitude jusqu'ici inconnue. De plus, on pourra porter plus sûrement le remède sur un mal dont on connaîtra mieux le siége et la nature. Le cathétérisme laryngé pourra devenir une des opérations les plus simples et les plus faciles. Disons enfin que la physiologie, autant que nous avons pu en juger dans une rapide inspection, aura quelque chose à gagner ici. Il nous a paru qu'il ne serait pas hors de propos de reprendre, avec l'aide de ce nouveau moyen, l'étude du jeu des cordes vocales dans la phonation, le chant, le cri ou l'effort.

A. DECHAMBRE.

Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

QUATRIÈME ARTICLE.

DES VALVULES OU BARRIÈRES DU COL DE LA VESSIE. — Les travaux de M. Thompson nous ont paru, jusqu'à présent, mériter les plus grands éloges, et, si la critique semble prédominer dans ce qui précède, c'est que l'approbation exige beaucoup moins de développements que la contradiction. Mais nous regrettons de le dire, voici un chapitre relatif à un sujet de la plus haute importance qui, à divers points de vue, laisse beaucoup à désirer.

Les médecins savent assez généralement aujourd'hui en quoi consiste la maladie en question : c'est le bord postérieur du col de la vessie qui fait saillie en avant sous forme de pli transversal et qui, lorsqu'il s'avance assez pour recouvrir le bord antérieur d'une manière permanente, ferme l'orifice de l'urèthre à la manière d'une soupape et arrête plus ou moins complétement le cours de l'urine.

Après avoir exposé les diverses descriptions et théories des auteurs, sans s'enquérir à peine de la valeur des faits sur lesquels ils se basent, pas plus que de l'exactitude des preuves sur lesquelles ils appuient leurs prétentions, M. Thompson pose les conclusions suivantes :

1° Dans la grande majorité des cas où il existe une obstruction organique ayant plus ou moins la forme de crête ou barrière située au bord postérieur du col de la vessie, cette saillie anormale est constituée par une excroissance de la portion moyenne postérieure de la prostate ;

2° Une obstruction organique peut exister au col de la vessie sans qu'il y ait engorgement de cette portion moyenne ;

3° L'obstruction est produite le plus communément alors par une élévation trop grande de la luette vésicale, jointe à une hypertrophie des éléments musculaires de la vessie, particulièrement des muscles qui s'étendent des orifices des uretères à l'urèthre, hypertrophie provenant d'une irritabilité longtemps prolongée de l'organe et occasionnée généralement par un rétrécissement de l'urèthre ou un calcul de la vessie;

4° Beaucoup moins communément, l'obstruction résulte d'un

---

d'Angleterre ne possèdent pas le titre de docteur. En effet, il faut, pour l'obtenir, avoir fait ses études dans une des Universités de la Grande-Bretagne. Or, jusqu'au milieu de ce siècle, avant la création des Universités de Londres, Aberdeen, etc., les frais d'études et surtout de séjour dans les célèbres Universités d'Oxford et de Cambridge rendaient le doctorat en médecine accessible seulement aux familles riches et aux cadets de la noblesse ; et, quoique le privilége ait heureusement disparu, le prestige existe encore. Il faut cependant dire, pour être juste, que le doctorat est encore une garantie de bonnes études littéraires.

Les docteurs formaient donc en Angleterre une sorte d'aristocratie médicale, aussi s'engageaient-ils à ne pas recevoir par visite moins de 25 francs comme honoraires. Mais comme il est aussi difficile de l'autre côté du détroit qu'en France de convertir les titres scientifiques en titres de rentes, et que les bons clients, c'est-à-dire payant cher, sont plus rares que les médiocres, quelques docteurs, moins fortunés que leurs confrères devaient chercher, sans manquer à leur serment, à donner leurs soins à la petite bourgeoisie, et à suppléer ainsi à la qualité par le nombre. Le moyen trouvé et appliqué était assez ingénieux. La première visite se payait séance tenante 25 francs, ainsi que la troisième, quitte à faire la seconde gratis, et par pur dévouement pour le malade ; tout était sauvé, la forme peut-être plus que le fond, mais le serment ne pouvait interdire le dévouement aux malades pauvres.

Les colléges royaux des médecins (physicians) et des chirurgiens (surgeons), accordent les licences de membres (M. R. C. P., — M. R. C. S.) qui donnent droit à l'enregistrement sur la liste générale, et, par suite, à la libre pratique de la médecine ou de la chirurgie.

Pour être membre du collége des médecins, il faut avoir vingt et un ans, et si l'on n'est pas bachelier en médecine d'une Université, subir un examen préliminaire sur l'anatomie théorique et pratique, la physiologie, la chimie et les manipulations, la matière médicale et la botanique, la chirurgie élémentaire et les accouchements, l'anatomie pathologique, les maladies des femmes et des enfants, la médecine étrangère ; prouver que l'on a suivi pendant

pli de la membrane muqueuse et du tissu sous-muqueux, tirés en haut par les lobes latéraux de la prostate engorgés, la portion moyenne ne l'étant que faiblement, si même elle l'est;

5° Très rarement une telle barrière existe en l'absence de toute cause connue qui l'ait produite, cas dans lequel elle paraît consister, comme dans le précédent, en une simple élévation ou pli des tissus qui forment le bord postérieur de l'orifice uréthro-vésical, sans engorgement de la prostate.

Ces deux dernières conditions, ajoute notre auteur, sont celles auxquelles M. Guthrie a donné le nom de « barrière au col de la vessie, » pour les distinguer de la saillie bien connue du moyen lobe de la prostate hypertrophiée, dont elles sont parfaitement distinctes et avec lesquelles il est évident qu'elles ne peuvent coexister. Ce qui précède montre combien rarement on doit rencontrer une affection méritant le nom de *barrière du col de la vessie*, et indépendante d'une hypertrophie prostatique, d'un rétrécissement ou d'un calcul.

On voit que M. Thompson ne s'attache pas beaucoup aux brides qu'on a dites purement membraneuses et sans tissu sous-muqueux. Nous sommes certain, en effet, qu'il n'en a jamais rencontre. A notre avis, il n'y en a que de deux espèces, l'une formée par la portion sus-montanale de la prostate hypertrophiée dans le sens horizontal, sans tumeur distincte du côté de la vessie, et l'autre par l'anse musculaire qui ferme le col de ce viscère. M. Thompson dit que les barrières sont prostatiques dans la grande majorité des cas et que celles qui ne le sont pas sont extrêmement rares. Pour nous, sans établir de comparaison, nous avons dit que les valvules musculaires sont fréquentes, et, depuis, un chirurgien de grande autorité, M. Malgaigne, a soutenu que toutes sont musculaires et qu'il n'en existe pas de prostatiques (*Anatomie chirurgicale*, 2e édition, t. II). Cette assertion est une exagération, suivant nous; cependant il faut convenir qu'elle ne prouve pas en faveur de la proportion établie par M. Thompson.

D'un autre côté, il attribue à Guthrie d'avoir découvert que toutes les valvules ne sont pas prostatiques, et en cela il a raison : c'est ce que nous avons fait nous-même dès que nous connûmes les travaux de ce chirurgien, quoique nous eussions fait la même découverte sans rien savoir de ce qu'il avait écrit sur ce sujet. Mais, pour plusieurs raisons, nous regrettons que notre auteur n'ait pas poussé son étude plus loin, qu'il n'ait pas vu qu'à cela se borne le progrès imprimé à cette partie de la science par son célèbre compatriote, et que celui-ci était complétement dans l'erreur quand il regardait ces obstacles comme étant formés, les uns par un simple pli de la membrane muqueuse et les autres par un soulèvement de cette membrane par du tissu fibreux élastique. La manière dont M. Thompson rend compte de nos opinions à cet égard nous donne tout lieu de penser que, quoiqu'il cite nos *Recherches sur les valvules*, il ne les a pas consultées.

Nos travaux sur ce sujet intéressent à la fois l'anatomie, la physiologie et la pathologie.

Nous ne ferons que rappeler ces fibres musculaires, dont le milieu embrasse le bord postérieur du col de la vessie et dont les extrémités se jettent dans la paroi antérieure.

A l'état normal, ce sont elles qui ferment cet orifice en entraînant son bord postérieur en avant et en lui faisant faire au-dessus du canal une véritable valvule ou soupape.

Quand l'émission de l'urine doit se faire, cette valvule s'affaisse et par le relâchement des fibres musculaires qui la déterminent et par la contraction de fibres antagonistes qui, prenant naissance au-dessus et sur les côtés du verumontanum, se portent longitudinalement sur la face interne de la vessie, et particulièrement sur la paroi postérieure, glissant entre la muqueuse et les fibres obturatrices, qu'elles croisent à angle droit.

Dans l'état naturel, ces deux plans musculaires se contractent et se relâchent alternativement, de manière à produire le jeu normal de la fonction. Mais survient-il au voisinage, dans la région prostatique ou dans le bas-fond de la vessie, une cause d'irritation ou une inflammation, le *spasme* de ces fibres peut se produire, et, comme le plan qui ferme le col est beaucoup plus fort que celui qui l'ouvre, l'émission de l'urine se trouve empêchée tant que ce spasme dure, et, comme il cède ordinairement, dans ce cas, avec la cause qui l'a déterminé ou même par le seul emploi des calmants, conséquemment la dysurie est passagère.

Mais que la cause persiste, que le spasme se prolonge et devienne une véritable *contracture*, ces fibres musculaires, comme tout muscle contracturé, perdent graduellement la faculté de se relâcher, se *rétractent*, et la valvule, ainsi que la dysurie, deviennent permanentes.

Spasme, contracture et rétraction, sont donc trois degrés de cette altération pathologique.

Ce que nous venons de dire explique pourquoi les valvules musculaires accompagnent fréquemment, surtout chez les sujets nerveux et irritables, les calculs vésicaux, les inflammations chroniques de la région prostatique, qui sont si communes, les rétrécissements de l'urèthre, etc. D'autres cas où elles ne sont pas rares, ce sont les engorgements des lobes latéraux de la prostate, et alors elles peuvent se manifester sans inflammation antécédente. On sait que plus ces lobes augmentent, plus augmente le diamètre antéro-postérieur de la portion correspondante de l'urèthre. Or, la paroi antérieure de cette région ne pouvant guère changer de place, tout l'agrandissement se fait par le reculement de la paroi opposée qui se trouve déjà, par ce fait seul, placée sur un plan postérieur à celui du bord correspondant du col vésical. Ce sont des faits de ce genre qu'on nous a objectés pour prouver que nous étions tombé dans l'exagération, et qu'on peut rencontrer des valvules très saillantes sans dysurie marquée. Mais, dans le cas que nous venons de supposer, le bord postérieur du col de la vessie n'a pas changé par rapport à l'antérieur; il n'y a donc pas de raison pour que le cours de l'urine se trouve intercepté.

Toutefois, nous croyons que parfois alors il y a quelque chose

---

trois ans les services médicaux, et pendant neuf mois les services chirurgicaux d'un hôpital renfermant au moins 100 lits, et produire un certificat de stage pendant six mois au moins.

Est exclu de l'examen tout individu faisant de la pharmacie, de la droguerie, ou un commerce quelconque, ou qui se trouve *par besoins ou autrement* en apprentissage (in partnership) chez un médecin ou un chirurgien.

Trois examens théoriques et cliniques sont nécessaires pour obtenir le titre de membre, il faut de plus faire preuve de connaissances littéraires sur le grec et le latin. La connaissance du grec peut être remplacée par celle d'une ou de plusieurs langues vivantes.

Le titre de sociétaire (fellow) ne s'obtient qu'à l'élection (F. R. C. P.). Les sociétaires forment le conseil d'administration, chargé de la défense des intérêts professionnels. Au point de vue scientifique, *ce conseil* offre une grande analogie avec notre Académie de médecine, sauf une spécialisation plus grande dans ses travaux, par suite de la séparation des colléges de médecine et de chirurgie.

Les conditions d'admission au Collége royal des chirurgiens sont à peu près les mêmes que pour celui des médecins; mais on demande aux candidats moins d'études littéraires, et la vente des médicaments n'est plus un motif d'exclusion. Il est donc plus facile en Angleterre d'être *surgeon* que *physician*. Dans ce pays, où les traditions sont si fortement enracinées, le chirurgien conserve un peu du caractère qu'il avait encore en France dans le dernier siècle, caractère que lui ont fait perdre les immenses progrès de la chirurgie moderne.

Le mot *surgeon*, qu'on voit si souvent répété à Londres, non pas aux vitrines des librairies scientifiques, mais sur des enseignes véritables et des lanternes bleues qui éclairent le soir bien des portes de la métropole, n'a donc pas en réalité la même signification que notre mot de chirurgien; il se rapproche plutôt de notre titre d'officier de santé. Beaucoup de licenciés en chirurgie et en accouchements, profitant de la latitude qui leur est laissée, se font recevoir en même temps licenciés en pharmacie, et ils prescrivent ainsi dans leur cabinet les médicaments qu'ils distribuent dans leur

de plus : nous croyons que, dans certaines circonstances, pour prévenir une effusion d'urine trop facile à travers le canal agrandi, l'instinct porte ceux chez qui cet agrandissement existe à contracter plus fortement que de coutume les fibres musculaires obturatrices, contraction qui vient ajouter à la saillie valvulaire. Nous avons même lieu de croire que, dans quelques cas de rétrécissement, une action analogue se joint au travail inflammatoire qui a lieu derrière l'obstacle, et que l'instinct détermine une contraction involontaire du col de la vessie pour prévenir une précipitation trop rapide de l'urine dans le canal et une distension douloureuse et dangereuse des parois derrière le point trop étroit.

Quoiqu'il en soit de la structure et de l'étiologie des valvules ou barrières du col de la vessie, une condition *sine quâ non* du traitement, c'est le diagnostic. Néanmoins, Guthrie en a dit peu de chose, M. Thompson rien du tout. Le seul moyen véritablement utile, c'est notre sonde coudée. Nous dirons en deux mots qu'arrivée au col de la vessie, son talon butte contre l'obstacle, de même que dans les tumeurs du lobe moyen de la prostate ; mais qu'on distingue une valvule d'une tumeur en ce que, dans le premier cas, si, après avoir pénétré dans la vessie, le bec de la sonde est ramené contre le col, on peut lui faire exécuter un mouvement de rotation complet sans être arrêté, sans rencontrer une saillie notable, ce qui n'a pas lieu lorsqu'il existe une tumeur. Avec le même instrument, on peut encore, dans quelque cas, distinguer une valvule prostatique d'une valvule musculaire ; mais nous avouons qu'il faut, pour cela, une habitude que bien peu de personnes pourront acquérir. Ce qui guidera plus facilement le praticien, c'est l'âge du malade au début des accidents, les circonstances qui les ont précédés ou déterminés, l'examen de la prostate par le rectum, etc. En somme, ce diagnostic est beaucoup moins difficile que ne le suppose M. Thompson.

Il prétend d'ailleurs qu'il n'est pas nécessaire, et que le traitement est toujours le même. Tel n'est pas notre avis, et notre auteur abonde outre mesure dans notre sens, lorsqu'il prétend que toujours, et c'est en cela qu'est l'exagération, il n'est besoin que de faire disparaître la cause pour faire cesser ou diminuer l'obstacle. Mais, même quand il devient absolument nécessaire d'agir chirurgicalement sur ce dernier, nous avons reconnu que l'opération qui suffit pour les valvules musculaires ne suffit pas toujours pour les valvules prostatiques. Règle générale, il suffit ordinairement de diviser les premières, tandis qu'il est plus sûr d'exciser les secondes.

Sous le rapport historique, ce chapitre de M. Thompson ne se distingue pas non plus par une très grande exactitude. Ainsi, à la page 253 de nos *Recherches* de 1856, il eût pu voir que la taille périnéale fut pratiquée bien longtemps avant W. Blizard, dans le but d'aller diviser les obstacles du col de la vessie, et que cette idée remonte au moins à J. Riolan. Il eût pu voir, pages 42 à 53, pages 57 et 177, que les divisions de valvules qu'il dit avoir été pratiquées en France, dans les années 1832-33, n'étaient que des scarifications destinées à dégorger des *tumeurs* prostatiques, et que l'instrument qu'il croit avoir été imaginé pour opérer ces divisions ne pouvait faire autre chose que des scarifications, sous peine de rester accroché dans les tissus et de ne pouvoir être extrait. Enfin il eût pu trouver, pages 37 et suivantes, la preuve que notre inciseur, qu'il dit imité d'un instrument publié en 1840, remonte, par son idée fondamentale, à 1839 au moins, et que son mécanisme est tout différent de celui de l'instrument de 1840. Le rapport de la dernière commission d'Argenteuil nous a rendu justice à cet égard.

Guthrie, dit M. Thompson, suggéra l'idée qu'une simple barrière pouvait être facilement divisée; mais cette idée tomba en oubli, ou peut-être serait-il plus exact de dire qu'elle n'est jamais arrivée dans la pratique générale en Angleterre.

Nous croyons qu'il y avait de bonnes raisons pour cela. Guthrie n'a pas compris toute la valeur de sa découverte, et croyait cette maladie beaucoup plus rare qu'elle n'est; il n'a pas donné de moyens de la reconnaître pendant la vie. L'instrument qu'il a proposé pour l'incision était très imparfait, il n'agissait qu'à peu près au hasard, et enfin, quand il dit l'avoir employé deux fois « avec avantage », on ne sait que penser d'une pareille concision, car il n'ajoute pas un mot de plus. Quand il s'agit d'une maladie nouvelle, d'une opération nouvelle assez sérieuse, pouvant entraîner des accidents et nécessiter des soins inconnus jusqu'alors, publier les observations tout au long est un devoir auquel les chirurgiens manquent rarement, et c'est ce que jusqu'à nous personne n'a fait au sujet des valvules du col de la vessie.

Jusqu'à ces derniers temps, nous avons employé l'incision pour les valvules musculaires, et, depuis 1850, l'excision pour les prostatiques, qui sont plus compactes, plus épaisse, et dont les parties divisées ne tendent pas à s'écarter, comme lorsqu'on agit sur les premières. M. Thompson décrit nos procédés avec exactitude, ainsi que les soins que nous apportons à prévenir l'hémorrhagie, qui est le seul accident véritablement sérieux que nous ayons observé, et que nous n'avons cependant jamais vu devenir fatal. Mais il ajoute que, vers le sixième jour, nous passons un cathéter solide pour prévenir la réunion des parties divisées ; c'est une erreur. Nous passons une bougie cylindrique flexible, à courbure fixe, et ce n'est que vers le dixième ou onzième jour, dans les circonstances ordinaires, que nous poussons dans le canal de cette bougie la tige d'acier élastique dont nous nous servons pour déprimer les tumeurs prostatiques.

Enfin il termine ainsi : « M. Mercier parle en termes décidés des bienfaits qui ont suivi sa pratique dans des cas nombreux, et, à l'appui, il rapporte 15 observations. Il cite les noms et demeures des malades, et la plupart de ses opérations ont été faites devant un ou plusieurs chirurgiens distingués de Paris. Dans 5 cas, les malades furent examinés par les membres de la commission du prix d'Argenteuil. D'après ces faits, cependant on peut se demander si l'auteur ne montre pas quelque partialité en faveur de ses pro-

---

officine. Un petit nombre résidant aux environs de Leicester square joignent aux revenus que leur procure la visite des malades, le bénéfice des consultations préventives. Un mot d'explication... La prostitution blessant la pruderie anglaise, on a supprimé les prostituées en ne reconnaissant pas l'existence légale de la prostitution. Par conséquent, pas de visites hebdomadaires comme en France, où l'on a trouvé plus sage, ne pouvant supprimer le mal, de le réglementer. Hay-Market et Regent street ont désavantageusement remplacé notre Palais-Royal de la restauration; mais, à Londres plus encore qu'à Paris, Vénus fait payer cher ses faveurs, et la peine souvent y succède au plaisir. Heureusement le *surgeon* n'est pas loin, sa lanterne est là qui brille dans la nuit. Il est deux heures du matin. N'importe! on est bien reçu; et, après un tête à tête de quelques minutes avec Vénus, Esculape vient calmer les craintes prématurées d'Adonis en lui assurant qu'il peut sans aucun danger pour sa santé prendre avec sa compagne le chemin de Cythère.

Si la délivrance des diplômes appartient à des corps officiellement organisés, l'enseignement médical est laissé aux hôpitaux et à quelques institutions, qui sont toutes distinctes et indépendantes. Les principaux établissements hospitaliers, où existe en même temps un enseignement théorique et clinique, sont à Londres, Saint-Bartholomew, Saint-Georges, Guy's, King's College, Saint-Thomas, Saint-Mary et les hôpitaux de Londres, de Westminster et de l'Université.

Les nombreux établissements charitables dont s'énorgueillit l'Angleterre sont fondés en dehors de l'action du gouvernement et par des souscriptions volontaires; quelques-uns, comme Guy's-Hospital, sont dus à la libéralité de leur fondateur.

Les souscripteurs prennent le nom de governors; la somme souscrite par eux en fait des gouverneurs annuels ou à vie. Prenons pour exemple l'hôpital de Londres (London Hospital), fondé par souscriptions et autorisé par Georges II, par la grâce de Dieu roi de la Grande-Bretagne, *de France* et d'Irlande, la deuxième année de son règne. Un don de 30 guinées (810 francs) donne le titre et les privilèges de gouverneur à vie ; un don de 5 guinées (135 francs) celui de gouverneur annuel, et l'on conserve ce titre

cédés. Deux malades sont morts, l'un de dysenterie, l'autre de fièvre (on aurait dû ajouter *pernicieuse*). Tous deux paraissaient se trouver dans un tel état de santé qu'il y aurait eu, pour la plupart des chirurgiens de Londres, contre-indication à toute opération non absolument nécessaire. Dans cinq cas, dans lesquels il y avait rétention habituelle ou dysurie considérable, le succès a été complet, et il a été vérifié chez un au bout de quatre ans, et chez un autre au bout de deux. Sept malades ont été soulagés à divers degrés, quelques-uns très considérablement, et sont cités par l'auteur comme cas de guérison. Chez un, l'opération n'amena pas de changement. Nous ne pouvons savoir si ces faits sont un échantillon proportionnel de l'expérience de l'auteur, car il dit que ce n'est qu'une petite portion de ceux qu'il a observés. Il est évident que ce n'est pas un choix des cas les plus favorables, puisqu'il rapporte un insuccès et deux morts. Ceux-ci auraient pu être supprimés, et il serait resté des douze autres une impression toute différente. Au total, le résultat ne peut être regardé comme encourageant. Mais, avec le soin d'éliminer les constitutions évidemment mauvaises et les sujets atteints de maladies rénales avancées, je conçois qu'il y ait des cas où l'incision, telle que l'a proposée dans le principe M. Guthrie, puisse être avantageusement faite, et ce qui me porte le plus à le croire, c'est que ce chirurgien distingué a reconnu la nécessité de trouver quelque moyen de triompher de ces obstructions... Pour mon propre compte, je ne la ferais qu'après m'être pleinement assuré que la dilatation est impuissante à apporter un soulagement considérable. »

Nous serions à notre tour curieux de connaître les résultats de la pratique de M. Thompson, car nous croyons être en mesure, d'après ce que nous avons vu, de pouvoir lui affirmer d'avance que la dilatation par l'eau et l'air, dont nous avons déjà eu occasion de parler, et sur laquelle il compte tant, ne lui réussira que très rarement dans les cas de valvules prostatiques, et jamais dans ceux de valvules musculaires.

Quant à sa critique, voici ce que nous répondrons :

1° Nous croyons ne pas passer en France pour un chirurgien audacieux, et surtout plus audacieux que la généralité des chirurgiens anglais; aucune des commissions d'Argenteuil ne nous en a fait le reproche, et nous n'opérons jamais qu'après nous être convaincu de cette absolue nécessité reconnue par Guthrie. Ainsi, quand il y a rétention complète et que des fausses routes ou d'autres causes rendent le cathétérisme presque impossible, que faire? M. Thompson ne dit pas que chez le malade qui n'a pas recouvré la faculté d'uriner, il y avait une très grande faiblesse des parties inférieures, et que la difficulté du cathétérisme a pu seule nous déterminer à l'opérer. Ne lui avons-nous cependant rendu aucun service? Depuis l'opération, qui date de six années, il se sonde avec aisance, et aujourd'hui encore il se porte aussi bien que le permet son état général.

2° Avec un peu plus d'attention, M. Thompson aurait facilement trouvé dans nos *Recherches* de 1856 le mot de l'énigme qui l'embarrasse tant. Ainsi, à la page 213, nous disons : « Je n'avais pas tardé à m'apercevoir que l'incision réussissait moins bien dans les valvules prostatiques que dans les valvules musculaires. » A la page 215, nous ajoutons que nous continuons d'inciser celles-ci et même celles des premières qui sont peu épaisses, et que nous excisons celles qui, par leur épaisseur et leur compacité, nous semblent réfractaires à l'incision. Enfin, page 225, on lit cette phrase : « Je ne multiplierai pas ici les exemples des bienfaits de l'incision, quoique, aux nombreux succès que j'ai publiés dans la deuxième édition de mes *Recherches sur les valvules*, j'en puisse ajouter bien plus encore; mais presque tous se ressemblent, et ce serait chose tout à fait inutile. » Les quinze observations de ce volume ne sont donc ni un choix, ni un échantillon, ce sont simplement tous les cas où nous avions employé nos nouveaux exciseurs à l'époque où ce chapitre fut imprimé.

3° De ces remarques, notre honoré confrère eût pu facilement conclure que ces quinze faits composent notre plus mauvaise catégorie, puisque ce sont ceux dans lesquels nous n'espérions rien de l'incision.

Maintenant, si nous retranchons celui dans lequel nous avons agi sans autre espoir que de rendre le cathétérisme possible, qu'avons-nous en présence? douze malades auxquels nous avons rendu plus ou moins complétement la faculté d'uriner, et deux morts, l'un d'une dysenterie rebelle et l'autre d'une fièvre pernicieuse, si commune dans les affections des voies urinaires. Les ablations de tumeurs, les opérations d'anévrysmes, les amputations, la taille elle-même, donnent-elles de meilleurs résultats? Et cependant personne ne révoque en doute leur utilité, bien que, dans la plupart des cas, les maladies pour lesquelles on les pratique ne rendent pas l'existence plus intolérable que ne le font beaucoup de rétentions d'urine.

Au reste, nous publierons bientôt une nouvelle série, et l'on verra que la proportion des morts est fort rassurante; mais il est un autre accident qui, bien que nous ayons toujours fini par en triompher, n'a pas laissé que de nous donner souvent de sérieuses inquiétudes; nous voulons parler de l'hémorrhagie. Toutefois, nous devons ajouter, quoique ceci contrarie un peu les inductions de M. Thompson, qu'elle est plus à craindre après l'incision qu'après l'excision; car, ainsi que nous le disions en 1850 (*Gazette médicale*, p. 706), bien avant qu'il ne fût question d'écrasement linéaire, l'excision produit une plaie mâchée, et les vaisseaux sont comprimés, tiraillés, oblitérés avant de céder à l'action de l'instrument. Nous avons donc modifié notre inciseur de manière à ce qu'il pût, à volonté, diviser par section ou par écrasement, et ce dernier procédé, qui a été approuvé par la plus récente commission d'Argenteuil, a été appliqué par nous aux cas dans lesquels une perte de sang nous paraissait le plus à craindre.

Nous avons cru d'abord avoir atteint notre but; mais l'expérience est encore venue nous démontrer que nous n'étions qu'à moitié chemin.

Nous avons signalé dans nos *Recherches* deux sortes d'hémorrha-

---

tant que l'on paye la souscription. Les gouverneurs règlent les dépenses, l'administration et la direction de l'hôpital; ce sont eux également qui nomment à l'élection les médecins et chirurgiens de l'établissement. On voit que le concours est loin d'exister dans la libre Angleterre, car on laisse à des commerçants, qui forment la majorité des souscripteurs, le soin d'apprécier la valeur médicale des candidats. Aucun médecin et chirurgien ne peut exercer ses fonctions plus de vingt ans. Passé ce temps, il devient médecin ou chirurgien consultant (*consulting physician*), titre qu'il faut plutôt traduire par celui de membre honoraire, car la consultation des malades du dehors (*out patients*) est faite, au contraire, par des stagiaires, sorte d'agrégés en médecine et en chirurgie, qui deviennent généralement plus tard médecins titulaires, chargés de donner leurs soins aux malades de l'hôpital (*in patients*).

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne font, en général, la visite que deux fois par semaine. Bien qu'ils soient suppléés les autres jours par leurs collègues de l'hôpital, cette pratique ne nous a point paru exempte de certains reproches; cependant, pour expliquer une telle coutume, nous devons ajouter quelque chose aux détails donnés par M. Topinard.

Dans la plupart des hôpitaux de Londres, les salles ne sont pas spécialement affectées à tel ou tel chirurgien; ainsi, dans une salle de King's College, par exemple, le lit n° 1 reçoit un malade de M. Fergusson, les n°s 2 et 3 un malade de M. Partridge; ceux qui les remplaceront pourront recevoir les soins de M. Bowman. Cette manière de faire doit présenter quelquefois de graves inconvénients, à moins que le royaume-uni ne soit par une exception unique, le pays de la confraternité médicale, ce qui n'est pas, du reste; mais elle a permis d'introduire une habitude que l'on doit, je pense, cette fois approuver sans réserve.

Sauf le cas d'urgence, les opérations ont lieu pour chaque hôpital à un jour indiqué : le jeudi à Saint-Georges, le samedi à King's College, etc.; la veille de ce jour, le chirurgien traitant réunit en consultation ses collègues de l'hôpital auprès du lit du malade qu'il se propose d'opérer, puis à l'amphithéâtre et en présence des élèves, ils discutent les cas difficiles de leurs services respectifs et

gie ; l'une primitive, succédant à la division des vaisseaux ; l'autre consécutive, résultant de l'inflammation traumatique et du frottement souvent indispensable des instruments sur les surfaces enflammées. L'écrasement prévient assez bien les premières ; mais nous n'avons pas vu qu'il en fût de même des secondes. Nous avons conséquemment pris le parti de diviser ou d'exciser avec lenteur et par *mortification*, laissant à la nature le soin de détacher les parties privées de vie. Nous pensons éviter à coup sûr par cette méthode un accident qui nous a causé tant de peines et de soucis; mais aura-t-elle à son tour d'autres inconvénients ? C'est ce que l'expérience révélera.

Dr Aug. Mercier.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur l'iodisme constitutionnel, par le docteur Rilliet, ancien médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite. — Voir le numéro 14.)

Article II. — *Tableau des différentes formes d'intoxication iodique. — Analyse des symptômes. — Marche. — Durée. — Terminaison. — Pronostic.*

L'iode ou ses composés peuvent-ils produire des accidents morbides ? La réponse à cette question n'est pas douteuse ; iodophiles et iodophobes tiennent sur ce point le même langage. A défaut de l'expérience, le bon sens seul aurait suffi pour trancher la question. Si l'iode ne pouvait pas produire d'accidents, il serait le seul des métaux ou des métalloïdes employés en médecine qui jouirait de cette précieuse innocuité.

Ce premier point accordé, une divergence d'opinion se manifeste : si l'emploi de l'iode peut être suivi de fâcheux résultats, faut-il considérer cet agent comme produisant des effets spécifiques *sui generis*, ou bien doit-il être relégué dans la grande classe des poisons irritants, et n'a-t-il d'autre action qu'une action topique ? Sur ce point, les avis sont déjà partagés. En effet, comme je l'ai fait voir dans l'article précédent, quelques médecins n'attribuent à l'iode qu'une action purement locale et mettent les accidents sur le compte de la gastrite (Matthey). D'autres, qui admettent aussi l'influence topique du remède, ne méconnaissent pas cependant ses effets secondaires ou pathogéniques ; mais ils les attribuent à la saturation de l'économie par des doses trop fortes ou trop longtemps continuées, ou par l'administration d'une mauvaise préparation (Coindet, Dorvault, Boinet, etc.). D'autres enfin croient que les symptômes spécifiques sont produits par le médicament, quelle que soit la dose (Charles Coindet, d'Espine, Maunoir, Bizot, Gautier, etc.). Je suis moi-même de ce nombre ; mais, pour cela, je ne suis pas exclusif, car j'admets comme vraies les trois opinions que je viens d'exposer. Je reconnais donc à l'iode une action primitive topique, ou de dehors en dedans ; une action secondaire de saturation, d'élimination, ou de dedans en dehors, et enfin une action tertiaire spécifique, ou en dedans. Je vais expliquer ce que mes paroles peuvent avoir d'obscur. Il existe trois espèces d'intoxications iodiques : 1° une intoxication produite par l'administration de trop fortes doses ou par une mauvaise préparation du médicament ; c'est l'empoisonnement brutal, si je puis ainsi dire, qui produit sur le tube gastro-intestinal des effets immédiats violents, mais en général peu dangereux. Cet empoisonnement ne diffère pas sensiblement de celui que pourrait produire tout agent irritant, par conséquent ses symptômes ne sont pas spécifiques à l'iode ou à ses composés. — Il n'y a là qu'une action locale et des phénomènes locaux. 2° Une intoxication produite par des doses fortes, mais cependant moins considérables, ou tout au moins mieux tolérées par l'estomac que dans le cas précédent. — L'iode qui a été absorbé est éliminé plus ou moins rapidement par les différentes sécrétions, et produit sur les organes qui prêtent leur ministère à cette élimination des accidents morbides plus spéciaux que spécifiques. — Je dis plus spéciaux que spécifiques parce que les effets secondaires occasionnés par l'élimination de l'iode (ophthalmie, coryza, salivation, éruptions diverses, etc.), ne sont pas exclusifs à ce métalloïde, mais lui sont communs avec d'autres poisons métalliques, en particulier avec le mercure. — Ce qui révèle la spécificité, ce n'est pas la salivation, puisque l'iode et le mercure la produisent également ; mais c'est la nature de cette salivation, parce qu'elle diffère dans les deux cas. 3° Enfin, il existe une troisième espèce d'intoxication qui mérite réellement le nom de spécifique, car les symptômes ne peuvent se manifester que sous l'influence de l'iode seul ; ils ne dépendent plus de son action directe sur l'estomac, ou de son action en retour sur les organes des sécrétions, mais de son action propre, de son dynamisme. Aussi la dose n'est-elle pour rien dans la production des symptômes qu'on observe, même plus fréquemment chez les sujets traités par les petites que par les grandes doses. — Ces trois variétés d'intoxication ou d'effets morbides occasionnés par l'iode, ne sont pas toujours isolés, et l'on comprend qu'ils puissent s'unir à différents degrés et de différentes manières. Ainsi, il peut arriver qu'une certaine dose de teinture d'iode ou d'hydriodate de potasse, par exemple, produira, par un procédé topique, une irritation gastro-intestinale ; en même temps, si une partie de l'iode a été absorbée, le métalloïde provoquera par son action en retour l'ivresse iodique, une ophthalmie ou un coryza, tandis qu'une autre portion développera dans l'organisme les véritables effets pathogéniques du médicament. — Ce n'est pas *à priori* que j'établis ces différentes formes d'intoxication et leur mélange à différents degrés, car j'en ai trouvé des exemples dans les auteurs, dans la pratique de mes confrères et

---

l'opportunité des opérations, qu'ils pratiquent le lendemain et toujours en présence de leurs collègues. Pendant cinq mois de séjour à Londres, nous avons souvent assisté à de semblables réunions, et nous avons été frappé de la manière dont elles se font et des avantages qui en résultent pour les malades et les élèves.

Le service médical est confié à des internes (*house-surgeons*), à des externes (*dressers*). Le chef de service, en cas d'absence ou de congé, est remplacé par un chirurgien stagiaire (assistant-surgeon).

Le service hospitalier est fait par des infirmières (*nurses*) dirigées par une surveillante générale (*matron*).

Un service externe ou de consultation, confié à des chirurgiens et des élèves spéciaux, permet de soulager un grand nombre de malades sans encombrer l'hôpital.

Aucun élève ne tient de cahier ; une pancarte, suspendue à la tête des lits, reçoit les prescriptions et l'observation succincte. Nous avons retrouvé la même organisation, la même simplicité dans les hôpitaux d'Italie, et cette pratique, qui permet au médecin d'avoir sous les yeux toute l'histoire de son malade, nous a paru préférable à nos cahiers de visite, auxquels viennent encore s'adjoindre, à Paris, un si grand nombre de bons inutiles.

L'aspect des salles est, au premier abord, plus triste, dans les hôpitaux de Londres, que dans les nôtres, ce qui nous paraît tenir à l'absence de rideaux, au peu d'élévation et à la simplicité des lits ; mais, en revanche, on a peine à se croire dans un de ces asiles, dont l'idée semble inséparable de celle d'exhalaisons méphitiques.

L'atmosphère presque irréprochable ne serait taxée d'impure que par une sensibilité peu médicale, et cependant il n'existe pas de ces coûteux appareils de ventilation comme nous en possédons dans quelques-uns de nos hôpitaux. Une haute et large cheminée, dans laquelle brûle un bon et joyeux feu de charbon de terre, suffit à la ventilation de salles vastes souvent, toujours bien éclairées, mais qui ne contiennent pas le tiers des lits dont on les encombrerait à Paris.

Les aliments sont généreusement distribués aux malades : à

dans la mienne, mais jusqu'ici elles ont été en partie confondues, je les dégage par l'analyse.

Première espèce.—Intoxication très aiguë locale produite par l'iode ou par ses composés, donnés à haute dose, pouvant être observée à tous les âges, chez des sujets sains ou déjà malades, et dans tous les pays. — Les symptômes de cet empoisonnement, quand il est très prononcé, sont la sécheresse, l'ardeur et la constriction dans la gorge, les vomissements, la diarrhée, de violentes douleurs d'estomac, la petitesse du pouls, l'anxiété, l'agitation, la céphalalgie, et, quand les douleurs sont très intenses, un état presque convulsif. — A un degré moindre, on n'observe guère que des vomissements, de la diarrhée, quelques coliques passagères et de l'ardeur à la gorge.

L'observation suivante, que j'emprunte au docteur Montroucher, peut servir de type à cette forme d'empoisonnement :

« Une dame âgée de vingt-six ans, maigre, nerveuse, très irritable, voulant, par suite d'affections morales et de diverses contrariétés, mettre fin à son existence, avala deux gros et demi de teinture d'iode. — Cette substance n'eut pas plutôt été ingérée, que de l'ardeur et de la sécheresse se firent sentir depuis la gorge jusque dans l'estomac, et s'accompagnèrent de douleurs dilacérantes dans la région épigastrique et d'efforts de vomissements; une heure après, les souffrances avaient considérablement augmenté, et le vomissement n'avait pas encore été obtenu; la face était animée, les yeux larmoyants, le pouls serré, les douleurs d'estomac portées au plus haut degré et exaspérées par la moindre pression; les membres supérieurs étaient dans une disposition à faire craindre des symptômes convulsifs. — Les vomissements survinrent suivis de douleur dans le côté, mais ils disparurent à la suite de l'emploi d'une potion calmante et de l'application de cataplasmes. Le lendemain, il ne restait plus des troubles de la veille qu'une extrême lassitude (1). — Des symptômes semblables ont été signalés par le docteur Dessaignes, chez une jeune fille qui avait pris 1 gros et demi d'une solution iodurée d'hydriodate de potasse (2). Orfila ayant expérimenté sur lui-même, à deux reprises, l'iode à la dose de quatre à six grains, éprouva des accidents tout à fait analogues à ceux signalés ci-dessus, mais à un moindre degré (3), tandis que Magendie dit avoir avalé impunément une cuillerée à café de teinture d'iode, et que le docteur Ricord a cité l'observation d'un jeune homme qui, ayant pris, par erreur, trois gros de cette préparation, n'éprouva d'autre sensation pénible qu'une chaleur brûlante à l'épigastre (4).

Ce n'est guère que l'iode pur ou en solution dans l'alcool, ou l'hydriodate de potasse ioduré, qui peut produire, à un haut degré, les accidents dont je viens de parler. L'hydriodate de potasse neutre les occasionne très rarement, même à dose élevée.

(1) *Archives de médecine*, t. XVII, 1828, p. 449.
(2) *Journal de chimie médicale*, t. IV, p. 65.
(3) *Traité des poisons*, t. I, p. 295, 1re édition.
(4) Cité dans le *Dictionnaire de médecine*, t. XVII, p. 86.

Cependant les médecins qui l'administrent journellement contre la syphilis ont quelquefois noté de la gastralgie, des vomissements et de la diarrhée à la suite de son emploi.

Je ne connais qu'un cas de mort rapide produite par une forte dose de teinture d'iode administrée à un enfant de dix ans (1). En général, légers ou graves, les accidents iodiques, locaux ou primitifs, se dissipent rapidement par l'emploi des délayants et des calmants.

Deuxième espèce.—Intoxication ou accidents assez aigus, quoique moins prompts que les précédents, produits par l'iode ou par ses composés administrés en général à haute dose, et résultant de l'absorption du métalloïde, de son action sur le système nerveux et de son élimination par les organes sécréteurs. — Cette forme peut se manifester à tous les âges, chez les sujets sains ou déjà malades, et dans tous les pays, mais elle implique la prédisposition par organe, aussi n'est-elle pas fréquente. Les symptômes se montrent d'ordinaire très peu de jours, quelquefois même peu d'heures après l'administration du remède donné à haute dose (Ricord), ou même à dose moyenne, mais alors à des sujets prédisposés. Les premiers que l'on observe sont des symptômes nerveux désignés sous le nom d'ivresse iodique. Ils sont caractérisés par de la céphalalgie sus-orbitaire, du trouble de la vue (Bréra), des tintements d'oreille, de la stupeur (Lugol), des mouvements convulsifs (Manson). En même temps ou peu après, surviennent les symptômes qui annoncent que l'iode agit sur les organes des sécrétions, tels sont l'ophthalmie, le coryza, la salivation, les vomissements et la diarrhée, la polyurie, des éruptions variées, depuis un simple érythème jusqu'au *morbus maculosus*. C'est aussi dans cette catégorie de symptômes qu'il faut ranger l'atrophie des seins et des testicules, si bien décrite par le docteur Cullerier, sans que la santé générale soit compromise. Vu la nature de ces organes, il n'y a pas élimination du médicament par des voies qui communiquent habituellement à ciel ouvert avec l'air extérieur, comme la peau et les membranes muqueuses, et alors, au lieu de se borner à une simple action irritante, ou à une hypersécrétion passagère, l'iode détermine des effets plus profonds et plus graves. Ces différents accidents morbides présentent chacun des particularités qui dépendent, comme je l'ai dit, de la nature de l'agent qui les produit. Je renvoie, pour leur description, aux ouvrages des auteurs qui les ont spécialement étudiés (2). Je me bornerai à faire observer ici que le *purpura hemorrhagia*, et aussi d'autres hémorrhagies observées chez des sujets traités par l'iodure de potassium à haute dose, ne sont peut-être pas tant le résultat de l'*iodisation* que de l'*alcalinisation*. L'action fluidifiante des bases minérales et en particulier de la potasse et de la soude, est trop

(1) Gairdner, *loc. cit.*, p. 107.
(2) Voy. Ricord, *Bulletin de thérapeutique*, 15 et 30 septembre 1842; — Wallace, *The Lancet*, mars 1836, traduit dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1836-37, p. 157; — Dorvault, *loc. cit.*, p. 251 et suiv.; — Cullerier, *loc. cit.*

Saint-Georges, par exemple, la ration entière est de 340 grammes de viande désossée, 180 grammes de pommes de terre, 340 grammes de pain de froment, 2 pintes de bière, une demi-pinte de lait, 180 grammes de beurre et de sucre, et 7 grammes de thé. Dans les autres hôpitaux, le beurre est fourni à discrétion. Outre ces quantités, on peut ordonner comme extras : côtelette, beefsteaks, poissons, œufs, pudding, gelée, porter, ale, vin et eau-de-vie.

Les aliments ne sont pas distribués, comme à Paris, dans des écuelles d'étain que le malade emporte près de son lit, où il n'a, pour table à manger, que sa table de nuit. A Londres, la table est servie au milieu de la salle, ou dans un réfectoire spécial, comme cela a lieu à notre hôpital des Invalides, et les malades alités seuls sont servis à leurs lits. Une bibliothèque, une vaste salle où ils peuvent aller lire, travailler, coudre et surtout respirer un air plus pur que celui des salles existent dans beaucoup d'hôpitaux. Chacun conserve ses propres habits, que l'on renouvelle avec ceux dont la mort des propriétaires a permis de disposer; les mœurs anglaises ne s'accommoderaient pas de l'uniforme, quoique, dans certains cas, la capote dont l'administration gratifie momentanément nos malades soit préférable aux vêtements qu'ils avaient lors de leur entrée.

Mais si les soins les mieux entendus, les aliments les plus sains, sont distribués largement aux malades entrés à l'hôpital, l'admission est difficile, et c'est là un très grave reproche que l'on peut et que l'on doit adresser à la bienfaisance anglaise. — L'accès de la consultation même est interdit presque partout aux malheureux qui n'ont personne pour les recommander. Prenons pour exemple London Hospital, nous trouvons dans son réglement les articles suivants :

1° Aucun gouverneur ne pourra avoir à la fois plus d'un malade à l'hôpital et quatre au traitement externe.

2° Personne ne peut être admis comme malade sans la recommandation d'un gouverneur et à un autre jour que celui de la réunion hebdomadaire du comité; excepté les cas d'une extrême gravité, et le médecin devra consigner sur un registre spécial les motifs de l'admission, pour qu'il en soit référé au comité.

généralement admise pour qu'il ne faille pas tenir compte de l'influence du composé alcalin. C'est une remarque que je soumets aux juges compétents.

J'attribue les accidents à l'absorption de l'iode et à son élimination, parce que, d'après les recherches de Wallace et surtout de M. Claude Bernard, on retrouve l'iode dans les différentes sécrétions, et qu'il est naturel de penser qu'il exerce sur l'organe sécréteur, comme sur l'estomac, une influence toute locale. Plusieurs chimistes, et en particulier M. Dorvault, qui refusent à l'iode le nom de poison, parce que, disent-ils, ce métalloïde ne s'accumule pas dans l'économie, admettent sa prompte élimination, de façon que, au bout de peu de jours, l'organisme en est entièrement débarrassé. M. Bernard a prouvé, au contraire, que l'élimination continuait à se faire pendant plusieurs semaines, seulement ce n'est pas dans l'urine, c'est dans la salive qu'il faut chercher à constater la présence de l'iode. On comprend alors que la persistance de l'élimination iodique entretienne les accidents, quand même l'usage du remède a été interrompu (1). Toutes ces irritations secondaires n'offrent pas de gravité et cèdent assez promptement à l'emploi de moyens fort simples; il n'en est pas de même de l'atrophie des seins et des testicules qui est fort lente à disparaître, et qui est quelquefois définitive. Tous les malades soumis à un traitement iodé ne sont pas exposés à ces symptômes secondaires; au contraire, comme le fait observer M. Ricord (2), c'est incontestablement le plus petit nombre. Je chercherai plus loin à donner la raison de ce fait.

L'observation suivante, communiquée par le docteur Maunoir, qui tient cette narration de sa malade elle-même, est un exemple bien caractérisé de la forme d'intoxication que je viens de décrire.

Une demoiselle âgée de vingt-cinq à trente ans, qui, dans son enfance et dans sa première jeunesse, avait pris avec avantage des préparations iodées et en particulier de l'eau de Willdegg, pour de l'anorexie et une disposition à la somnolence, n'ayant pu se procurer cette eau minérale, la remplaça par des pilules dont chacune contenait environ 28 centigrammes d'iodure de potassium. Elle en prit jusqu'à six par jour. Les seuls symptômes iodiques furent, de temps à autre, de la salivation et de l'agitation la nuit. Après avoir pris des pilules pendant plusieurs semaines, mademoiselle X... fut atteinte d'une violente gastralgie qui débuta très brusquement et persista pendant plusieurs mois, accompagnée de palpitations et de constipation. Mademoiselle X... quitta Genève pour le Midi. La santé s'améliora, mais peu à peu le changement d'air perdit sa bonne influence; l'anorexie et la gastralgie reparurent; les époques, après avoir été très abondantes, furent supprimées. Mademoiselle X... ayant conservé le souvenir que l'iode ranimait toujours son appétit, avait emporté avec elle la formule de ses pilules; le pharmacien n'ayant pas su la déchiffrer, lui donna de la teinture d'iode. Je laisse parler la malade elle-même : « Après avoir essayé inutilement tous les remèdes de la pharmacie pour donner de la vie à mon estomac, et rétablir mes règles, je voulus un jour de nouveau essayer l'iode. Le pharmacien me donna un grand flacon de teinture; j'en versai dix gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée, et je le bus. Au bout de quelques heures, je commençai à sentir un effet sur le cerveau; j'étais comme enrhumée, mouchant souvent, la salive plus abondante, une espèce de contraction dans la mâchoire, qui me faisait serrer les dents; les gencives se gonflèrent, s'enflammèrent et m'occasionnèrent un mal de dents général avec enflure. Une grande agitation dans le sang, qui se portait au cœur et à la tête violemment, un tremblement général; la nuit fut sans sommeil, mais j'eus envie de manger et la nourriture fut digérée, ce qui n'avait pas eu lieu depuis longtemps. Le lendemain, je voulus continuer mon essai en diminuant un peu la dose, mais les effets fâcheux furent les mêmes sur le sang et les nerfs, l'estomac seul allait mieux. Je mangeai un peu, je voulus boire de la limonade pour me rafraîchir la bouche. Je sentis immédiatement une douleur très vive au creux de l'estomac, mais elle ne fut que passagère. J'aurais voulu pouvoir continuer cet essai plus longtemps; mais, au bout de quatre jours, je dus interrompre, j'avais le sang tellement en mouvement, au cœur et à la tête, les gencives toujours enflammées, le visage enflé, tremblement nerveux, insomnie. Je ne pus supporter cet état plus longtemps, et, pour être plutôt débarrassée, je me fis saigner. Je regrettai d'avoir été obligée d'interrompre le remède, car je m'en trouvais bien pour mon estomac. »

Troisième espèce.—Intoxication spécifique produite par l'iode ou par ses composés, plus fréquente chez les sujets traités par les petites que par les grandes doses, et dans le cas de bonne santé que dans celui de diathèse confirmée et localisée, plus fréquente aussi dans certains pays que dans d'autres, extrêmement rare chez les enfants, et d'autant plus à redouter que les malades sont plus avancés en âge. C'est la maladie désignée par Coindet sous le nom de *saturation iodique*, *d'affection constitutionnelle*, par d'autres sous celui de *cachexie iodique* ou *d'iodisme*. J'adopte ce dernier terme auquel je joins celui de *constitutionnel* pour bien indiquer la nature de cet état morbide. L'iodisme peut exister à tous les degrés; depuis un léger amaigrissement jusqu'à la fonte du malade, on peut distinguer une foule de nuances que les observations particulières seules peuvent reproduire. Cependant, pour la commodité de la description et dans un but pratique, je classerai l'iodisme sous trois chefs :

L'iodisme léger;
L'iodisme de moyenne gravité;
L'iodisme grave ou très grave (1).

(1) Le docteur Caffe a publié une observation très remarquable d'intoxication dans laquelle il est dit que l'iode a été retrouvé pendant six semaines, dans les différentes sécrétions, après la cessation du médicament.

(2) *Loc. cit.*, p. 167.

(1) A la fin de ce paragraphe, je reproduirai les descriptions que Coindet père, Jahn, MM. Coindet fils et d'Espine, ont données à l'iodisme.

3° Les cas graves et accidentels de chirurgie seront reçus à toute heure de jour ou de la nuit, sans qu'il soit besoin de recommandation.

4° L'on ne peut, sous aucun motif, recevoir de personnes atteintes d'aliénation, de scarlatine, de petite vérole, de rougeole ou autres maladies contagieuses, de phthisie ou de maladies incurables.

5° Aucun malade ne peut, sans autorisation spéciale du comité, résider à l'hôpital plus de six semaines, et exceptionnellement (*in extraordinary cases*) plus de deux mois.

Ces articles restrictifs expliquent l'existence à Londres des hôpitaux pour la phthisie, le cancer, etc., et l'on peut dire, sans être taxé d'exagération, que ces règlements sont une honte pour la bienfaisance anglaise.

Comme nous l'avons dit plus haut, quelques hôpitaux sont en même temps des écoles de médecine. Leur organisation, sous ce rapport, est digne des plus grands éloges. Les élèves, sans sortir de l'établissement, trouvent réunis l'enseignement clinique et théorique, confié, dans les hôpitaux de Londres, à des professeurs distingués. Dans plusieurs hôpitaux, des musées de matière médicale, d'anatomie normale et pathologique offrent aux élèves de précieux moyens d'instruction. La libre concurrence établie entre ces sortes d'écoles secondaires est un stimulant qui engage les gouverneurs à ne rien négliger pour y attirer la jeunesse. Les élèves payent, en effet, une certaine somme pour avoir le droit de suivre les visites et les cours qui se font à l'hôpital. Cette rétribution, analogue à nos inscriptions, est à King's College, par exemple, de 103 livres sterling (2,575 fr.). Cette somme une fois payée confère la faculté de suivre, pour tout le temps qu'on le désire, les cours de l'hôpital.

L'inscription peut n'être que temporaire, et elle est nécessairement alors d'un prix moins élevé. On peut, à volonté, se faire inscrire pour tel ou tel cours théorique ou pratique.

Les musées d'anatomie pathologique sont, dans quelques hôpitaux, Saint-Georges, Guy's, etc., des plus remarquables, et de beaucoup supérieurs au musée Dupuytren. Quant à notre musée Orfila, il n'a point de rival, au moins sous le rapport des pièces

Iodisme léger. — Dans le premier cas, voici ce que l'on observe : après un usage plus ou moins prolongé de l'iode, les malades, tout en se félicitant de la diminution de leur goître, s'ils en sont porteurs, ne tardent pas à observer qu'ils ont maigri, pâli et qu'ils se sont affaiblis. Cette observation est bien plus souvent faite par leurs alentours que par eux-mêmes, la conservation de la santé générale, quelquefois même l'augmentation de l'appétit leur faisant illusion sur leur état. Mais l'amaigrissement n'est pas le seul symptôme, bientôt viennent s'y joindre des palpitations, de l'abattement, une plus grande dépression des forces, de la tristesse, de l'insomnie et une susceptibilité nerveuse plus ou moins prononcée.

Les symptômes peuvent en rester là et disparaître par la simple cessation du remède, quelquefois même ils peuvent être moins accentués et ne consister que dans de l'amaigrissement avec ou même sans palpitations.

Iodisme de moyenne gravité. — D'autres fois, il n'en est pas de même, soit que la maladie ait été méconnue, soit qu'une fois lancée, elle ne s'arrête pas facilement, on voit les symptômes persister en s'aggravant, la maigreur, la tristesse, l'insomnie, la disposition à la frayeur, les palpitations augmentent, l'appétit se perd ou, au contraire, il y a de la boulimie. Quelques malades se plaignent de sensations pénibles dans le ventre et dans les attaches du diaphragme ; ils sont constipés, le facies exprime l'abattement ou un certain degré d'excitation, alors l'indisposition est assez sérieuse pour les inquiéter et les engager à consulter leur médecin, quoiqu'ils ne soient pas alités et qu'ils aient pu, en partie du moins, continuer leurs occupations. Un examen attentif ne permet de reconnaître aucune cause organique à cet ensemble de symptômes qui persiste pendant un temps plus ou moins long, mais finit par disparaître graduellement sous l'influence d'un traitement approprié, joint à la suppression de la cause.

Iodisme grave ou très grave. — Dans ce cas les symptômes ne diffèrent des précédents que par la rapidité de leur apparition et par leur intensité. Dès que la maladie débute, on s'aperçoit qu'elle sera sérieuse. Le goître (si goître il y a) diminue ou disparaît en quelques jours ; en même temps, l'amaigrissement général survient avec une rapidité quelquefois effrayante, de sorte qu'en peu de semaines, quelquefois même au bout de huit à dix jours, les malades sont devenus méconnaissables ; ils ont vieilli de vingt ans, le marasme est général, mais il porte principalement sur les organes glandulaires, les seins et les testicules s'atrophient. Le pouls s'accélère, il est plutôt petit que plein, et dans certaints moments beaucoup plus rapide qu'en d'autres. La peau du visage est pâle, jaunâtre ou verdâtre, le facies exprime la tristesse ou l'anxiété ; les yeux, profondément cernés, cerclés de noir, sont tantôt fixes, tantôt un peu égarés. La faiblesse est grande, les malades ont la voix cassée ; ils sont tout tremblants et essoufflés au moindre mouvement. Les symptômes nerveux sont très pénibles ; l'inquiétude, la frayeur, l'émotion facile, ont succédé au repos d'esprit, le cauchemar a remplacé le sommeil. Tout annonce un état fort grave, et cependant l'exploration la plus attentive ne fournit que des renseignements négatifs ; et, au milieu de tous ces désordres, on voit l'appétit persister et même être quelquefois exagéré ou désordonné ; il est rare que les malades soient alités. Quand l'iodisme a revêtu les caractères que je viens de décrire, malgré la gravité apparente des symptômes, le malade est loin d'être dans un état désespéré. Si la cause de son mal est reconnue, et si un traitement réparateur et judicieux est prescrit, on voit graduellement s'évanouir tous les phénomènes fâcheux, le moral se relève, l'amaigrissement s'arrête, puis l'embonpoint renaît, le visage perd son apparence sénile, les forces reparaissent, la démarche se raffermit, le sommeil remplace le cauchemar, et au bout de quelques semaines, mais bien plus souvent encore au bout de deux à quatre ou six mois, le malade recouvre la santé. Mais il n'a pas soutenu une lutte pareille sans en porter les traces pendant longtemps encore, quelquefois même pour toujours. L'atrophie définitive du sein chez les femmes et des testicules chez les hommes vient en effet témoigner de la profonde secousse que l'économie a reçue. Dans des cas heureusement très rares, mais qui ne sont que trop réels, ni l'interruption du remède, ni les meilleurs soins hygiéniques et médicaux ne peuvent triompher de la maladie ; les symptômes persistent en s'aggravant, le cerveau est de plus en plus entrepris, et la mort survient au milieu du marasme le plus avancé.

Description des auteurs. — Pour compléter le tableau de la maladie, je dois mettre sous les yeux du lecteur la description que plusieurs médecins ont donnée de l'iodisme.

Voici, dit Coindet, des symptômes que j'ai observés chez les malades qui ont été fortement affectés :

« Accélération du pouls, palpitation, toux sèche fréquente, insomnie, amaigrissement rapide, perte de forces, chez d'autres seulement une enflure des jambes ou des tremblements, ou une dureté douloureuse dans le goître, quelquefois diminution des seins, augmentation remarquable et soutenue de l'appétit, etc., etc... Le traitement a dissipé les symptômes plus facilement que je ne l'aurais cru ; mais quelques malades ont conservé assez longtemps de la maigreur, une faiblesse musculaire et de la pâleur (1). » Le

(1) Baup (*Bibliothèque universelle*, t. XVIII, p. 316), très partisan de l'emploi de l'iode, a pu, sur deux de ses malades, observer les symptômes signalés par Coindet, l'un traité par la teinture d'iode, l'autre par les frictions avec une pommade contenant de l'hydriodate de potasse. Voici les symptômes qu'il signale chez le premier malade : amaigrissement, faiblesse, fièvre, soif, altération particulière des traits de la figure, diarrhée, augmentation de l'appétit, insomnie. Le second malade fut traité par les frictions avec une pommade d'hydriodate de potasse ; il commença les frictions le 6 août et consomma en trente jours trois doses de pommade d'hydriodate de potasse, c'est-à-dire ʒ j ß (moins de 5 grammes) de sel iodé. Mais l'amaigrissement s'étant déclaré, on suspendit le traitement. Dix jours plus tard, il le reprit, et le 26 septembre il éprouva tous les symptômes produits par la saturation iodique, et l'on fut obligé de cesser les frictions.

---

préparées par dessiccation, mode de conservation presque inconnu en Angleterre. La dissection est, quoiqu'on en pense en France, aussi facile à Londres qu'à Paris ; la médecine opératoire, à cause du nombre de sujets qu'elle nécessite et le prix des cadavres, est toutefois plus facile à Paris. Des amphithéâtres commodes et bien éclairés sont affectés aux dissections. Nous regrettons de le dire, mais nous avons pu constater en Angleterre comme en Italie, avec autant de regret que de surprise, que nous étions inférieurs sur ce point à nos voisins. Si l'on excepte le magnifique amphithéâtre que l'administration des hôpitaux a fait élever, et que nous connaissons sous le nom de *Clamart*, c'est à Gênes que nous avons trouvé le plus bel établissement consacré à l'étude pratique de l'anatomie. A Paris, au contraire, notre école pratique est dans un état de délabrement regrettable ; il est vrai qu'on promet des améliorations qui se sont bornées jusqu'à présent au badigeonnage des murs extérieurs et à la construction d'un cabinet pour le chef des travaux anatomiques. Mais si les ressources que possède la Faculté la rend irresponsable d'un tel état de choses, qu'ignore certainement le ministre, on doit espérer que la haute sollicitude qui a depuis quelques années doté notre capitale de monuments si remarquables, n'oubliera pas que les progrès intellectuels sont plus souvent qu'on ne pense liés aux améliorations matérielles.

Outre les divers établissements voués à l'instruction médicale, Londres possède dans le collége des chirurgiens, un musée que nous connaissons en France sous le nom de *Musée de Hunter*, et qui renferme une admirable collection de pièces d'anatomie normale et pathologique que l'hospitalité anglaise met non-seulement avec libéralité, mais avec une bonne grâce dont nous ne saurions trop remercier nos confrères, à la libre disposition des médecins et des savants étrangers.

Dans un prochain numéro, nous nous occuperons des pansements et de la statistique de la mortalité après les amputations.

Dr Léon Le Fort.

docteur Jahn (1) a tracé de la maladie iodique un tableau encore plus rembruni que celui de Coindet. Voici en quels termes il s'exprime :

« L'iode exerce d'abord et principalement son action sur la vie de nutrition. Ce qui frappe d'abord la vue, c'est la résorption de la graisse, en sorte qu'il survient un amaigrissement lent... La peau paraît plus sale et d'une teinte livide, les lèvres sont bleuâtres et les veines superficielles gonflées ; il y a des sueurs visqueuses, la respiration est gênée, la sécrétion urinaire augmente d'abondance, celle du sperme s'accroît; le sang devient plus séreux, comme on peut en juger par la diminution de la rougeur et par la faiblesse des battements artériels. Les malades se fatiguent aisément, ils ont des digestions irrégulières, la diminution de la salive et du mucus fait que le malade se plaint de sécheresse dans la bouche et dans la gorge. La vie nerveuse reçoit également une atteinte profonde, et l'on voit paraître des symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux de l'hystérie et de l'hypochondrie : sensibilité extrême, abattement d'esprit, disposition à la frayeur, au chagrin, sentiment de faiblesse, tremblement des membres analogue à celui que cause le mercure, sommeil agité, rêves désagréables et fatigants ; déjà, à cette époque, des mouvements fébriles passagers et irréguliers annoncent la réaction de l'organisme. Si l'on n'arrête pas alors la maladie, ou si l'on continue à donner l'iode, les phénomènes indiqués deviennent de plus en plus prononcés et graves, et l'on voit même s'atrophier les tissus glanduleux, les seins, les testicules, la thyroïde. Il finit par s'établir tout le cortége des accidents de la phthisie dite nerveuse. »

M. le docteur Coindet fils (2) donne de l'iodisme la description suivante :

« C'est d'abord une légère pâleur répandue sur le visage et je ne sais quoi de tiré dans les traits. Le malade accuse un sentiment de faiblesse générale et un besoin d'être restauré qu'un cordial ou un peu de nourriture succulente soulage pour un peu de temps. Mais le repas se fait-il attendre, alors malaise, tiraillements, souvent même douleurs vives à l'épigastre. Bientôt le cas s'aggrave, il survient un tremblement des mains, d'abord léger, puis de plus en plus prononcé, un état nerveux extrêmement pénible et que les malades ont beaucoup de peine à décrire, c'est une agitation intérieure semblable à celle qui accompagne une fâcheuse nouvelle, ou un ébranlement qui suit une querelle regrettable, un remords ; c'est l'impossibilité de fixer son attention par la lecture, le dessin ; ce sont des pleurs, des impatiences qui éclatent à la moindre contrariété. L'amaigrissement fait des progrès de jour en jour et arrive au marasme, le pouls s'accélère, devient excessivement faible; le moindre exercice cause de l'oppression, des palpitations de cœur, du vertige. D'ailleurs, l'exploration la plus attentive ne révèle de lésion matérielle nulle part. Il n'y a pas de soif, et les sécrétions rénales sont naturelles. J'ai été consulté, dit M. Coindet, pour un assez grand nombre de ces cas extrêmes, aucun ne s'est terminé par la mort; seulement, la guérison a été lente et difficile. Après six mois de soins persévérants et judicieux, on distinguait encore les traces de la maladie. »

M. D'Espine a tracé en quelques lignes le tableau de l'iodisme grave (3) : « L'intoxication iodique s'annonce par l'exagération de l'appétit, par la boulimie et si l'on persiste à administrer le médicament, malgré ce premier symptôme, on ne tarde pas à voir se produire une sensation de chaleur et des douleurs vers la région épigastrique, puis l'amaigrissement, un aspect particulièrement brunâtre de la région sous-palpébrale avec une vivacité du regard qui a quelque chose d'assez caractéristique ; enfin surviennent des palpitations, une accélération considérable du pouls et des troubles graves du système nerveux. »

Analyse des symptômes. — Après avoir présenté la synthèse de l'iodisme, je dois revenir par l'analyse sur certains symptômes dont je tiens à préciser l'ordre d'évolution et la valeur. Le premier symptôme de l'iodisme, celui qui est noté par tous les auteurs, qui se rencontre dans toutes les variétés de ce mal, et qui est plus constant qu'aucun autre, c'est l'*amaigrissement*.

L'amaigrissement est tantôt lent, graduel et modéré; tantôt, au contraire, très rapide et très considérable. On a dit avec raison que les malades fondaient comme la cire. Dans les cas graves, non-seulement la graisse est résorbée, mais le corps est flétri, les malades ont vieilli avant l'âge. Cette apparence sénile est caractéristique. Un ancien praticien de Genève me racontait dernièrement qu'un jour la personne chargée d'introduire les malades dans son cabinet était venue le prier de laisser passer avant les autres une pauvre vieille femme qui, par son air de souffrance et son grand âge, paraissait plus que tout autre mériter cette faveur. Cette vieille femme, me dit mon confrère, avait trente ans et venait de subir un traitement iodé. Cette anecdote n'a pas besoin de commentaire.

Ce sont le goître, les seins, quelquefois les testicules et le visage, qui manifestent les premiers signes de l'amaigrissement; mais il ne tarde pas à devenir général. A quelle cause faut-il attribuer l'amaigrissement? Dépend-il de l'insuffisance de l'alimentation par suite de la lésion de l'estomac, ou bien de l'action exercée par l'iode sur la nutrition? Je n'hésite pas à adopter la seconde opinion. Ce n'est ni la prétendue gastrite ni l'inanition qui occasionnent l'amaigrissement, car on l'observe en dehors de toute cause de cette nature chez des malades traités par des doses inoffensives et qui continuent à se nourrir. Je ne veux pas prétendre cependant qu'un estomac délabré ne soit pas une cause aggravante de l'amaigrissement; mais très certainement, dans la grande majorité des cas, ce n'est pas dans l'irritation gastrique qu'il faut chercher son point de départ.

La boulimie est un second symptôme dont il faut tenir grand compte, quoiqu'il soit moins fréquent que l'amaigrissement. Quelques médecins pensent que la boulimie le précède. Telle n'est pas mon opinion. Ces deux symptômes sont quelquefois concomitants, mais je suis disposé à croire que, lorsqu'ils se succèdent, la boulimie est postérieure à l'amaigrissement. Elle n'en est pas moins un symptôme précieux, parce que, coïncidant avec un amaigrissement rapide, elle est la pierre de touche de la susceptibilité du malade pour le remède, et indique qu'il est urgent de le suspendre.

J'ai parlé de la boulimie comme symptôme initial; mais on peut l'observer aussi à une époque plus avancée de la maladie, lorsque l'amaigrissement a été porté à un haut degré et que cependant le malade doit guérir; alors, si elle a moins de valeur diagnostique, elle prend une certaine importance pronostique et donne de légitimes espérances de rétablissement.

La boulimie est l'indice de la réaction de l'économie contre la perte qui la menace ou qu'elle a déjà éprouvée; elle tend à obvier à la désassimilation qui outre-passe déjà l'assimilation. C'est, en effet, dans les cas d'amaigrissement très rapide, soit du goître, soit du goîtreux, qu'on l'observe principalement. Ce qui me fait insister sur ce point, c'est que dans le traitement du goître par les petites doses, on observe souvent l'amaigrissement et la disparition définitive du goître sans que l'appétit ait été exagéré; ce n'est guère qu'au moment où le branle est plus fortement donné au système et s'annonce par l'amaigrissement général que l'on voit survenir la boulimie. La boulimie a été attribuée à l'action que quelques préparations iodiques exercent sur l'estomac. Ce qui tendrait à le prouver, c'est que ce symptôme, que l'on appelle à Genève *le rongement de l'estomac*, a été plus fréquemment noté au début de l'expérimentation iodée, lorsqu'on donnait la teinture d'iode et l'hydrodate ioduré de potasse, qu'il ne l'est de nos jours. Tout en admettant la surexcitation de l'appétit par l'action topique de l'iode, je crois cependant que la boulimie est le plus souvent un des symptômes de l'action spéciale qu'il exerce sur le système nerveux.

J'ai vu plusieurs fois la boulimie manquer et être remplacée, soit par du dégoût pour les aliments, soit par la conservation pure et simple de l'appétit. La *soif* est un symptôme tout à fait exceptionnel; quant aux vomissements, à la diarrhée et à la gastralgie,

(1) *De la maladie iodique, ou des désordres qu'entraîne à la suite l'emploi trop longtemps continué de l'iode*, par le docteur Jahn. (*Journal complémentaire*, t. XXXV, p. 359; — *Archives de médecine*, t. XXII, 1830, p. 543.)
(2) Extrait d'une communication écrite. Voy. *Pièces justificatives*.
(3) Extrait d'une communication écrite.

ils sont le résultat de l'action directe de l'iode ou de son action en retour. La constipation est bien plus fréquente que la diarrhée dans l'iodisme simple.

Les palpitations purement nerveuses sont un troisième symptôme qui accompagne ou suit de près l'amaigrissement et la boulimie. Elles manquent rarement. Je citerai comme cas tout à fait exceptionnel l'exemple d'une dame qui était sujette aux palpitations, et chez laquelle elles ont disparu quand elle a été sous l'influence de l'iodisme. C'est en général plus tard que se manifestent les *symptômes nerveux* qui existent à tous les degrés. Quelques-uns sont très caractéristiques. Les descriptions des docteurs Jahn et Coindet sont, sous ce rapport, frappantes de vérité; j'en ai vérifié moi-même la parfaite exactitude (voy. observations). Je signalerai comme importants l'état du regard tantôt fixe, tantôt mobile, la faiblesse, la voix cassée, le changement dans le caractère, la tristesse profonde, le véritable spleen, le *tædium vitæ*, l'émotion facile, l'irritabilité, le tremblement des membres, général ou partiel, l'insomnie, le cauchemar.

Ce qui donne surtout de la valeur à ces symptômes, qui ressemblent assez à ceux de l'hypochondrie et de l'hystérie (Jahn), c'est qu'on les voit se développer en dehors de toute cause d'hypochondrie et de tristesse, et souvent chez des personnes qui, par leur caractère, leur position, leurs antécédents et leur santé physique et morale habituelle, sont le plus éloignés possible de cette pénible disposition.

Si l'on joint à ce fait l'identité des sensations qui révèlent l'identité de la cause, on comprendra l'importance qu'il faut attacher à ces symptômes. Je citerai plus tard des observations tout à fait concluantes sous ce rapport.

Enfin un autre ordre de symptômes, dont il faut tenir grand compte, ce sont les symptômes négatifs, l'exploration la plus attentive ne permettant pas de saisir aucun signe d'une lésion matérielle, résultat que confirme souvent le malade lui-même, en disant: « Je suis gravement atteint, mais je ne sais pas ce que j'ai. »

Tous les autres symptômes énumérés par les auteurs sont beaucoup moins constants, et surtout moins caractéristiques que ceux dont je viens de parler; il faut les laisser sur le second plan. Tels sont la dilatation des pupilles et des mouvements continuels des yeux (Wallace), les sueurs visqueuses, l'urine couverte d'une pellicule grasse et irisée (Jahn), la toux, l'hémoptysie, l'enflure (Coindet), la douleur au niveau des fausses côtes, accompagnée de fièvre (Wallace). Je dois d'autant moins mentionner ces symptômes comme spéciaux à l'iodisme constitutionnel, que plusieurs sont probablement le résultat de l'élimination de l'iode, car il ne faut pas oublier que les symptômes d'intoxication par élimination ou par action locale, viennent quelquefois se mêler aux symptômes spécifiques.

MÉLANGE DES DIFFÉRENTES ESPÈCES D'INTOXICATIONS IODIQUES. — Si j'ai pu, par l'analyse, distinguer trois modes d'action de l'iode produisant trois ordres de symptômes différents, il ne faut pas croire cependant que cette division soit toujours nettement tranchée. Il peut arriver en effet, comme je l'ai déjà dit, que ces trois variétés d'intoxication soient diversement combinées. Ainsi une personne *prédisposée* qui pendant quelques jours aura consommé des doses plus ou moins fortes d'iode pourra éprouver les trois espèces d'effets fâcheux que j'ai décrits, l'irritation gastro-intestinale, les irritations secondaires par élimination, l'iodisme constitutionnel, tandis qu'une autre ne sentira que les effets primitifs et tertiaires, une autre les effets secondaires et tertiaires.

On peut trouver, dans les observations particulières, plusieurs exemples de l'association des diverses formes d'intoxication iodique. Je me bornerai à citer le fait suivant, que j'emprunte au docteur Gairdner (1) :

« Une jeune pensionnaire, dans une maison d'éducation de Paris, était depuis quelque temps affectée d'un goître; son frère, étudiant en médecine dans la même ville, résolut de faire sur sa sœur l'essai de l'iode, dont il avait entendu parler. Il n'eut pas beaucoup de peine à la persuader. Le remède réussit, comme à l'ordinaire, et diminua en grande partie la tumeur, sans qu'il survînt aucun effet fâcheux.

» Comme il restait encore un léger engorgement dans le lieu où avait existé la tumeur, on voulut le faire disparaître entièrement, et on força la dose du remède. Aussitôt il se manifesta de vives douleurs d'estomac, beaucoup d'anxiété et d'oppression. On ne fit aucune attention à ces symptômes, et le remède fut encore continué pendant une semaine. La malade devint alors très maigre; elle était affectée de vomissements fréquents, les douleurs de l'abdomen devinrent plus fortes et plus constantes, et le septième jour elles étaient très aiguës. Je fus appelé le matin à cause d'une diarrhée très forte, qu'elle avait eue pendant la nuit, et je trouvai la jeune malade dans un état déplorable. Elle était cruellement tourmentée par des douleurs à l'estomac, des spasmes violents et des convulsions dans les muscles du bras, du dos et des jambes, qui lui laissaient rarement des intervalles de repos. Les vomissements et les déjections étaient continuels, et celles-ci, au commencement copieuses et fécales, devinrent sanguines, visqueuses et très rares. La matière vomie était verte, mêlée de stries de sang; les traits de la malade étaient pâles, tirés, et avaient l'expression propre aux maladies abdominales. Le pouls était petit, dur et extrêmement fréquent. J'ordonnai 4 grains d'opium en lavement, qui ne furent point gardés et produisirent peu d'avantages; on fit alors des embrocations calmantes sur le creux de l'estomac, des fomentations aux pieds, et dès qu'elle put être transportée on la mit dans un bain chaud. L'irritation de l'estomac diminua beaucoup, la malade put avaler 30 gouttes de laudanum, qui lui procurèrent près d'une heure de soulagement. Pendant dix jours cette jeune personne resta dans cette affreuse position, fréquemment tourmentée de diarrhées avec de vives douleurs intestinales. La maigreur devint si grande, qu'elle était, suivant l'expression de la garde-malade, entièrement décharnée, et je n'ai jamais vu un amaigrissement aussi complet et aussi prompt. L'usage continué de l'opium à haute dose la rétablit un peu; mais je la vis encore un mois après sa maladie, elle était toujours sujette à de violents spasmes d'estomac, que l'opium seul pouvait calmer.

» J'ai appris depuis des nouvelles de cette jeune personne. Elle elle est beaucoup mieux portante, elle a recouvré un peu d'embonpoint. Cependant son estomac a toujours conservé une certaine sensibilité, qui l'oblige à être très soigneuse dans sa nourriture. Le goître n'a point reparu, mais le petit engorgement qui avait pris la place de la tumeur demeure sensible au toucher. »

DURÉE. — L'iodisme est toujours une maladie chronique. Sa plus courte durée est de six semaines; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est bien plus prolongée, de quatre à six mois et plus.

On a vu des malades n'être rétablis qu'au bout de plusieurs années. Les cas de cette espèce ont été surtout observés dans les premières années de l'expérimentation iodique, et il est bien probable que cette prolongation de mal dépendait de l'altération de l'estomac, produite par le métalloïde donné en nature ou associé à l'hydriodate de potasse.

MARCHE. PRONOSTIC. — Quoique l'iodisme soit toujours une maladie chronique, on peut cependant distinguer deux allures dans ce mal, l'une très lente et très insidieuse, l'autre plus vive au début et plus apparente. Il peut arriver aussi que, presque latente au début et en apparence très peu grave, la maladie se démasque tout à coup, et revêt un haut degré d'acuité et de gravité. (Voy. observation.)

L'iodisme à début lent est, la circonstance précédente réservée, en général plus facilement et plus promptement curable que l'iodisme à début aigu; il est donc très important, avant d'asseoir son pronostic, de bien peser cette circonstance. Il faut tenir aussi grand compte de l'âge. En effet, l'iodisme est d'autant plus grave que les sujets sont plus âgés; il l'est plus aussi chez les personnes très nerveuses, sujettes aux palpitations, porteurs de goîtres volumineux qui ont disparu rapidement, et dans les cas où l'on a ad-

(1) *Bibliothèque thérapeutique de Bayle*, 1828, p. 105.

ministré la teinture d'iode ou l'hydriodate de potasse ioduré à haute dose.

Il est à peine nécessaire de dire que l'iodisme léger ou de moyenne gravité guérit toujours ; quant à l'iodisme grave ou très grave, il guérit le plus souvent. Cependant il est incontestable qu'il peut se terminer par la mort. Le docteur Jahn en a cité deux cas, le docteur Caffe un autre ; le docteur D'Espine en a aussi signalé deux dans son *Essai de statistique mortuaire*. Quoique les cas malheureux soient très rares, l'iodisme n'en est pas moins une maladie très pénible, qui pendant bien des mois, quelquefois même pendant bien des années, non-seulement prive les malades de toutes les douceurs de la vie, mais leur rend même l'existence insupportable.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de l'iodisme est encore à faire. Je ne connais sur ce sujet que les quelques lignes insérées dans le mémoire du docteur Jahn (1) : « Chez deux sujets on trouva la graisse disparue, tous les tissus flétris et flasques, les glandes rapetissées et fondues, ainsi que les ganglions mésentériques) qui sont ordinairement très développés dans le cancer de l'estomac), la thyroïde, les capsules surrénales, même le foie, la rate et les ovaires. »

Article III. — *Diagnostic de l'iodisme.*

La sixième proposition de la note que j'ai adressée à l'Académie était ainsi conçue : « Le médecin placé en présence d'une de ces maladies sans nom, sans cause et sans localisation morbide appréciable, dont la boulimie, l'amaigrissement, les palpitations, la susceptibilité nerveuse sont les symptômes apparents, doit avoir les yeux ouverts sur la possibilité d'une intoxication iodique (2). »

En effet, lorsque les quatre ordres de symptômes que je viens de résumer existent, il y a de fortes présomptions que le malade est atteint d'iodisme, car il n'y a aucune maladie dans laquelle on les trouve réunis, et surtout dans laquelle on observe une opposition aussi flagrante entre un appétit exagéré et un amaigrissement progressif. Mais si les uns ou les autres de ces symptômes manquent, le diagnostic deviendra plus difficile. Pour l'établir, il faut distinguer les cas où l'iodisme a un début rapide, de ceux où il a un début lent. Ainsi, si le mal a, dès son origine, le cachet aigu, si le pouls est très fréquent, s'il y a des exacerbations irrégulières et vives, si en même temps l'amaigrissement est venu promptement, si la peau est pâle et si les malades sont des femmes faibles, essoufflées, palpitantes et nerveuses sans avoir de boulimie, l'iodisme pourra en imposer pour cette forme de chlorose simulant la phthisie que j'ai décrite il y a quelques années (3). La connaissance de la cause du mal, le sexe, l'âge des sujets ; chez les uns, la disparition rapide du goître, accompagnée d'un amaigrissement très prompt et d'une apparence sénile ; chez les autres, l'amaigrissement moins rapide et les signes évidents de chlorose mettent sur la voie du diagnostic. Cependant la cachexie iodique produisant aussi un état chloro-anémique, il ne faut pas attacher trop d'importance aux signes ordinaires de la chlorose qui peuvent se rencontrer dans les cas de cette espèce. Dans les cas où l'iodisme a une allure moins vive et chemine lentement et à la sourdine, à la manière des maladies chroniques, on pourra soupçonner un diabète latent, une maladie du cœur commençante, ou un de ces états cachectiques qui précèdent quelquefois le moment où l'on peut constater la localisation positive d'une diathèse qui jusqu'alors était seulement en puissance. C'est à ces différentes hypothèses que je me suis successivement adressé en cherchant la cause de la maladie dont était atteinte la dame qui fait le sujet de ma troisième observation. L'analyse chimique donne immédiatement la solution du problème, dans le cas où l'on soupçonne un diabète. J'entends parler de ces diabètes latents dans lesquels il n'y a ni soif exagérée ni polyurie ; car si ces deux symptômes existent, le diagnostic est trop facile pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter, et on peut le résumer en deux mots : *iodisme :* boulimie, marasme ; *diabète :* polydipsie, marasme. Cependant le docteur Ricord a cité un exemple de diabète produit par l'iodure potassique (1). Le malade, très altéré, buvait beaucoup et rendait jusqu'à cinquante litres d'urine par jour. Mais il faudrait savoir si, chez ce malade, les urines contenaient du sucre ou s'il ne s'agissait pas d'une polydipsie et d'une polyurie simple. Je citerai à ce sujet une observation qui m'a été communiquée par le docteur Maunoir. Dans ce cas, la polydipsie accompagna le marasme. (Voy. *Pièces justificatives*.)

Quant aux maladies diathésiques, la scrofule et le cancer, qui se manifestent souvent par un trouble dans la santé générale avant de se révéler par des symptômes locaux appréciables, on pourra les distinguer de l'iodisme par cette considération, que, dans les premières, l'amaigrissement est accompagné de dyspepsie, qu'il est beaucoup moins rapide, et que les palpitations et l'état nerveux manquent. Si l'on soupçonne une maladie du cœur commençante, le diagnostic sera plus difficile, parce que les symptômes communs (tels que le mauvais teint, l'abattement, la tristesse, les palpitations, quelquefois l'amaigrissement) seront plus nombreux ; c'est à la connaissance de la cause et à la persistance des symptômes négatifs fournis par la percussion et par l'auscultation, qu'il faudra s'adresser pour reconnaître la véritable origine du mal.

Enfin, si les symptômes nerveux sont très prononcés, on pourra croire à une simple hypochondrie ; et, en effet, c'est bien sous cette face que l'iodisme se présente quelquefois. Dans ce cas, ce n'est guère que la connaissance de la cause, l'incompatibilité des symptômes que l'on observe avec les antécédents connus du malade, et enfin la marche et la terminaison de la maladie, qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Il faudrait aussi prendre en considération l'amaigrissement rapide, et parmi les symptômes nerveux, la boulimie, l'extrême irritabilité, la disposition à la frayeur, le tremblement des membres, l'insomnie et les palpitations. Je n'ai pas besoin de répéter que l'absence de toute localisation appréciable doit être d'un grand poids pour le diagnostic, et que l'on ne saurait mettre trop de soin à découvrir la véritable cause du mal, au milieu des dénégations intéressées ou involontaires des malades. L'examen chimique des sécrétions ne doit pas être négligé.

Article IV. — *Des causes de l'iodisme.*

J'ai prononcé plusieurs fois le mot de prédisposition ou d'idiosyncrasie ; en effet, on ne peut expliquer les effets divers et comparativement rares produits par l'iode que par la prédisposition générale ou locale. Sommes-nous suffisamment éclairés sur ce sujet ? Malheureusement non. Relativement à la prédisposition locale, je ne trouve dans les auteurs aucune indication qui puisse mettre sur la voie (2). Je crois cependant sa détermination plus facile que celle de la prédisposition générale. Voici les remarques que j'ai pu faire sur cette dernière ; elles sont toutes relatives à l'iodisme constitutionnel.

Les conditions qui semblent prédisposer certains individus à éprouver plus que d'autres les effets pathogéniques de l'iode sont, en première ligne, l'*âge*. L'iodisme constitutionnel est tout à fait exceptionnel dans l'enfance ; je n'en ai pas observé d'exemple, et autant je suis précautionné quand j'administre le remède à une personne qui a passé quarante ans, autant je suis libre de toute sollicitude quand je le donne à un enfant. A partir de l'âge de quinze ans jusqu'à vingt-cinq ou trente, l'iodisme est rare ; depuis trente ans il devient d'autant plus fréquent que les sujets sont plus

(1) *Loc. cit.*, p. 544.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 114. — *Bulletin de l'Académie*, n° 1, 15 octobre 1858, t. XXVII.

(3) *Archives de médecine*, février 1855.

(1) Cité par Dorvault, loc. cit., p. 255.

(2) M. Rodet dit bien (*Gazette médicale*, 1847, p. 905) : « Dans l'état physiologique, l'iodure de potassium porte son action irritante sur certains organes de prédilection, et, lorsqu'il agit d'une manière pathogénique, son effet se fait sentir sur l'un de ces organes de prédilection ou bien sur l'organe qui se trouve déjà dans un état de souffrance, et sujet à une irritation ou à une fluxion habituelle ; » mais, sauf les cas d'une irritation préexistante évidente (ophthalmie), il ne signale pas les conditions qui, en dehors d'une cause aussi évidente, expliquent la prédisposition organique.

avancés en âge, sans que je veuille dire toutefois que ce nombre suive une progression mathématique jusque dans l'extrême vieillesse. Mais d'après les faits observés, soit par mes confrères, soit par moi-même, l'iodisme est plus à redouter de trente à quarante ans que de vingt à trente, et de quarante à soixante ou soixante et dix que de trente à quarante. Cette remarque, applicable à toutes les formes d'intoxications iodiques, est plus particulièrement exacte pour la forme grave ou très grave. Il est difficile de dire si le *sexe* prédispose à l'iodisme. Si l'on se contente d'un chiffre brut, il est évident que la statistique enregistre un nombre bien plus considérable de femmes que d'hommes; ainsi, la plupart des observations qui terminent ce mémoire sont relatives à des personnes du sexe féminin, et sur dix cas d'iodisme, le docteur Gairdner compte neuf femmes et un homme; mais il ne faut pas oublier que les femmes sont infiniment plus sujettes au goître que les hommes, et, par conséquent, plus souvent soumises à un traitement iodé; en outre, elles ont dans une très forte proportion le genre de tempérament qui prédispose de plus à l'iodisme.

En résumé, ce que je puis affirmer, c'est que les accidents ont été observés sur les hommes aussi bien que sur les femmes, et que, par conséquent, si le sexe féminin y est plus exposé, le sexe masculin n'en est pas à l'abri.

Condition sociale. — Je crois, mais le fait tient peut-être à la nature de ma clientèle, que les personnes de la classe aisée sont plus que d'autres exposées à l'iodisme. Presque tous les cas que j'ai observés appartiennent à cette catégorie de personnes. Toutefois, ce qui me fait croire qu'il n'y a pas là une pure coïncidence, c'est que tous ceux de mes confrères (à l'exception d'un seul) dont la pratique est la plus répandue dans les hautes classes de la société, sont aussi ceux qui ont le plus souvent observé l'iodisme. Cette prédisposition des gens riches peut recevoir différentes interprétations. Ainsi, on peut l'attribuer à la vie molle et sédentaire, à l'absence d'une hygiène corporelle active, et aussi à cette susceptibilité nerveuse innée qui est, en général, bien plus développée chez les personnes de la classe élevée que chez celles d'une condition inférieure. Mais il faut aussi tenir compte de ce que, dans l'espèce de clientèle dont je parle, l'observation objective et subjective est bien plus complète qu'elle ne l'est dans d'autres conditions sociales, et que, par conséquent, aucun cas ne peut passer inaperçu.

Constitution. Tempérament. — C'est bien dans la constitution de l'être qu'il faut chercher la véritable cause de l'iodisme; c'est là qu'est caché le mystère auquel, pour voiler notre ignorance, nous donnons le nom d'idiosyncrasie. Il y a des personnes qui, pour l'iode, sont de véritables sensitives; ce sont des réactifs presque aussi sûrs que les réactifs chimiques. Lors même que le médicament est donné à très petite dose et pendant peu de temps, on voit se développer chez elles les premiers symptômes de l'iodisme. Ce fait n'est pas spécial à l'iode, car on sait que certains individus ne peuvent tolérer ni le mercure, ni l'antimoine, ni l'opium. Mais sommes-nous plus éclairés sur la caractéristique de la susceptibilité iodique (les Allemands diraient la réceptivité) que sur celle de la susceptibilité mercurielle, par exemple? Voici sur ce point les remarques que j'ai pu faire : j'ai trouvé que la plupart des sujets prédisposés à l'iodisme avaient un tempérament nerveux et surtout nervoso-sanguin, un caractère impressionnable et irritable, une mobilité nerveuse assez grande, une circulation rapide et de la disposition aux palpitations. Je dois dire cependant que ces conditions de tempérament ne sont pas indispensables pour la réalisation de l'iodisme (voy. observation VII). La preuve que la constitution joue le rôle principal dans la prédisposition générale est corroborée par le fait que l'iodisme se manifeste, surtout chez les individus jetés dans le même moule, si je puis ainsi dire, par leur position sociale, leur hygiène, leurs habitudes, leur mode de vivre. Mais une preuve encore plus forte de l'influence constitutionnelle peut être tirée de l'hérédité ou de la consanguinité. L'iodisme se montre quelquefois chez plusieurs membres de la même famille. Ainsi je l'ai observé sur deux sœurs, sur un père et ses deux filles, sur deux sœurs et sur leur neveu.

Goître. — Notre regrettable confrère, le docteur Prévost, dont les belles recherches physiologiques entreprises avec M. Dumas et avec le professeur Lebert sont bien connues du monde savant, s'était fait une théorie particulière de l'iodisme. La voici : Prévost, qui donnait l'iodure de potassium à très petites doses, de 1/30e à 1/72e de grain par jour, n'avait observé d'accidents que chez les personnes atteintes de goîtres volumineux et dans les cas où la tuméfaction de la thyroïde avait rapidement diminué. Il en inférait que la disposition du goître précédant les accidents, ceux-ci étaient le résultat de la trop prompte résorption du corps thyroïde et de l'introduction presque instantanée dans le torrent circulatoire de matériaux organiques qui, n'étant pas assez promptement éliminés, suscitaient par leur présence dans le sang tous les symptômes que l'on attribue faussement à l'iode lui-même. Cette théorie est encore partagée par mon savant confrère, le professeur Lebert, qui m'a écrit dernièrement avoir vu un assez grand nombre de fois, *chez les goîtreux*, l'intoxication iodique produite par des petites doses; mais à l'exception d'un seul cas (il s'agissait d'un malade atteint d'une suppuration qui disparut rapidement), il ne l'a notée que chez les individus dont la glande thyroïde avait rapidement diminué sous l'influence de l'iode (1). Je ne puis admettre cette théorie, qui tombe devant le simple fait que l'on observe l'iodisme chez des personnes qui n'ont ni goître, ni tumeur d'aucune espèce (voy. observations VII, VIII, IX). Si la résorption prompte de l'hypertrophie simple de la glande thyroïde n'est pas la cause des accidents morbides, il ne s'ensuit pas moins que le goître est peut-être un signe de prédisposition à l'iodisme. Je m'explique : l'iode fait disparaître le goître, c'est un fait incontestable; les habitants de certains pays sont plus sujets au goître que ceux d'autres pays, c'est encore un fait qui n'est pas moins certain; enfin, d'après les belles recherches du docteur Chatin, il est très probable que l'absence d'iode dans ces localités est la cause du goître. En rapprochant ces trois faits, ne peut-on pas en tirer la conclusion que les personnes atteintes de goître sont dans la population celles qui représentent au plus haut degré l'aptitude à être influencées par le métalloïde, parce que ce sont celles qui représentent aussi au plus haut degré les conditions anti-iodiques, si je puis ainsi dire; c'est-à-dire les conditions de constitution et de tempérament dont l'iode est appelé à modifier ou à corriger le développement exagéré.

Par cela même que ces individus sont des représentants négatifs de l'iode, ils peuvent plus que d'autres être sensibles à son action et devenir alors ses représentants positifs. Si les goîtreux sont plus particulièrement exposés aux chances d'une intoxication iodique, il faut aussi tenir compte de cette circonstance majeure, c'est qu'ils sont bien portants. En effet, si l'iode est administré à des individus déjà malades, et comme je l'ai dit dans une note à l'Académie (1) : « Atteints d'une diathèse confirmée et localisée, » il est beaucoup plus rare de voir survenir des accidents. Le médicament modifie l'état diathésique; mais il ne provoque pas en général ce trouble de toute l'économie qui porte le nom d'iodisme. Ce fait, qui, du reste, n'est pas particulier à l'iode, a déjà été mis en lumière à propos de l'iodure de potassium par les docteurs Bodet et Cullerier. Lorsque l'iodure de potassium a été toléré et absorbé par l'estomac, dit M. Rodet, il se mélange avec le sang, et alors s'il existe un virus à combattre, le médicament le neutralise sans toucher en quelque sorte à la constitution, et le virus neutralise en même temps le remède. La lutte entre ces deux agents est intestine et s'opère en silence; le corps n'en est que le théâtre. Si, au contraire, il n'y a pas de virus à combattre, le remède ne peut agir que sur la constitution elle-même et donner lieu aux désordres les plus variés. (*Loc. cit.*, p. 907.)

M. Cullerier s'exprime à peu près dans les mêmes termes : « On n'a pas assez distingué, dit-il, l'action de l'iode administré comme médication générale pour combattre un principe spécial attaquant toute l'économie, et cette même action dans les cas où il est prescrit contre une affection locale. Que l'on fasse prendre de l'iode pendant quelque temps à des individus, seulement dans le but d'étudier son action sur l'économie, il en est qui n'éprouveront rien

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 714, et *Bulletin de l'Académie, loc. cit.*, p. 23.

(2) M. Röser soutient la même opinion (voy. *Gaz. hebd.*, 1860, n° 13, p. 193).

peut-être ; mais quelques-uns en ressentiront certainement l'influence atrophique dans le système glandulaire et adipeux ; que l'on donne, au contraire, la même substance à dose égale à pareil nombre de malades syphilitiques ou scrofuleux, mais syphilitiques surtout, et à cette période de la vérole à laquelle l'iode convient tant (je veux dire à la période tertiaire), ici la substance agira comme médication bienfaisante qui annihilera le principe morbide, qui en débarrassera l'économie, qui permettra aux propriétés vitales de reprendre leur force et leur action. » (*Loc. cit.*, p. 8.)

C'est, je le crois, une idée analogue que le docteur Ricord a voulu exprimer en disant que l'iodure de potassium n'occasionne la plupart des accidents pathogéniques que lorsque la dose n'est pas en rapport avec le mal que l'on combat et avec la capacité du malade. Du reste, ce n'est pas seulement à la syphilis que peuvent s'appliquer les remarques des docteurs Rodet et Cullerier, mais aussi à la scrofule, au cancer, au rhumatisme, à la goutte, à toutes les maladies, en un mot, contre lesquelles l'iode s'est montré efficace. Le fait que je signale, et qui a été bien constaté par mes habiles confrères les docteurs Coindet, Maunoir, Bizot, etc., n'est pas spécial à l'iode, il pourrait être généralisé. Ainsi les maladies hydrargyriques et saturnines qui atteignent les ouvriers qui manient le mercure ou le plomb se développent bien rarement chez les malades auxquels on donne ces médicaments à dose très élevée et pendant longtemps (1) ; mais ce qu'il y a de spécial à l'iode, c'est qu'il est peut-être le seul agent qui ait été expérimenté physiologiquement, et surtout scientifiquement à doses assez fractionnées, mais cependant assez appréciables pour que ses effets spécifiques et indépendants de toute complication locale aient pu être clairement démontrés.

J'ai déjà dit quelques mots du climat ; je dois y revenir. Il me paraît incontestable que les habitants de certains pays sont plus que d'autres exposés à l'iodisme. Ainsi, à Paris, l'iode est donné sous toutes les formes, et l'iodisme est très rare. A Genève, il est bien plus fréquent. Ce fait peut, il est vrai, recevoir une double interprétation à Paris ; l'iodure de potassium n'est guère donné qu'à des malades. A Genève, il est souvent administré à des sujets bien portants, car des goîtreux ne sont pas des malades, et, d'après ce que j'ai dit tout à l'heure, ces conditions différentes doivent produire des effets différents. Mais cette circonstance n'est pas la seule ; les Parisiens n'ont pas la prédisposition que l'iode neutralise (le goître), tandis qu'elle existe de la manière la plus marquée chez les Genévois, qui offrent, en outre, certaines particularités de tempérament qui tiennent probablement à l'absence de l'iode dans l'eau, l'air et les aliments. Je citerai en particulier le peu de développement de tout l'appareil reproducteur, caractérisé chez les femmes par la médiocre abondance du flux menstruel et par le peu de développement des seins. Ce qui prouve que ce genre d'infériorité tient bien au climat, c'est que les jeunes domestiques qui émigrent à Genève des cantons voisins ne tardent pas à être atteintes d'aménorrhée et à voir leurs seins diminuer de volume. Cette différence dans l'ensemble des constitutions doit évidemment tenir au climat, et il est bien probable que les Genévois sont plus facilement influencés par l'iode parce que Genève est un pays dont l'air, l'eau et les produits du sol sont dépourvus de ce métalloïde. Je me sers du mot *probable*, j'espère plus tard pouvoir me servir du mot *certain* quand des analyses auront démontré d'une manière irréfragable le fait que je soupçonne (2). Chez les Parisiens, il y a donc accoutumance à l'iode ; chez les Genévois inaccoutumance : aussi ces derniers doivent-ils être infiniment plus sensibles que les premiers à l'action du remède.

(1) Pendant que j'étais médecin en chef de l'hôpital de Genève, j'ai traité un grand nombre de pneumoniques et de phthisiques par l'acétate de plomb à dose assez élevée, de 30 à 60 centigrammes par jour, et je n'ai pas observé sur un seul individu les symptômes de la maladie saturnine.

(2) Dès aujourd'hui cependant, je puis dire que M. Chatin a constaté l'absence d'iode sur toute la rive gauche du lac de Genève, ce qui rend infiniment probable qu'il en est de même à Genève. J'ajouterai que le professeur Marignac n'a pas trouvé d'iode dans du cresson de fontaine dont il a fait l'analyse sur la demande du professeur A. de Candolle. Ces remarques servent de confirmation indirecte aux résultats si remarquables auxquels est arrivé l'habile chimiste auquel la science doit la démonstration de la présence de l'iode dans l'air, l'eau et les aliments.

L'influence du climat ne serait-elle pas pour quelque chose dans ce fait, que les personnes de la classe élevée sont plus exposées que d'autres à l'iodisme ? Sans doute on peut, comme je l'ai déjà fait pour expliquer cette prédisposition, invoquer la susceptibilité nerveuse et certaines conditions hygiéniques ; mais il faut savoir aussi qu'à Genève les familles de la classe riche ou aisée sont très anciennes dans le pays (deux, trois ou quatre cents ans), et, par conséquent, doivent avoir au plus haut degré la prédisposition climatérique transmise par hérédité.

Saisons. Constitution médicale. — Le docteur Massijovitz, cité par M. Dorvault (1), avance que l'iode a le plus d'action lorsque l'atmosphère est chaude et sèche, tandis que son influence est presque nulle lorsqu'il règne des épidémies de variole, de fièvre puerpérale, de diarrhée ; elle est très énergique, au contraire, lorsque la constitution médicale est inflammatoire ou catarrhale. Je n'ai fait aucune remarque de cette espèce ; tout ce que je puis dire, c'est que si l'iodisme peut être observé dans toutes les saisons, il me semble qu'il est un peu plus fréquent en automne qu'à toute autre époque de l'année. Je citerai en particulier un de mes malades, qui éprouva deux fois les symptômes de l'iodisme en automne, tandis que deux autres fois il avait pris sans inconvénient le sel ioduré au printemps.

Causes directes. Influence de la préparation et de la dose du médicament. — Je viens de passer en revue les causes prédisposantes ; il s'agit maintenant de décider si l'iodisme dépend de l'action spéciale de l'iode, ou bien de l'espèce de la préparation ou de l'exagération des doses du remède. Les documents historiques que j'ai consignés plus haut ont déjà résolu la question ; mais j'affirme de nouveau que c'est au métalloïde lui-même que sont dus les accidents, et qu'ils ne dépendent ni de la préparation, ni de la dose, ni du mode d'administration du remède. Ainsi on a observé l'ionisme chez des sujets traités par l'iode en substance, par la teinture, par l'hydriodate de potasse ioduré, par l'hydriodate de potasse en solution ou en pilules, ou en friction ; par l'hydriodate de potasse mêlé au sel de l'alimentation, dissous dans une eau minérale, combiné à l'éponge ou suspendu dans l'air maritime. On l'a observé quand la dose était forte, moyenne ou très faible ; on l'a vu quand le remède avait été donné pendant peu de temps, ou au contraire pendant un temps très long.

Ma proposition relative à l'influence des petites doses a trouvé beaucoup d'incrédules, et M. Boinet a été jusqu'à dire que l'empoisonnement lent que j'avais signalé n'avait jamais lieu (2). Il est donc indispensable que je démontre par des preuves irréfragables la vérité de mon assertion.

Je le ferai au moyen d'observations trop positives pour qu'on puisse en contester la valeur. (Voy. *Pièces justificatives.*) Mais auparavant, et pour éclairer la route, je dois m'arrêter sur l'action que l'iode, donné à petites doses, exerce sur la disparition du goître. Quand je dis petites doses, j'entends toujours parler de doses très appréciables, quoique fort peu considérables. Elles sont petites, mais point infinitésimales, comme on s'est plu à le dire ; par conséquent, elles n'ont aucun rapport avec les atténuations hahnemanniennes.

C'est le docteur Coindet fils qui (V. P.) a introduit cette pratique à Genève, c'est elle qui est saisie par la plupart des médecins genévois, parmi lesquels je citerai MM. Gosse, Lombard, Bizot, Maunoir, D'Espine, Fauconnet, Gautier, Figuière, Strœlhin, Duval, etc., etc.

Par cette méthode, nous réussissons tous à faire disparaître en un mois, six semaines ou deux mois, des goîtres plus ou moins volumineux. Dans cet intervalle, les malades ne consomment guère que 7 à 10 centigrammes d'hydriodate de potasse. L'action des petites doses est donc avérée, et je ne m'avance pas trop en disant qu'elle repose bien sur des centaines d'observations (3). Mais de

(1) *Iodognosie*, p. 250.

(2) *Bulletin de l'Académie*, t. XXIV, n° 2, 31 octobre 1858, p. 40, ligne 29, et p. 46, lignes 11, 12, 13.

(3) Je trouve dans une lettre que m'a écrite M. le docteur Maunoir cette phrase significative : « Je considère l'influence des petites doses pour la guérison de l'hypertrophie simple du corps thyroïde comme encore plus positive que celle du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermittente. »

très petites doses d'iode n'ont pas toujours pour seul résultat de faire disparaître le goître, l'action est quelquefois outre-passée, et alors surviennent à tous les degrés, depuis les plus légers jusqu'aux plus graves, les symptômes de l'iodisme. La chance de produire ces accidents, même en employant des doses minimes, est si bien connue à Genève, que la plupart des praticiens, fidèles aux recommandations du docteur Coindet père, ne donnent même les petites doses que d'une manière intermittente. Ainsi, quelques-uns n'administrent la dose journalière de 1/24e à 1/60e de grain d'hydriodate de potasse, soit en pilules, soit en solution, que pendant huit ou quinze jours, puis après une interruption de quelques jours, ils en recommencent l'usage. D'autres encore, plus précautionnés, font mesurer avec soin le volume du cou, et dès que le goître s'amoindrit, ils suspendent le remède, éloignent ou diminuent encore les prises; la plupart continuent les doses fractionnées pendant un mois ou six semaines, mais ils les abandonnent avant cette époque à la première apparition de l'amaigrissement, de la boulimie ou des palpitations.

On ne peut pas établir par des chiffres précis le temps nécessaire pour éveiller la susceptibilité iodique. D'après mon observation, il faudrait plusieurs semaines ou plusieurs mois, quand les doses sont très faibles. (Voy. obs. VII, VIII, IX.)

Cependant quelques-uns de mes confrères, MM. Maunoir, Bizot et Gautier (voy. obs.) ont vu, en cas pareil, les accidents se manifester au bout de moins de quinze et même de huit jours.

Un fait aussi universellement constaté que celui de l'influence de petites doses sur la disparition du goître, doit seul faire réfléchir ceux qui nient l'intoxication par des doses minimes. En effet, qu'est-ce que la disparition du goître, si ce n'est son amaigrissement?

Il n'est donc pas difficile de concevoir que si de très petites doses d'iode peuvent faire maigrir le goître, elles peuvent aussi faire maigrir la personne. Si l'iode peut débarrasser du superflu, il peut bien priver du nécessaire. Mais il ne suffit pas de croire que le fait est possible, il faut savoir s'il a été bien constaté. Sur ce point, les témoignages de mes confrères et les observations que je rapporte à la fin de ce travail ne peuvent, ce me semble, laisser la moindre incertitude, même dans l'esprit le plus prévenu.

Je crois que l'iodisme est plus fréquent chez les sujets traités à petites qu'à grandes doses. C'est aussi l'opinion de plusieurs de mes confrères, je citerai en particulier les docteurs Bizot, Maunoir, D'Espine, Coindet, Lebert, etc., etc., qui ont beaucoup administré l'iodure de potassium à haute dose sans produire l'iodisme, tandis que plusieurs fois ils l'ont provoqué par de petites doses (1). Le témoignage du docteur Coindet est particulièrement concluant sous ce rapport; j'engage le lecteur à en prendre connaissance (V. P.). Je dois dire cependant que, pour donner une preuve tout à fait convaincante de la différence d'action des grandes et des petites doses, il faudrait soumettre deux séries d'individus placés dans des conditions approximativement égales, des goîtreux bien portants par exemple, aux deux modes différents d'administration de l'iodure de potassium, et voir ce qui en résulterait. Jusqu'ici l'expérience n'a pas été faite, ce sont des malades qui ont été traités par des doses élevées, et des bien portants par les petites. Il est évident, en effet, que si l'iodure de potassium à haute dose ne faisait maigrir ni le goître ni la personne, tandis que donné à faibles doses il produirait l'effet inverse, la question serait jugée. Si le temps me le permet, je me propose de tenter l'expérience sur des chiens, qui dans notre pays sont assez souvent goîtreux, et qui peuvent comme l'homme éprouver les accidents constitutionnels produits par l'iode. (Voy. obs. III.) Je résume en quelques mots les causes prédisposantes que je viens d'étudier en détail.

L'âge adulte confirmé et la vieillesse, le sexe féminin, une condition sociale élevée, le tempérament nervoso-sanguin, la bonne santé, le goître acquis, l'habitation dans les pays privés d'iode et dans lesquels l'hypertrophie simple de la thyroïde est fréquente, l'emploi de certaines préparations, un traitement trop longtemps continué et à petites doses, prédisposent à l'iodisme; tandis que l'enfance et la première jeunesse, une diathèse confirmée, l'habitation dans un pays iodé où le goître n'existe pas, un traitement intermittent et des doses élevées sont les conditions les plus opposées à sa manifestation.

Peut-on tirer des causes prédisposantes de l'iodisme et de ses symptômes quelques conclusions sur l'action intime de l'iode sur son dynamisme?

En considérant d'une part que les premiers symptômes produits par l'iode administré à haute dose sont des troubles cérébraux (ivresse iodique), d'autre part que le premier symptôme produit par les petites doses est l'amaigrissement, bientôt suivi d'une série de symptômes nerveux (boulimie, palpitations, état hypochondriaque), je suis disposé à admettre que l'action de l'iode se porte sur le système nerveux cérébro-spinal et trisplanchnique (1), ou en d'autres termes sur la force vitale dont ces deux systèmes sont les ministres.

C'est surtout quand on a étudié l'iodisme produit par de petites doses qu'on est convaincu de la vérité de cette propositition, l'iode modifie ce qu'il y a de plus vital en nous, la nutrition. En effet, à ne l'envisager que dans sa manifestation la plus simple, la vie ne peut-elle pas être représentée par le mouvement de composition et décomposition, d'assimilation et de désassimilation? C'est précisément sur la cause de ce mouvement moléculaire qu'agit l'iode, et si dans l'état de maladie il le modifie en le réglant, dans l'état de santé il le modifie en le déréglant. On comprendra facilement que l'iode, agissant sur l'élément le plus subtil de l'économie, il n'est pas nécessaire qu'il soit donné à grandes doses, ou que le traitement soit très prolongé pour que son dynamisme se manifeste par l'apparition de l'iodisme.

Fréquence. — Maintenant que j'ai mis hors de doute l'existence de l'iodisme et que j'ai prouvé qu'il dépendait de l'iode, et non de sa dose ou de l'espèce de préparation, je dois reconnaître que cette maladie est rare, et surtout qu'elle l'est plus aujourd'hui qu'autrefois. Toutefois, si j'en juge par ma propre expérience, je ne serais pas étonné que bien des cas légers de moyenne gravité, quelquefois aussi des cas très graves n'aient été méconnus même par des praticiens très expérimentés et très habitués à manier l'iode. Depuis deux mois que mon attention est particulièrement éveillée sur ce sujet, j'ai découvert plusieurs nouveaux cas d'iodisme qui avaient passé tout à fait inaperçus. Je reproduirai l'un des plus remarquables, que je n'aurais pas reconnu moi-même, si je n'étais pas maintenant sur mes gardes. (Voy. obs. VIII.) En outre, depuis que je rédige ce mémoire, j'ai appris que plusieurs personnes qui pendant longtemps avaient pris de l'iode à l'insu de leur médecin, dans le but de diminuer leur embonpoint, avaient été fortement incommodées. Ce n'est que par des révélations subséquentes que l'on a reconnu la véritable cause de l'amaigrissement. N'est-il pas probable que les remèdes que débitent les empiriques pour faire maigrir contiennent de l'iode? C'est un sujet que je recommande à l'attention des médecins légistes et des toxicologistes. Les personnes qui ont fait usage de l'iode en cachette sont très disposées à celer leur imprudence. Elles n'aiment pas à confesser une sottise qui a été suivie de tristes résultats. J'aurais sur ce point de curieuses histoires à raconter; ce que j'ai dit suffit pour mettre le médecin sur ses gardes toutes les fois qu'il observera une maladie anormale caractérisée par l'amaigrissement, la boulimie et les palpitations chez une femme dont le goître a rapidement disparu.

J'ai dit que l'iodisme était plus fréquent et plus grave autrefois qu'aujourd'hui. Ce fait peut tenir à différentes causes, et en particulier à la prolongation du traitement, à la nature de sa préparation et à sa dose (2). Aujourd'hui, l'hydriodate de potasse neutre

(1) M. Maunoir a observé un seul cas d'iodisme chez une dame âgée traitée pendant *eu de jours* par de fortes doses d'iodure de potassium.

(1) Le docteur Gosse avait déjà mentionné que l'iode exerçait une action très marquée sur le système nerveux trisplanchnique et cérébro-spinal, ce qui prouve, disait-il, l'amaigrissement rapide, les palpitations, l'état fébrile et l'irritation gastrique et pulmonaire, qui succèdent à son emploi. (*Loc. cit.*, p. 207.)

(2) On a mis tous les accidents sur le compte des doses administrées à l'origine de la découverte de l'iode. Je crois qu'il y a beaucoup à rabattre de cette accusation. En effet, si ces doses étaient bien supérieures à celles que nous donnons aujourd'hui à Ge-

a remplacé la teinture d'iode et l'hydriodate de potasse ioduré ; le remède est donné à doses minimes, le plus souvent d'une manière intermittente. Les accidents sont mieux connus, et, à la première menace, on suspend l'emploi du médicament. Il n'est donc pas étonnant qu'à Genève l'iodisme soit moins fréquent de nos jours que jadis, car nous faisons tout ce que nous pouvons pour l'éviter ou pour le réduire à sa plus simple expression. La rareté des observations ne correspond nullement à la difficulté de provoquer l'intoxication ; nous ne la produisons pas parce que nous ne voulons pas la produire. Ce sentiment est très bien exprimé dans la communication que m'a adressée le docteur D'Espine : « Voici vingt-quatre ans, dit-il, que je traite les goîtres de toutes dimensions avec des doses qui varient de 1/18e à 1/36e de grain d'iodure de potassium, et je serais fort embarrassé de vous donner le chiffre des cas où les premiers signes de saturation se sont manifestés. Tout ce que je puis dire, c'est que j'en ai observé *un bon nombre*. Si j'avais persisté sans m'arrêter, comme je l'ai fait, dès que j'observais une boulimie évidente, j'aurais vu se développer dans bien des cas les formidables symptômes que j'ai décrits. »

(*La suite au prochain numéro.*)

Nouvelle note sur l'emploi de la solution d'iodure de potassium en injections dans les foyers de suppuration rebelle ou grave. — Empyème secondaire a une scarlatine et compliqué d'albuminurie. — Kyste hydatique du foie suppuré et compliqué de pneumonie. — Guérison dans les deux cas, par le docteur J. Bienfait (de Reims).

(Suite et fin. — Voir le numéro 13.)

Obs. II. — *Kyste hydatique du foie, ponction capillaire évacuatrice, suppuration et complication de pneumonie, ponction avec le trocart ordinaire, injections iodurées ; guérison.* — Le 5 novembre 1858, le nommé Rasselet, âgé de trente-six ans, ouvrier mécanicien au chemin de fer des Ardennes, fait une chute sur les pieds, devient très pâle sur le moment, et ressent le lendemain un violent point de côté à droite. C'est seulement après trois semaines d'un traitement énergique (sangsues et une douzaine de vésicatoires), dirigé avec succès d'ailleurs contre la douleur, que l'on s'aperçoit d'un notable développement de l'hypochondre droit. Différents moyens résolutifs sont opposés alors avec persévérance à ce que l'on regarde comme un engorgement général du foie ; mais le malade n'en recueillant aucun fruit, se décide à me consulter le 15 mars 1859.

Depuis la fin de décembre 1858 sont revenues des douleurs à peu près constantes et parfois d'une vivacité extrême. Dans la station, la région lombaire est le siége d'une pesanteur intolérable avec anxiété profonde ; dans le décubitus horizontal, la douleur remonte de l'hypochondre à l'épaule droite, en déterminant une agitation incompatible avec le sommeil, et le malade, depuis février, ne trouve un peu d'allégement qu'en se tenant accroupi ou à *quatre pattes*. Aussi passe-t-il sans cesse d'une de ces positions à l'autre, en proie à une mobilité des plus fatigantes, même pour le spectateur. Bien qu'il n'y ait de fièvre que par intervalles, et que les fonctions digestives soient à peu près normales, cette longue privation de repos a amené un amaigrissement et un état nerveux dont il est facile de se faire une idée.

nève dans le traitement du goitre, elles étaient très inférieures à celles qu'on administre maintenant dans le traitement de la syphilis, par exemple.

Voici quelles étaient les formules de Coindet :

1° ℞	Eau distillée	1	once.
	Hydriodate de potasse .	48	grains.
2° ℞	Hydriodate de potasse .	48	—
	Iode	10	—
	Eau distillée	1	once.
3° ℞	Iode	48	grains.
	Alcool.	1	once.
4° ℞	Hydriodate de potasse .		demi-gros.
	Axonge	1	once.

Il prescrivait aux adultes 10 gouttes, trois fois par jour, de chacune de ces solutions ; la seconde semaine du traitement, il portait la dose à 15 gouttes trois fois par jour. Il n'a jamais dépassé 20 gouttes. Cela fait approximativement par chaque dose 3, 4, 5, ou 6, 8, 10 centigr. d'hydriodate de potasse simple ou ioduré, ou de teinture d'iode, et, comme dose totale, le triple de chacun de ces chiffres. (Voyez *Bibliothèque universelle*, 1820, t. XIV, p. 197, et 1821, t. XVI, p. 145.)

L'hypochondre droit et la partie inférieure de l'hémithorax correspondant offrent le développement déjà constaté précédemment, et je trouve de plus, à la face antérieure du foie, au-dessous des cartilages costaux, une saillie en segment de sphère à surface lisse et régulière, indolente, rénitente, sans fluctuation, sans autre altération de la peau qu'un cautère superficiel que le malade désespéré s'est appliqué de son chef quelques jours auparavant.

Je reconnus sans hésiter une volumineuse hydatide du foie, probablement solitaire, vu l'absence de frémissement caractéristique. Toutefois, comme les confrères distingués qui avaient vu le sujet avant moi en avaient jugé autrement, je crus devoir revenir plusieurs fois sur mon examen, et je me bornai, pour le moment, à calmer tant bien que mal les symptômes douloureux par les bains et les narcotiques, en attendant une intervention plus décisive.

Le 14 avril, affermi dans mon diagnostic et dans le plan qui en découle par l'approbation des docteurs Landouzy et Strappart, et pressé d'agir en outre par l'apparition de signes de congestion pulmonaire active (toux, dyspnée, râles sous-crépitants serrés) à la base du poumon droit refoulé par la tumeur hépatique, je plonge un trocart capillaire au centre du cautère. La canule livre passage à 2065 grammes de liquide ténu, à peine opalescent, dont les quatre premiers cinquièmes sortent en jet spontané, et dont les deux dernières cuillerées, recueillies à part se distinguent de tout le reste par leur couleur citrine, leur consistance fortement albumineuse et la prompte séparation d'un volumineux caillot de fibrine pure.

La conséquence immédiate de cette déplétion est un sentiment de calme et de bien-être qui n'est troublé jusqu'au lendemain matin que par une sensibilité passagère de l'hypogastre à la pression. Je note aussi, pendant toute cette journée, une grande faiblesse de l'impulsion cardiaque et vasculaire (100) ; mais il n'y a ni fièvre ni nausées, et le malade prend avec plaisir du vin sucré, du bouillon et un potage, qui passent très bien. (Potion diacodée.)

Toutefois, ce calme n'est pas de longue durée, car, dès l'après-midi du 15, Rasselet se plaint vivement d'une douleur qui rayonne du cautère vers la région lombaire droite.

Le 16 au soir survient un frisson avec état nauséeux, et les jours suivants l'inflammation du kyste se traduit par de la fièvre, qui redouble le soir, de la jactitation, de l'inappétence, des vomissements bilieux, de la dyspnée et la réapparition rapide de la saillie de l'hypochondre, avec rénitence et douleur. Nul doute pour moi que la cavité morbide ne soit dès lors en pleine suppuration, et je l'annonce aux confrères rappelés pour assister à une nouvelle opération.

Le 21, une ponction avec le trocart à hydrocèle fournit en effet 1700 grammes de pus mélangé de bile en forte proportion. La canule est fixée à demeure et le kyste lavé à l'eau tiède quelques heures après (1). (Calomel et opium.)

Le 22, première injection d'iodure de potassium, qui est laissée en partie dans la poche purulente, et ne détermine ni douleur ni effets physiologiques appréciables.

Le 23 au matin, dans un effort de toux, le malade expulse la canule. Celle-ci est sans difficulté remplacée par une sonde élastique, qui pénètre d'environ 2 décimètres.

Après l'évacuation du 21, la douleur et la jactitation ont disparu ; mais la fièvre, l'inappétence, la dyspnée ont persisté, et la toux, — qui n'a jamais cessé depuis les accidents notés lors de la première ponction, — la toux, dis-je, est devenue plus fréquente et plus impérieuse, au moins en tant que besoin, car le malade, auquel j'ai recommandé la plus grande immobilité possible, la comprime de son mieux, dans la crainte aussi de souffrir de sa canule. J'ai différé cependant l'examen de la poitrine, pour ne pas troubler par des mouvements la formation d'adhérences tutélaires. Mais aussitôt la canule élastique mise en place, je constate que tout le

(1) Pour cette observation comme pour la précédente, j'ai dû laisser de côté plus d'un détail intéressant, mais étranger au but que je me propose aujourd'hui. Cependant, je ne puis résister au désir d'ajouter quelques mots sur le procédé opératoire que j'ai suivi. Sur l'insistance de l'un des confrères dont j'avais invoqué l'avis, j'avais eu l'intention de déterminer des adhérences péritonéales, et trois applications de potasse caustique avaient eu lieu avant la première ponction, indépendamment de l'eschare superficielle pratiquée par le malade lui-même. Je croyais donc agir dans les conditions que M. Moissenet a posées comme règles dans le mémoire cité plus loin. Il n'en était rien pourtant, car j'ai depuis, lorsque les eschares se sont détachées, acquis la certitude que les cautérisations n'avaient pas dépassé les couches musculo-aponévrotiques. Cette conviction s'était déjà établie, d'ailleurs, dans mon esprit par le glissement manifeste de la paroi abdominale sur la face convexe du foie qui se retirait à mesure que la poche se vidait, glissement en vertu duquel la canule se coucha obliquement en bas et en dedans, de sorte qu'une partie de son étendue se sentait, avec quelque attention, entre la paroi du ventre et la surface hépatique. Il résulte de là que, nonobstant les cautères préalables, ce fait milite à la fois en faveur de la ponction capillaire évacuatrice que préconise M. Moissenet et en faveur du procédé de M. Jobert, contre lequel M. Moissenet professe une défiance peut-être imméritée.

tiers inférieurs du poumon droit est occupé par du souffle pneumonique, et le malade expectore à son aise des crachats rouillés. (Vésicatoire, potion stibiée opiacée.)

Dès le 25, le souffle bronchique ayant fait place à des râles muqueux disséminés, je puis supprimer la potion stibiée, qui n'est tolérée qu'imparfaitement. Mais la toux persiste, et sous son influence, combinée à celle de la sécrétion abondante de pus toujours mêlé de bile, la faiblesse et la maigreur font encore des progrès; des sueurs et du délire nocturnes se déclarent, et, nonobstant le retours d'un appétit assez soutenu et l'usage de l'iodure de fer, à partir du 27 le malade reste pendant toute une semaine dans un état très alarmant.

Cependant les injections sont continuées tous les deux jours. Deux fois même (1er et 2 mai) j'ajoute un peu de teinture d'iode à la solution iodurée (eau distillée, 50 grammes; iodure de potassium et teinture alcoolique d'iode ana, 5 grammes), mais elles déterminent alors un tel état de malaise et une saveur si insupportable à la bouche, que je dois y renoncer tout de suite et revenir aux injections purement iodurées.

Le 5 mai. Depuis quelques jours le lavage ramène de petits lambeaux de la poche kystique; ce jour-là, j'en extrais un de près d'un décimètre de longueur, sur une largeur inégale de 2 à 4 centimètres.

Les 6, 7, 8 et 9 mai, de nouveaux lavages fournissent chaque fois l'expulsion de nouveaux détritus, de formes et de dimensions variées, et à mesure que cette élimination se fait, l'état du malade offre une amélioration rapide. L'appétit devient excellent, les digestions régulières, les forces reviennent assez vite pour que le malade fasse dès lors quelques promenades et y contracte même des douleurs de rhumatisme (du 10 au 13), sans compromettre sensiblement son acheminement vers la guérison.

La convalescence ne tarde pas en effet à se dessiner nettement.

Du 12 mai au 19, le malade, dont la poitrine est revenue à l'état normal, gagne 3 kilogrammes en poids (de 105 livres à 111). Dans le même laps de temps, le kyste, qui admettait encore 1/5e de litre le 12, diminue au point de ne plus admettre sans distension une injection de 1/10e de litre le 19, et finit, le 26, par n'offrir qu'un trajet fistuleux, profond, mais de capacité insignifiante, dont l'oblitération complète et définitive est obtenue à la fin de juin.

Malgré de nombreuses explorations je n'ai pu constater le frémissement hydatique, et à l'examen microscopique je n'ai pas trouvé trace de crochets d'échynocoques. Deux éléments d'une grande importance manquent donc pour confirmer le diagnostic; mais leur absence prouve tout au plus qu'une vaste hydatide solitaire peut exister sans qu'ils se produisent, et la nature de la maladie me semble établie clairement:

Par les qualités physiques et chimiques du liquide primitif évacué avant les deux dernières cuillerées: traité par l'acide nitrique et la chaleur, il ne donnait qu'un trouble imperceptible bien différent du magma compacte que j'ai vu se former dans le contenu d'un kyste séreux du foie, dans lequel j'ai fait tout récemment une première ponction;

Par la constitution des débris de kyste éliminés, lesquels consistaient en une membrane grisâtre, opaque, molle, assez facile à déchirer, anhiste à l'œil nu et au microscope, doublée sur presque tous les lambeaux d'une autre membrane d'une extrême ténuité, également anhiste;

Enfin, par la marche de la maladie, qui, aussi bien avant qu'après l'opération, reproduit le tableau classique et fidèle des symptômes propres aux tumeurs hydatifères.

Pendant le mois qui s'est passé entre le jour où je vis le malade pour la première fois et celui où je fis la ponction capillaire, la tumeur n'a pas sensiblement augmenté de volume, et j'ai tout lieu de croire, ce qui du reste est conforme au dire du malade et des confrères qui m'avaient précédé, qu'il en avait été de même pendant les trois mois et demi qui s'écoulèrent depuis que le développement de l'hypochondre fut remarqué, jusqu'à ce que Rasselet vînt se confier à mes soins. Il est, en conséquence, certain que la collection a existé d'abord à l'état latent durant un laps de temps impossible à déterminer, mais probablement fort long, et que la chute faite sur les pieds, par l'ébranlement qu'elle a causé, a été l'occasion d'une inflammation du kyste. Cette inflammation, combattue par un traitement révulsif énergique, a pu être, non pas réprimée, mais contenue dans les limites d'une phlegmasie à produits plastiques, ainsi que l'attestèrent les dernières portions du liquide extrait lors de la première évacuation.

C'est dans ces circonstances, et en même temps que débutait une congestion pulmonaire bientôt suivie d'hépatisation, que je me décidai à opérer. Comme il arrive le plus souvent, et comme il devait arriver ici plus que jamais, la suppuration ne tarda pas à s'emparer du kyste, et s'accompagna de symptômes généraux dont la gravité n'échappera à personne, surtout en présence de la complication voisine. La situation, assurément, était pressante, et il était fort à redouter que le malheureux patient, épuisé par de longues souffrances, ne pût lutter contre les lenteurs de cette suppuration. Si la fermentation putride venait par surcroît sévir au sein de la spacieuse cavité, sa perte s'ensuivait inévitablement. Il fallait donc, à tout prix, modérer l'inflammation suppurative, amener au plus tôt l'élimination du kyste, dont la présence menaçait d'entretenir cette dernière indéfiniment, et enfin prendre des garanties contre la septicité si fréquente et si funeste dans les cas de ce genre.

Tous ces résultats ont été obtenus. La complication a cédé au traitement de la pneumonie simple avec une promptitude qui est loin d'être la règle en pareille occurrence; dix-huit jours ont suffi pour la complète exfoliation de la membrane hydatique, et aussitôt après la convalescence s'est franchement prononcée.

Quelle part les injections iodurées, qui ont été faites depuis le lendemain de la seconde ponction, ont-elles à revendiquer dans cette cure?

M. Moissenet a examiné naguère les principales questions afférentes au traitement des kystes hydatiques du foie, entre autres celle de l'utilité des injections (*Arch. gén. de méd.* février, mars, avril et juillet 1859, *De la ponction avec le trois-quarts capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie*). Dans son consciencieux mémoire, après avoir rappelé que plus d'une fois ces kystes, même suppurés, ont guéri sans le secours d'injections d'aucune sorte, cet auteur refuse à celles-ci toute action curative. Il ne leur accorde d'autre efficacité que celle qu'elles doivent à leurs propriétés antiseptiques, et exprime formellement cette opinion au sujet des injections de teinture d'iode et de bile, qui sont les plus accréditées aujourd'hui.

Appuyées sur l'analyse des faits reproduits par M. Moissenet et sur des considérations d'histoire naturelle et d'anatomie pathologique empruntées à M. Cruveilhier, ces conclusions sont empreintes d'une sage sévérité, et je m'y associe pleinement. Toutefois, je ne puis les appliquer dans toute leur rigueur au fait actuel, car la critique qu'elles résument n'a porté que sur des observations où le kyste était la seule maladie, tandis que chez Rasselet le pronostic avait à compter avec la complication qui occupait le parenchyme pulmonaire.

C'est effectivement la marche de cette complication qui me donne à croire que l'injection iodurée n'a pas été ici tout à fait aussi inutile qu'on a pu le dire des injections en général, à propos de kystes non compliqués.

Qu'on le remarque bien, la pneumonie n'a succédé à la simple hypérémie qu'alors que la ponction capillaire avait fait cesser toute compression du poumon. Elle n'était, en conséquence, qu'une irradiation de la phlegmasie suppurative, qui s'empara de la cavité morbide après cette même ponction. A ce titre, elle devait se montrer à la fois très rebelle à son traitement ordinaire, tant que subsisterait la lésion qui la dominait, et, par contre, très apte à subir le contre-coup des influences qui viendraient modifier cette dernière. Aussi, en voyant l'hépatisation prendre fin si vite, avant que l'élimination du kyste eût commencé, c'est-à-dire à un moment où, abandonnée à elle-même, l'inflammation intra-hépatique en eût été encore à sa période ascensionnelle, j'ai peine, je l'avoue, à ne pas chercher l'intervention d'une cause nouvelle.

Or, dira-t-on que c'est la seconde ponction qui a amené la détente si décisive en vertu de laquelle la pneumonie a pu se résoudre plus vite même que ne l'aurait fait une pneumonie idiopathique? La disproportion si grande entre la capacité purulente et l'orifice de la canule repousse cette interprétation. Je ne débouchais la sonde que deux fois par jour, et en admettant que cela eût pu conduire lentement à la guérison d'un kyste simple, il répugne qu'une issue aussi parcimonieuse donnée à la suppuration ait anéanti, en si peu de temps, le rayonnement pathogénique d'où procédait la

phlegmasie pulmonaire. Je trouve au contraire très naturel de supposer que l'injection, par son action substitutive spéciale, a concentré toute l'impulsion inflammatoire sur les parois avec lesquelles elle se trouve en contact, et que, soustraite dès lors à sa cause, la complication a été placée dans les conditions de curabilité facile dont on a vu les effets.

Si donc on considère avec cela que les injections faiblement iodées, employées pendant deux jours, ont dû être abandonnées de suite, et que la présence de la bile dans le foyer, dès le début de la suppuration, n'a pas empêché la pneumonie de naître et de se développer, l'enseignement à tirer de ce fait se dégage avec une certaine netteté. Il me semble au moins que la solution iodurée mérite mieux que d'être rejetée parmi les *caput mortuum* de la thérapeutique des kystes hydatiques du foie, et, jusqu'à plus ample informé, dans des circonstances semblables à celles contre lesquelles j'ai eu à lutter, on fera bien de lui donner la préférence sur toute autre espèce d'injections.

En les réunissant à celles qui servaient de base à la note rappelée au commencement, ces deux observations forment un faisceau de quatre faits qui, sans avoir entre eux aucune connexité nosologique, appartiennent pourtant à une même catégorie clinique bien tranchée. Chez tous les quatre, nous trouvons les caractères de ces suppurations redoutables par leur siége, par l'étendue de leur foyer, par l'étroitesse relative des ouvertures possibles, etc., contre lesquelles on a senti de tout temps la nécessité de venir en aide à la nature au moyen de topiques plus ou moins heureusement appropriés. Tous les quatre surtout se distinguent par la coexistence, à côté d'affections déjà si menaçantes à elles seules, de complications dont il est inutile de faire ressortir encore la signification pronostique.

On ne peut méconnaître le rôle important que la solution iodurée a rempli dans ces différents cas. Cependant il ne faut pas pour cela s'imaginer que cette solution puisse désormais être appliquée toutes les fois que les injections irritantes sont indiquées. L'expérience, au contraire, m'a démontré qu'on s'exposerait à des mécomptes assurés, malgré le succès de M. Roccas, si, à l'exemple de ce confrère honorable, on voulait étendre au delà de certaines limites, les recherches ultérieures que j'invoque itérativement. Les faits précédents ne sont pas les seuls, en effet, où j'aie usé de l'injection d'iodure de potassium. J'y ai eu recours dans deux hygromas suppurés du genou, dans des abcès froids, ganglionnaires et autres, dans des otorrhées chroniques; je viens de m'en servir encore avec succès contre un écoulement consécutif à une otite externe pseudo-membraneuse, et, dans ces diverses circonstances, elle m'a paru un excellent et commode détersif, sans que je puisse toutefois lui assigner un avantage absolu sur aucun des autres moyens du même ordre. Mais dans les collections séreuses, c'est tout autre chose; leur infidélité est flagrante, et je m'empresse de la dénoncer, car sur trois cas d'hydrocèle, un seul a guéri, en offrant d'ailleurs tous les phénomènes habituels à la suite des injections curatives, et dans un très volumineux kyste de l'ovaire, deux injections ayant été sans aucun résultat, la poche est devenue bientôt multiloculaire, et j'ai dû me restreindre à un traitement palliatif jusqu'à la mort de la malade. Bref, toutes ces dernières observations m'ont convaincu qu'autant l'injection iodurée mérite d'être mise en première ligne dans les cas où, comme dans ceux que j'ai relatés en détail, il faut agir à la fois modérément et sûrement, sans risque d'une réaction capable de fomenter des complications actuelles ou imminentes, autant elle doit céder la place, dans des circonstances opposées, aux autres injections, notamment à celle de teinture d'iode, que recommandent tant de succès. Entre ces deux extrêmes, les suppurations qui viennent d'être sommairement énumérées quelques lignes plus haut marquent la place d'une série intermédiaire qu'il est inutile pour aujourd'hui de déterminer plus rigoureusement, sous le double rapport des cas qui doivent y rentrer et du degré d'utilité que la solution iodurée peut y avoir.

Mais de quelle façon agit donc l'iodure de potassium? J'ai déjà fait voir assez comment son action se rattache à une des variétés sans nombre de la médication substitutive. Je ne crois pas avoir à y revenir, non plus que sur ses propriétés antiseptiques, amplement mises en relief par l'événement. Je reconnais néanmoins qu'en se préoccupant par trop de ce que, jusqu'à ce jour, on n'attend de ce sel d'autres services que ceux qu'il rend communément par l'intermédiaire de l'absorption intestinale — ou cutanée? — on serait tenté de lui dénier les qualités propres à en faire un agent de substitution. Mais un pareil *à priori* ne saurait prévaloir contre la démonstration expérimentale que j'ai donnée, et il implique une conception par trop étroite de la méthode homœopathique pour que je veuille passer beaucoup de temps à le réfuter.

Rappelons toutefois, pour les esprits qui répugnent à admettre le fait clinique brut et qui exigent l'exhibition de titres généalogiques, que les vertus irritantes topiques de l'iodure de potassium ne sont pas chose absolument nouvelle, et qu'à chaque instant elles se trahissent, à l'encontre même des désirs du praticien, à la suite des frictions avec la pommade iodurée. Rappelons aussi, sans chercher nos preuves plus loin, que la facilité avec laquelle cette pommade s'altère par la formation d'acide iodhydrique révèle une tendance notable de l'iodure de potassium à se décomposer au contact des matières organiques, et nous serons bien près de trouver la clef d'une explication satisfaisante.

Il est hors de doute, en effet, que la solution saline tiède, introduite dans une cavité morbide, ne tarde pas à en pénétrer les parois, sinon par absorption, au moins par simple imbibition. Jetées ainsi au milieu de l'équilibre instable qui est l'essence même de la chimie vivante, les affinités de ses éléments ne peuvent manquer d'être mises en jeu. C'est donc au sein même des tissus en proie au processus pyogénique que, les substances albuminoïdes s'emparant du potassium facilement oxydé, de l'iode se dégage et agit avec la puissance inhérente à l'état naissant. Il est vrai que tout cela se passe sans beaucoup de bruit; mais pour n'être pas accompagnée de l'espèce de traumatisme que l'on est trop habitué à regarder comme inséparable de la pratique substitutive, une action thérapeutique aussi directe, aussi intime que celle que j'analyse, peut cependant être irrésistible. Pour moi, je n'hésite pas à voir dans cette collision molécule à molécule entre l'iode — ou l'acide iodhydrique qui doit se former bientôt — et le fond de la trame organique, une condition éminemment favorable à une modification formelle de cette dernière dans sa constitution et ses propriétés. C'est à cette condition aussi que je rapporte la possibilité d'intervenir efficacement avec des doses assez faibles pour qu'il ne s'ensuive aucune réaction perturbatrice, chose capitale lorsque des complications accusent hautement déjà le pouvoir réflexe ou simplement extensif de la lésion principale.

De ce travail et de celui qui l'a précédé, il est permis de conclure en résumé :

1° Que la solution tiède d'iodure de potassium au trentième ou au quinzième, doit s'ajouter à la liste des liquides dont on se sert pour modifier la surface des foyers de suppuration rebelle ou grave;

2° Qu'à en juger par les faits que j'ai observés, l'action de cette solution saline est essentiellement locale;

3° Que l'absence de toute réaction par le fait de son emploi en recommande particulièrement l'usage pour les cas où une complication phlegmasique plus ou moins rapprochée impose une grande circonspection à l'endroit des moyens qui n'offrent pas le même avantage;

4° Que, par la même raison, il y a lieu de lui donner la préférence lorsque, la suppuration se rattachant à un état secondaire, l'organisme est à la fois épuisé, très irritable, et par suite très accessible à d'autres maladies secondaires.

5° Que le mode d'action spécial de la solution iodurée paraît dû à une double décomposition en vertu de laquelle de l'iode à l'état naissant est porté au contact des tissus dans leur profondeur la plus intime.

6° Que si, en dehors des conditions que je viens de préciser, on peut attendre de bons offices de cette solution dans les grandes suppurations simples et primitives, les faits manquent jusqu'à ce jour pour établir dans quelles mesures on doit y compter;

7° Que, malgré le fait de M. Roccas et un de mes cas d'hydrocèle,

elle ne semble pas pouvoir s'appliquer au traitement des collections séreuses, pour lesquelles les injections iodées conservent toute leur prééminence.

III

CORRESPONDANCE.

On nous prie d'insérer la lettre suivante :

Flexions utérines. — Réclamation.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER.

« Monsieur le Président,

» L'Académie des sciences et lettres de Montpellier, dans sa séance du 25 juillet 1859, a décerné un prix à M. Dunal pour un ouvrage sur les déviations utérines.

» Le hasard ayant fait tomber ce livre en mes mains, j'ai été grandement surpris d'y trouver, principalement au chapitre des *Flexions utérines*, la reproduction textuelle d'une grande partie de la thèse de concours que j'ai faite en 1853 sur le même sujet.

» Historique, étiologie, symptomatologie, anatomie pathologique, déductions, etc., l'auteur s'est tout approprié, se bornant à pratiquer de nombreuses transpositions, qui font parfois du texte primitif ainsi défiguré un véritable *imbroglio*.

» Il vous sera facile de constater ces faits, si vous voulez bien, monsieur le Président, compulser les passages soulignés sur les exemplaires que j'ai l'honneur de vous adresser.

» Assurément je suis loin de vouloir exagérer la valeur d'un travail conçu et exécuté en quelques jours. Tel qu'il est, cependant, ce travail est mien, et je tiens à repousser l'espèce de collaboration qui m'est imposée. Enfin je crois de mon devoir de signaler un acte... qu'il serait superflu de qualifier.

» Veuillez agréer, etc. Docteur Cusco,

» Chirurgien de la Salpêtrière. »

Paris, le 7 avril 1860.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Physiologie comparée. — *Recherches sur les modifications qu'éprouvent après la mort, chez les grenouilles, les propriétés des nerfs et des muscles*, par M. *E. Faivre*. — Des expériences répétées et vérifiées un grand nombre de fois nous ont donné les résultats suivants :

1° Relativement à la contractilité musculaire :

La contractilité musculaire, loin de diminuer après la mort, s'accroît après un certain nombre d'heures et arrive à un degré extrême, que nous avons nommé le maximum de contractilité musculaire.

Dans cet état, qui dure de huit à douze heures, la fibre musculaire est devenue sensible aux agents mécaniques les plus délicats et aux courants électriques les plus faibles.

Une basse température prolonge beaucoup la durée de la période dont nous parlons ; on peut constater alors qu'à la suite d'excitations multipliées les muscles peuvent cesser d'être contractiles, mais que la contractilité se rétablit après quelques heures par le repos.

Le maximum de contractilité se termine toujours par la rigidité cadavérique ; la rigidité ne se manifeste pas lorsque le maximum n'a pas eu lieu.

Tandis qu'après la mort la sensibilité et la contractilité des muscles se développent en donnant lieu à des manifestations particulières, l'excitabilité des nerfs va, au contraire, en diminuant ; elle n'existe plus ou existe à peine lorsque les muscles sont arrivés au milieu de leur période de plus grande contractilité. Dans tous les cas, les nerfs ont perdu leurs propriétés quelques heures avant que la fibre musculaire ait cessé d'être vivement excitable. Le curare, qui détruit les propriétés nerveuses, n'empêche pas le développement du maximum de contractilité musculaire. Tous ces faits démontrent avec évidence cette proposition qui n'est pas contestable en physiologie : la contractilité des muscles et l'excitabilité des nerfs sont deux propriétés distinctes.

2° Relativement à l'excitabilité nerveuse, nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Les nerfs sciatiques et leurs branches demeurent excitables plus de douze heures après la mort chez les grenouilles.

On peut, dans un nerf coupé, faire apparaître ou disparaître l'excitabilité deux ou trois heures après la mort. On peut l'augmenter à l'aide des agents physiques, chimiques ou mécaniques. Les caustiques, l'emploi de la bile et du sel marin augmentent cette propriété.

Les courants intermittents énergiques, lorsque leur action est rapide et passagère, éveillent l'excitabilité. Cette propriété affaiblie se rétablit par le repos.

Lorsqu'on sépare de la moelle, une ou deux heures après la mort, un nerf sciatique, on produit des convulsions spontanées, violentes et de longue durée dans les muscles du membre correspondant. Ces convulsions peuvent aller jusqu'au tétanos ; on peut produire artificiellement ce tétanos en plongeant dans une solution de sel marin l'extrémité du nerf, lorsqu'au moment de la section les muscles sont agités par des mouvements convulsifs ; en galvanisant ce nerf, on fait cesser immédiatement le tétanos, comme Eckard l'a déjà signalé. Pour obtenir des convulsions après la section du nerf, deux conditions sont nécessaires : il faut que le muscle soit peu contractile et que le nerf soit très excitable.

Lorsqu'on examine l'état des nerfs pendant les convulsions et le tétanos, on constate que l'excitabilité est devenue très vive. On constate aussi que les agents qui font cesser les contractions la diminuent ; ainsi il y a un rapport intime entre le degré d'excitabilité du nerf et la production des convulsions dans le muscle.

Les faits qui précèdent indiquent avec évidence que chaque nerf a un pouvoir propre et agit dans certaines conditions plusieurs heures après la mort comme un centre spécial.

Enfin, on ne saurait méconnaître qu'un certain temps après la mort, les muscles et les nerfs, loin de perdre leurs propriétés, ne deviennent le siége de manifestations spéciales et bien singulières. Peu excitables au moment de l'opération par les agents mécaniques et les courants électriques, les muscles, plus de quinze heures après la mort, éprouvent des convulsions violentes au plus léger contact, sous l'influence des courants les plus faibles ; cet état dure près de douze heures et se termine par la rigidité.

Les nerfs, à partir de l'instant de la mort, perdent successivement leur excitabilité, et cessent d'être excitables pendant que les muscles sont encore vivement contractiles. Mais, plusieurs heures après l'opération, on peut encore développer et entretenir dans les nerfs les propriétés qu'ils semblent avoir perdues. (*Comm. :* MM. Flourens, Despretz, Cl. Bernard.)

Hydrologie. — M. le maréchal *Vaillant* adresse de Milan un travail de M. *Demortain* sur les eaux de la Lombardie. Ce travail, dont la première partie avait été adressée par M. le maréchal en septembre dernier, est une analyse des eaux étudiées au point de vue des substances qui peuvent, par leur trop grande quantité ou par leur absence, contribuer à la production du goître. (*Comm.* : MM. Serres, Dumas, Pelouze, Velpeau.)

Thérapeutique. — *Emploi de la poudre de plâtre coaltaré* (désinfectant Demeaux et Corne) *dans le traitement de la pourriture d'hôpital*, extrait d'un mémoire de M. *Jacquemot*, adressé de Milan par M. le maréchal *Vaillant*.

Dès le principe, on a confié aux médecins français les blessés autrichiens que la pourriture d'hôpital avait le plus atteints. Con-

vaincu après peu de jours que cette infection purulente exerçait ses ravages avec plus de rigueur sur les natures adynamiques, que les hommes les plus robustes ou les mieux nourris échappaient plus sûrement à son influence désastreuse, j'ai soumis mes malades à un régime tonique.

Quant aux remèdes appliqués aux blessures elles-mêmes, je regarde comme le plus efficace, le plus commode, et même le plus prompt, la poudre si bien nommée désinfectante. Je la préfère au perchlorure et même à l'iode, dont j'ai pourtant retiré de grands avantages. La raison en est que ces deux substances enlèvent, à chaque application, une couche de chair assez épaisse, que l'on ne peut pas toujours mesurer au juste la profondeur de l'eschare à obtenir, que la plaie se creuse de plus en plus, et qu'ainsi il faut plus tard un temps énorme pour que le vide formé aux dépens des chairs saines se recomble. Au contraire, la poudre désinfectante enlève seulement la pourriture, sans creuser les chairs. De plus, elle n'occasionne aucune douleur et aucune crainte aux blessés, qui sont effrayés des souffrances passagères qu'amènent les applications d'iode.

Enfin, grâce à ce topique, l'atmosphère des salles devient moins pernicieuse, et les malades, plus à l'aise, s'aperçoivent à peine des exhalaisons qui leur seraient si funestes autrement.

Suivent dix observations détaillées. (*Comm.:* MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de décerner le prix du legs Barbier. Avant qu'on recueille les suffrages, M. le secrétaire perpétuel rappelle, qu'aux termes de la fondation, ce prix, qui sera décerné pour la première fois, est destiné à récompenser « une découverte importante pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et, dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. »

MM. Velpeau, Rayer, J. Cloquet, Andral et Cl. Bernard réunissent la majorité des suffrages.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Une série de rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Haime* (de Tours), *Jocquez* (de Lure), *Schacken* (de Château-Salins) et *Guéry* (de Lunéville). — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Dordogne, de la Vienne et de la Creuse. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Didoy* (de Lyon), qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Renvoi à la commission.*) — *b.* Un travail intitulé : *Essai sur la dysenterie épidémique,* par M. le docteur *Hamon* (de Fresnay-sur-Sarthe). (*Commission des épidémies.*) — *c.* Une observation de goître exophthalmique, par M. le docteur *Hiffelsheim.* (*Comm.:* M. Baillarger.)

M. *Bousquet* fait hommage, au nom de M. le professeur *Ribes* (de Montpellier), d'un volume sur l'*Hygiène dans les maladies.*

M. *Gavarret* met sous les yeux de l'Académie le laryngoscope de M. *Czermack*, et présente une brochure du même médecin sur les usages de cet instrument dans les recherches physiologiques et dans le diagnostic des lésions du larynx.

(Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Bouvier.)

— M. *Huguier* dépose sur le bureau le *compte rendu* du service médical du chemin de fer d'Orléans, pendant les années 1858 et 1859, par M. les docteurs *Bisson* et *T. Gallard.*

M. *Beau* présente, au nom de M. le docteur *Postel* (de Caen), une brochure intitulée · *Études philosophiques sur les hallucinations* jusqu'à la fin du siècle dernier.

M. *le président* annonce que M. le professeur *Roux* (de Toulon), membre correspondant, assiste à la séance.

Discussion sur la médication iodée.

M. *Poggiale* relève une erreur historique échappée à M. Trousseau dans son dernier discours. Il revendique en faveur de M. Tripier, pharmacien à l'hôpital du Gros-Caillou, la priorité de la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales, que M. Trousseau a indûment attribuée à Thenard. M. Tripier, le premier, en 1839, a signalé la présence de l'arsenic dans les eaux d'Hammam-Meskoutine (Algérie), et depuis lors ce principe a été trouvé dans différentes sources thermales de l'Allemagne et de la France, par MM. Walchler, Liebig, Chevallier, Henry, Chatin, Caventou, Mialhe, Figuier, etc. Ce n'est qu'en 1854, et après tous ces habiles chimistes, que l'illustre Thenard a découvert de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore.

M. *Chevallier* ajoute que Boyle est aussi un des chimistes qui ont signalé des premiers la présence de l'arsenic dans les eaux minérales.

M. *Chatin* se propose de répondre aux divers arguments développés dans le discours de M. Trousseau.

Et d'abord il soutient la haute influence des petites doses de médicaments sur l'organisme. La médecine est remplie de faits qui militent en faveur de cette opinion. Cela est incontestable pour le mercure et le tartre stibié : le calomel à doses réfractées produit très rapidement des phénomènes de saturation, et l'émétique fait vomir d'autant plus sûrement qu'on l'administre en plus petite quantité.

Mais cela est surtout vrai pour l'iode. MM. Barthez et Nélaton ont rapporté une observation d'iodisme survenu après l'administration de quelques centigrammes d'iodure de potassium chez un sujet goîtreux. M. Chatin déclare qu'il a vu des goîtreux guérir par le seul fait de leur séjour à Paris, et il n'hésite pas à attribuer le bénéfice de la guérison aux faibles proportions d'iode contenues dans l'air et dans les eaux de Paris. Lorsque le goître résiste à cette sorte d'épreuve, purement hygiénique, M. Chatin a recours à une des méthodes suivantes : ou bien il fait respirer, une ou deux fois par jour, à ses malades de l'air qui a traversé une masse d'eau additionnée de teinture d'iode, ou bien il fait porter à ses malades un petit sachet renfermant de l'iodure de potassium et du chlorhydrate d'ammoniaque, d'où s'exhale lentement de l'iode mis à nu par une réaction chimique. Il a obtenu d'assez nombreuses guérisons de goîtres par ces deux procédés qui, cependant, ne laissent pénétrer dans l'économie que des proportions infinitésimales d'iode.

L'orateur est d'avis qu'il faut, en thérapeutique, faire une large part à l'influence de l'état des médicaments. Ainsi l'iodure de potassium agit quelquefois avec une grande énergie à de faibles doses, bien que l'iode y soit associé à un autre agent; cela tient probablement à ce que, par suite d'une décomposition chimique qui s'opère au sein des organes, l'iode est absorbé à l'*état naissant*, c'est-à-dire au moment même où il vient d'être mis en liberté; or, on sait combien cet état augmente l'énergie des propriétés des corps, ainsi que l'atteste l'exemple de l'ozone.

M. Chatin maintient la parenté pathologique qu'il a établie entre le goître et le crétinisme; la meilleure preuve que l'on puisse donner de l'étroite intimité de ces rapports c'est que, dans les populations comme dans les familles, on voit le crétinisme s'établir et augmenter à mesure que le goître se montre et s'accroît, et le crétinisme décroître et disparaître à mesure que le goître diminue. M. Baillarger a cité bon nombre d'exemples de cette remarquable progression.

M. Trousseau a objecté que l'iode guérit le goître et ne guérit point le crétinisme. Quoi de surprenant? Comment pourrait-on exiger de l'iode qu'il eût de l'action sur la boîte crânienne rétrécie et sur les hémisphères cérébraux atrophiés? Le crétinisme tient à des lésions anatomiques, à des vices de conformation trop profonds pour qu'un agent, quel qu'il soit, y puisse remédier. L'argument de M. Trousseau est donc sans valeur.

On a encore objecté que certains crétins n'avaient pas de goître,

Cela vient de ce que le crétinisme est un état congénital ou se développe dès la première enfance, tandis que le goître ne se montre qu'à l'âge de la puberté. Or, l'arrêt de développement du système nerveux chez les crétins fait qu'ils atteignent rarement cette période de la vie ; de là, pour quelques-uns, l'impossibilité d'être goîtreux.

Pour expliquer l'iodisme, les phénomènes d'intoxication iodique, M. Chatin pense qu'il faut aussi faire la part des idiosyncrasies, des susceptibilités individuelles et des états morbides. Ainsi, on observe très rarement l'iodisme chez les syphilitiques soumis à l'iodure de potassium ; mais on l'observe chez les goîtreux et surtout chez ceux, dit-on, qui portent des goîtres exophthalmiques. M. Chatin veut bien admettre l'influence fâcheuse de cette dernière variété de goître; il pense qu'elle prédispose à l'iodisme, mais il nie que tous les cas de M. Rilliet doivent rentrer dans cette catégorie, et que le goître exophthalmique soit la condition essentielle et unique de l'iodisme constitutionnel.

M. Trousseau a même révoqué en doute l'efficacité de l'iode contre le goître, et l'influence hygiénique de cet agent dans le développement de la lésion de la thyroïde.

A l'appui de cette thèse, il a invoqué deux ordres de faits, l'existence du goître endémique dans certaines contrées des Pyrénées où les habitants font usage du sel de Salies, très chargé d'iode, et la rareté du goître à Turin et dans les plaines de la Lombardie, où l'air et les eaux sont presque complétement dépourvus d'iode. M. Chatin répond à ces arguments par des documents directs et authentiques. Il donne lecture d'une lettre qu'il a reçue, la veille, d'un notable de Salies, et qui déclare qu'il y a très peu de goîtreux dans cette localité. L'orateur s'est fait envoyer aussi un échantillon de sel des mines de Salies; il l'a analysé avec soin, et il n'y a pas trouvé les proportions d'iode indiquées par MM. Réveil et O. Henry fils.

Quant à la deuxième objection, elle repose également sur une erreur profonde. M. Chatin affirme qu'il y a beaucoup de goîtreux dans la plaine lombarde, et que, dans la seule ville de Turin, la proportion en est de 20 pour 100 dans la population féminine.

On a dit encore qu'il n'existait point de goîtreux sur les régions élevées des montagnes, dont l'air et les eaux sont généralement privés d'iode, tandis que les goîtreux abondent dans les vallées, plus riches en iode que les hauteurs. M. Chatin fait observer d'abord qu'il y a plus d'iode dans les hauteurs des montagnes que dans les vallées mal assises ; puis il déclare qu'il est loin d'être aussi absolu qu'on le prétend : il admet qu'il existe dans les régions élevées des conditions climatériques favorables qui compensent avec avantage la rareté, la pénurie relative d'iode.

M. Chatin ajoute deux faits bien propres à démontrer l'influence de l'iode sur le goître : le premier, c'est la coïncidence de l'apparition du goître à Saillon avec la dérivation des eaux fournies par une source iodée (ce fait, dont on a nié l'authenticité, est attesté par le président du district, dont M. Chatin communique une lettre à l'Académie). La seconde preuve est tirée d'un renseignement fourni par M. le docteur Vingtrinier (de Rouen), qui vient d'adresser à M. Chatin une lettre dans laquelle il est attesté que les résultats les plus satisfaisants ont été obtenus dans la vallée de Caudebec-lès-Elbeuf depuis trois ans que les goîtreux de cette contrée sont soumis à la médication iodique.

M. Chatin, contrairement à M. Trousseau, admet la possibilité de contracter l'iodisme sur les bords de la mer par la seule influence de l'air marin. M. Trousseau, il est vrai, a objecté que, d'après M. Chatin lui-même, l'air marin était moins iodé que l'air continental ; l'orateur répond que cette remarque s'applique à l'air marin *purifié*, mais aucunement à l'air marin chargé de toutes les émanations de la mer, qui, au contraire, est très chargé d'iode.

M. Chatin maintient l'exactitude de son assertion relativement à l'existence du goître endémique dans la vallée de Montmorency. Les goîtreux qu'il y a rencontrés n'étaient point des Auvergnats fourvoyés, comme l'a dit M. Trousseau, mais bien de véritables indigènes.

Quant au fait de l'accoutumance, il est incontestable pour les remèdes et pour les poisons, comme le prouvent des milliers d'exemples et des observations cliniques journalières.

M. Chatin conclut en disant qu'il admet l'iodisme constitutionnel, tel que l'a décrit M. Rilliet ; mais que l'existence de cette affection ne devrait nullement porter atteinte aux droits si légitimes des préparations iodiques dans le traitement du goître, de la syphilis et de la scrofule.

L'orateur termine en adoptant les conclusions du rapport de M. Trousseau, et en émettant le vœu que l'Académie prenne l'initiative dans l'importante et difficile question de l'étiologie du goître et du crétinisme, surtout aujourd'hui que l'annexion a fait de la Savoie une province française.

Nominations.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de onze membres, chargée de désigner la section dans laquelle il y aura lieu de déclarer une vacance par suite de la mort de Soubeiran. Sont nommés : MM. Bouvier, Grisolle, Jobert, Moquin-Tandon, Laugier, Barth, Dubois (Paul), Guérard, Renault, Caventou, Guibourt.

La séance est levée à cinq heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Remarques sur l'ophthalmie pseudo-membraneuse, par par M. le docteur Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Bouisson a observé et décrit pour la première fois en 1846 l'ophthalmie pseudo-membraneuse, à peine indiquée jusque-là par Béclard (*Éléments d'anatomie générale*, 2e édition, 1827, p. 243), Warth. Jones (*Principles of Ophthalmic Medicine and Surgery*, p. 61, 2e édition, 1835) et M. Velpeau (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris, 1840), et passé complétement sous silence par MM. Sichel, Desmarres, Mackenzie, Middlemore, Beer, Ammon, Chelius. Après l'observation de M. Bouisson, publiée dans les *Annales d'oculistique*, quelques travaux sur le même sujet ont paru. Ce sont ceux de MM. Chassaignac (*Annales d'oculistique*, 1847), Prichard (*British Medical Journal*, novembre 1857), Graefe (*Archiv für Ophthalmologie*, 1857), Warlomont et Testelin (dans leur traduction de l'ouvrage de Mackenzie), et Magne (*Académie des sciences*, 8 juin 1858). M. Bouisson lui-même a eu, depuis 1846, l'occasion d'observer un grand nombre d'ophthalmies pseudo-membraneuses. L'un de ces faits est surtout très analogue à sa première observation : il s'agissait, dans les deux cas, d'un adulte qui, après s'être exposé au froid, fut atteint d'une ophthalmie double et suraiguë, pendant le cours de laquelle des pseudo-membranes évidentes se formèrent au-devant de l'œil et dans chaque sinus conjonctival ; le malade perdit la vue, malgré le traitement local et général le plus énergique.

Un troisième cas s'est montré, à titre de complication, chez un malade affecté d'une double conjonctivite blennorrhagique. M. Bouisson a aussi observé, pendant le cours de l'année 1858, un vieillard de soixante-six ans qui fut atteint d'une éruption scarlatineuse avec angine diphthéritique. Dès les premiers jours de sa maladie, qui fut des plus graves, et qui mit ses jours en péril, une ophthalmie se déclara à l'œil gauche, et prit le caractère diphthéritique. L'opacité totale de la cornée en fut la conséquence.

D'autres cas ont été observés par M. Bouisson, soit sur des nouveau-nés réputés atteints d'ophthalmie purulente, et qui avaient, en réalité, des inflammations plastiques de la conjonctive, soit sur des enfants de divers âges affectés de diphthérie générale pendant le règne d'une épidémie de ce caractère.

L'année 1858 s'est fait remarquer à Montpellier et dans tout le département de l'Hérault par la fréquence et la gravité des affections diphthéritiques. Un grand nombre d'enfants, depuis l'âge d'un an jusqu'à celui de huit ans, ont été affectés soit de croup, soit d'angine couenneuse à forme pultacée. Un certain nombre a

présenté des affections intestinales revêtant ce caractère. Sur plusieurs, la diphthérie buccale s'est montrée avec une ténacité remarquable. Quelques-uns ont été atteints de diphthérie dermatique spontanée, notamment au pourtour des narines ou au voisinage de l'oreille. Presque tous les enfants auxquels on appliquait des vésicatoires étaient atteints d'inflammation couenneuse des surfaces dénudées.

Cette épidémie coïncidait avec une disposition non moins prononcée aux maladies éruptives, notamment la rougeole et la scarlatine. C'est pendant le règne de cette constitution médicale bien accusée que se sont produits aussi quelques cas de diphthérie oculaire. M. Bouisson en a observé trois exemples bien caractérisés. Dans deux, l'inflammation était bornée au rebord des paupières, et spécialement aux angles. Chez le troisième, la diphthérie oculaire était générale ; la vue a été perdue dès le début de la maladie, et le jeune sujet a succombé aux symptômes d'une fièvre éruptive composée qui coexistait avec l'affection oculaire.

M. Courty a constaté, de son côté, plusieurs exemples d'inflammation diphthéritique des yeux chez des enfants pendant le cours de la même épidémie ; en sorte que, pour être plus rare que les autres variétés de l'inflammation diphthéritique des muqueuses, la conjonctivite pseudo-membraneuse n'en est pas moins réelle et digne d'attention.

La ressemblance des caractères morbides de ces inflammations sur des surfaces très différentes tend de plus en plus à prouver qu'elles relèvent toutes d'une cause ou d'une disposition interne identique. Toutefois, si cette cause spécifique doit être considérée comme prédominante, elle est loin d'être la seule source pathogénique de l'ophthalmie pseudo-membraneuse. La plupart des causes occasionnelles qui engendrent les ophthalmies ordinaires peuvent également donner naissance à la conjonctivite diphthéritique : tels sont le refroidissement, les traumatismes. Une ophthalmie déjà déclarée avec un autre caractère peut, sous une influence épidémique, se modifier et prendre la forme pseudo-membraneuse. Sa propriété contagieuse n'est enfin pas douteuse. Ce qui précède suffit d'ailleurs pour établir que l'ophthalmie pseudo-membraneuse n'est pas un simple accident, un épiphénomène des ophthalmies ordinaires, mais qu'elle mérite une place à part, comme espèce morbide, dans le cadre de la pathologie oculaire.

Le début de cette affection est celui d'une conjonctivite très intense et générale, avec douleur aiguë, irradiations péri-orbitaires, rougeur des paupières, liséré violacé à leur rebord, sécrétion muqueuse ou muco-purulente épaisse. La tuméfaction des paupières est telle qu'elle donne lieu à une roideur caractéristique de leur tissu. Chez les enfants, il se produit une sorte d'ectropion aigu, et la face cutanée des paupières peut présenter à son tour des fausses membranes.

La fausse membrane conjonctivale affecte deux formes différentes : dans la plus bénigne, que M. Bouisson a surtout remarquée chez les enfants, elle est blanchâtre, d'apparence caséeuse, et se décompose en grumeaux plus ou moins isolés qu'on rencontre sur divers points de la surface conjonctivale, mais surtout aux angles oculaires. Ces produits se reforment avec facilité, et la surface sur laquelle ils reposaient paraît rouge et excoriée. Cette forme, tout en s'accompagnant d'un certain degré de kératite, n'entraîne pas, en général, l'opacité de la cornée.

Dans l'autre forme, la fausse membrane est semblable aux formations plastiques du croup et de l'angine couenneuse ; tantôt cette couche, d'aspect grisâtre et fibrineux, plus ou moins desséchée à sa partie externe, qui est en contact avec l'air, offre une certaine adhérence dans son épaisseur ; plus souvent elle est molle et comme infiltrée de pus ou de liquide muqueux ; d'autres fois elle est inégale, tomenteuse. Elle est tantôt très adhérente, et s'enlève difficilement, tantôt elle se détache par lambeaux ou en totalité.

Le détachement artificiel de la pseudo-membrane est assez douloureux, et donne lieu à l'exhalation d'un peu de sang. La surface conjonctivale subjacente est rouge et inégale, la cornée terne et grisâtre. Le malade paraît éprouver quelque soulagement après cette opération ; mais une autre couche plastique ne tarde pas à se produire jusqu'à ce que la disposition morbide générale et locale soit épuisée, ou que la cornée s'ulcère, se ramollisse, et que l'œil se vide. La vue est à peu près irrévocablement perdue, chez les adultes surtout, lorsque l'affection est intense ; et quand même l'œil ne se vide pas, il se forme des staphylomes, des granulations secondaires, des adhérences oculo-palpébrales, des opacités cornéennes qui compromettent plus ou moins la fonction visuelle.

« Le traitement de l'ophthalmie diphthéritique, dit M. Bouisson, doit être dirigé d'après les indications connues des inflammations violentes, et la même série de moyens peut être mise en usage : sangsues, saignées, mercuriaux, purgatifs divers, vésicatoires, collyres astringents ou émollients, emploi local et direct du nitrate d'argent, peuvent convenir suivant la période de la maladie, l'intensité ou le caractère des symptômes. » On comprend que les mercuriaux puissent rendre des services chez les adultes, et dans la deuxième forme signalée plus haut. Chez les enfants ordinairement chétifs, les ferrugineux, les amers, le quinquina, seraient plutôt indiqués. Le tartre stibié à haute dose, employé avec avantage contre des ophthalmies suraiguës à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, a paru rendre quelques services à M. Bouisson dans un cas, chez un adulte, et ce moyen mérite d'être expérimenté.

Quant aux cautérisations avec le nitrate d'argent, M. Bouisson n'en a pas obtenu, surtout chez les enfants, des effets aussi favorables et aussi marqués que lorsqu'il s'agit des inflammations franchement purulentes ; si nous avions, dit-il, à conseiller ce moyen, ce serait principalement lorsque l'ophthalmie offre un caractère mixte, et que la formation du pus sur la surface conjonctivale coïncide avec celle des pseudo-membranes.

Il est toujours utile de débarrasser la conjonctive des fausses membranes. De simples lavages suffisent quand elles sont molles ; mais quand elles sont organisées et adhérentes, il est nécessaire de les détacher avec des pinces, en agissant avec précaution, et en se servant au besoin de petits ciseaux courbes pour exciser la conjonctive à l'état de chémosis séreux, sanguin ou phlegmoneux, suivant les cas.

Les douches oculaires, surtout préconisées par M. Chassaignac, peuvent être employées avec avantage lorsque les pseudo-membranes sont peu adhérentes ; les procédés les plus simples suffisent alors pour les administrer.

Enfin, dit M. Bouisson en terminant, signalons une précaution utile à observer, et spécialement recommandée par M. Graefe : c'est l'occlusion de l'œil sain. La propriété contagieuse des liquides émis à la surface oculaire explique la nécessité de préserver l'œil respecté par la maladie, et sur lequel l'inoculation pourrait se faire si l'on négligeait les soins convenables. Pour le même motif, les liquides et les linges dont se sera servi un malade atteint d'ophthalmie pseudo-membraneuse seront interdits pour d'autres personnes. (*Montpellier médical*, novembre 1859.)

Du croup intestinal chez les enfants, par M. le docteur Th. Clemens (de Francfort-sur-le-Mein).

L'assimilation établie par M. Clemens entre le croup et l'affection des intestins, qu'il appelle *croup intestinal*, repose tout entière sur les productions de fausses membranes à la surface de la muqueuse digestive, analogues à celles qui caractérisent le croup dans le larynx. L'auteur a observé cette affection à plusieurs reprises, et il pense qu'on la rencontrerait assez fréquemment, si on se livrait toujours à un examen attentif des excrétions alvines.

Dans aucune des observations de M. Clemens, le croup intestinal ne coïncidait avec une affection analogue des voies respiratoires. Il s'est toujours présenté avec les caractères d'une affection locale, de peu de gravité, à moins qu'il n'occupât une étendue considérable. Son caractère essentiel est dans l'expulsion de fausses membranes avec les selles, et ces fausses membranes se produisent avec une abondance beaucoup plus grande que dans les inflammations diphthéritiques des voies aériennes. Elles peuvent même exister en assez grande quantité pour gêner ou arrêter le cours des matières ; c'est cet accident qui s'était, sans aucun doute, produit chez un enfant qui était dans l'état le plus alarmant, lorsque l'ex-

pulsion d'une masse énorme de pseudo-membranes fut suivie d'un retour presque subit à l'état de santé.

Lorsque l'affection occupe l'intestin grêle, ce qui paraît être le cas le plus fréquent, elle s'accompagne toujours de diarrhée, et souvent de vomissements ; les matières rendues par les selles ressemblent alors beaucoup à celles des vomissements ; elles sont composées en grande partie d'aliments très imparfaitement digérés, parce que la digestion intestinale est gravement troublée. De même que le croup des muqueuses respiratoires est précédé d'une inflammation catarrhale de ces muqueuses, de même le croup intestinal succède à un véritable catarrhe intestinal. Ce n'est qu'alors qu'une fièvre vive, à exacerbations nocturnes, s'allume ; en même temps, les traits de l'enfant présentent cette altération grave et rapide qui est si commune dans les affections intestinales de la première enfance. Lorsque le malade traîne, l'amaigrissement et la prostration sont souvent extrêmes, mais le rétablissement n'en est pas moins rapide dès que la production des fausses membranes s'arrête. Au reste, il peut arriver que les enfants rendent encore des lambeaux pseudo-membraneux pendant les premiers jours de la convalescence. Quelquefois aussi les enfants conservent l'appétit et la gaîté, et leur santé ne semble nullement compromise, pendant toute la durée de la maladie. C'est ce qui la distingue nettement des affections inflammatoires simples de l'intestin et de la dysenterie.

L'administration du calomel à doses purgatives triomphe facilement du croup intestinal, ce que M. Clemens explique par le contact intime qui s'établit entre le médicament et les surfaces malades. Chez deux de ses malades, il a eu recours, en outre, au début de l'affection, à l'application de quelques sangsues sur l'abdomen.

M. Clemens fait encore remarquer que l'affection qu'il a décrite est assez fréquente chez les bêtes bovines et porcines, c'est-à-dire chez les deux animaux domestiques qui ont les rapports les plus intimes avec l'espèce humaine ; mais il remet à un autre travail les conclusions à déduire de ce rapprochement. Nous y reviendrons s'il y a lieu (*Journal für Kinderkrankheiten*, livraisons 1re et 2e, 1860).

VI

VARIÉTÉS.

Nous avons reproduit une note de la GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES annonçant qu'un professeur de médecine de la *Sapienza* avait essayé vainement d'organiser une manifestation en faveur du pape. A ce sujet, nous recevons de Rome, à la date du 19 mars, quelques explications d'où résultent les faits suivants :

La GAZETTE DES ÉTATS SARDES s'est trompée. Les professeurs de l'Université ne se sont jamais mêlés d'organiser aucune démonstration en faveur de qui que ce soit; mais quatre étudiants ont eu la déplorable idée de composer une adresse au pape, au bas de laquelle ils ont apposé la signature de camarades dont ils n'avaient pas le consentement. Ceux-ci ont protesté énergiquement. L'adresse a été brûlée par le recteur, qui a été immédiatement destitué. Des étudiants se sont évadés, plusieurs ont été incarcérés ; à d'autres on a défendu de jamais remettre le pied dans la *Sapienza*. En attendant, l'autorité a décerné des médailles aux promoteurs de la manifestation.

Nos correspondants ajoutent que, après le résultat du plébiscite des Romagnes, des étudiants ayant entonné le *Te Deum* dans la chapelle de l'Université, malgré la vive opposition des prêtres desservants, on les a envoyés dans les prisons du Saint-Office, et on leur fera un procès comme sacriléges.

— Nous avons reçu d'amis et anciens élèves d'un honorable confrère de Paris, tombé dans le malheur, une somme de 300 francs qu'on nous prie de lui transmettre. Nous nous sommes empressé de remplir ce pieux office. N'ayant pu voir nous-même le destinataire, nous n'avons pas cru pouvoir prendre sur nous de faire connaître son nom sans son agrément; mais nous le ferons si nous y sommes autorisé, et nous désirons l'être, espérant par là susciter des imitateurs à nos généreux correspondants anonymes.

— Le concours pour trois places de médecins au bureau central, ouvert le 21 février dernier, a été terminé samedi 7 avril par la nomination de MM. Triboulet, Axenfeld et Simonet.

— M. le président de l'Association générale vient d'être prévenu que M. Bethmont, l'un des plus illustres avocats du barreau de Paris, mort la semaine dernière, a fait un legs de la somme de 5,000 fr. à l'Association générale des médecins de France.

— M. le docteur Renou, médecin du Prytanée impérial militaire de la Flèche, vient de mourir dans cette ville. Il était depuis 1816 attaché au Prytanée, où il était entré en qualité d'aide-chirurgien.

— Le journal THE LANCET annonce la mort subite de M. James Braid (de Manchester), dont le nom a tant de fois été prononcé dans ces derniers temps à propos de l'hypnotisme. On attribue cette mort soudaine à une affection du cœur.

— Le concours pour une place d'agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchements), s'est terminé par la nomination de M. A. Estor.

— Un concours pour l'internat dans les hôpitaux de Montpellier vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi. Ont été nommés MM. Gayraud et Romain. Les autres candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Delclos, Caisso, Tailhades et Lombard.

— M. le professeur Piorry commencera le cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité (semestre d'été), le mercredi 11 avril, à sept heures et demie du matin, et le continuera tous les jours à la même heure.

— M. le docteur Combes a été nommé directeur-médecin de l'Asile de Rodez.

— M. le docteur Péon a été nommé médecin adjoint de l'Asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

D'UNE NOUVELLE ESPÈCE DE TUMEURS BÉNIGNES DES OS OU TUMEURS A MYÉLOPLAXES, par le docteur *Eugène Nélaton*. Grand in-8 de 373 pages et 3 planches coloriées. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr. 50

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE : SES CAUSES, SES PRODROMES ; NOUVEAU MOYEN PRÉSERVATIF ET CURATIF, par le docteur *F.-V. Lamarre-Picquot*. In-8 de 56 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 25

SUR LA GRIPPE (constitution médicale du premier trimestre de 1860), par le docteur *Maximin Legrand*. In 8. Paris, Adrien Delahaye. 75 c.

TRAITÉ DES APPLICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ A LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE, par le docteur *A. Becquerel*. 2e édition. In-8 de 550 pages, avec 15 figures. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS, par le docteur *Gibert*. 3e édition, refondue et augmentée. 2 vol. in-8 de X-606 et 623 pages. Paris, Henri Plon. 12 fr.
Séparément. 7 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 20 AVRIL 1860. — N° 16.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 19 avril 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'IODISME CONSTITUTIONNEL. — ACTION FÉBRIFUGE DE LA CINCHONINE.

Les membres de l'Académie engagés dans le débat sur l'iodisme ont compris qu'il y aurait peu d'avantage, sinon un inconvénient réel, à disserter longuement. On sentait que M. Baillarger se préoccupait de contracter ses judicieuses considérations, et M. Trousseau s'est borné à quelques mots de réplique.

Même dans le peu qui s'est dit à cette séance, on trouve la confirmation des réserves que nous avons cru devoir établir au profit des doctrines de M. Rilliet. En mettant provisoirement de côté l'interprétation qui rattache la production de l'iodisme à la présence du goître et en s'en tenant au fait même de l'iodisme constitutionnel, ni la théorie ni l'expérience ne déposent contre l'existence de ce genre d'intoxication. M. Baillarger l'a rappelé : à Genève on guérit très fréquemment le goître avec des doses extrêmement minimes d'iode ; quoi d'étonnant que des doses semblables produisent exceptionnellement des effets toxiques? En France, répond M. Trousseau, le vrai goître n'est pas plus rebelle, et pourtant on n'y observe pas l'iodisme. Quand cela serait exact, le raisonnement de M. Baillarger n'en serait pas moins juste, car il ne tend qu'à légitimer une induction et non à établir une relation nécessaire de cause à effet. Mais l'iodisme est-il absolument étranger à nos contrées? Non. En quelques semaines seulement, depuis que l'attention a été appelée sur cet état pathologique, deux observateurs en ont rapporté des exemples : M. Rilliet, nous l'avons déjà dit, dans l'UNION MÉDICALE ; M. L. Gros, dans le MONITEUR DES SCIENCES (n° du 12 avril).

Nous le répétons, il n'y a de juge compétent dans cette question que l'expérience. La discussion académique aura pu éclairer un peu le terrain de l'investigation ; mais elle ne pouvait aboutir, et n'a pas abouti à une conclusion précise.

FEUILLETON.

Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise.

(Suite et fin. — Voir le numéro 15.)

Les pansements constituent une branche de la chirurgie fort importante, longtemps négligée, mais que depuis le commencement de ce siècle on a étudiée avec tout l'intérêt qu'elle mérite. La question des pansements rares, celle de la réunion immédiate après les opérations, ont été en France l'objet de travaux intéressants ; mais on s'est un peu moins occupé de l'utilité des matériaux mis en œuvre, et de la manière de les employer pour arriver à la guérison des plaies dans le moins de temps possible, en diminuant pour le malade les douleurs et les dangers qui accompagnent les grandes suppurations.

Cette partie de sujet a été fort bien étudiée dans la thèse de M. Topinard, et nous ne pouvons qu'engager nos lecteurs à lire ce travail sérieux, et dans lequel il trouvera des détails très précis et fort intéressants sur le mode de traitement des plaies à leurs diverses périodes.

Le caractère qu'offrent les pansements en Angleterre peut se résumer par ce seul mot : simplicité. La réunion immédiate est cherchée et obtenue beaucoup plus souvent en Angleterre qu'en France. L'idée de ce mode de traitement, comme l'a montré M. Broquier, est plus anglaise que française. C'est surtout en 1679 que James Young, à l'exemple d'un de ses compatriotes, Lowdham (d'Exeter), démontra la possibilité de la guérison du moignon sans exfoliation de l'os, et préconisa la réunion immédiate. Elle fut loin d'être admise tout de suite ; O'Halloran, en 1765, s'élevait contre elle, et ce ne fut que vers 1779 qu'Alanson commença à faire entrer dans la pratique chirurgicale un mode de pansement déjà recommandé par Galien (lib. V, § 23, cap. XXVI).

L'ouvrage de Hunter l'introduisit en France. Desault, en 1783, l'essaya pour la première fois chez une dame amputée de la cuisse, et obtint la guérison en vingt-deux jours. John Bell, en 1796, eut

Sur ce point, nous sommes heureux de voir notre sentiment partagé par un de nos plus distingués collègues de la presse, M. le docteur Brochin, qui s'exprime ainsi dans la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Nous irons plus loin, elle (la discussion) n'a même pas abouti à une définition et à une détermination précise de ce que l'on doit entendre par iodisme, préalable indispensable cependant de toutes recherches ultérieures sur ce sujet ; car si, comme tout porte à le croire, quelques-uns des faits articulés contre l'iode lui sont en réalité étrangers, la question perd singulièrement, à ce point de vue, de l'importance qu'on a cherché à lui donner. Et si le fait est réduit à des proportions telles qu'il rentre en quelque sorte dans les limites oscillatoires et indécises de ce que l'on nomme les faits rares ou exceptionnels, ou dans le domaine tout aussi mal circonscrit des idiosyncrasies, — ce qu'il eût fallu chercher à établir tout d'abord, — ne serait-ce pas en pure perte que l'on se serait mis en frais d'hypothèses et de théories plus ou moins ingénieuses pour l'expliquer?

— La question de l'iodisme écartée, l'ordre du jour appelait la discussion du rapport de M. Bouchardat, concernant, on se le rappelle, le travail de M. Moutard-Martin sur l'action antipériodique de la cinchonine. En semblable matière, on attendait naturellement un discours de M. Briquet, qui ne pouvait d'ailleurs espérer une meilleure occasion pour son début. Ce qu'aurait à dire l'honorable académicien, on pouvait le présumer en grande partie. Dans un ouvrage des plus consciencieux, dans son TRAITÉ THÉRAPEUTIQUE DU QUINQUINA, il s'est si nettement prononcé sur l'action comparative des divers alcaloïdes quiniques, et il l'a fait en arguant de données physiologiques et cliniques de telle nature, qu'on ne pouvait guère attendre de lui un changement quelconque d'opinion. L'expérimentateur qui a reconnu à la cinchonine les mêmes effets physiologiques qu'à la quinine, le médecin qui a écrit : « Depuis deux ans, j'ai *complétement substitué* l'usage de la cinchonine à celui de la quinine ; j'ai attaqué des fièvres intermittentes de tous les types avec un succès aussi décisif que si j'eusse employé la quinine ; la fièvre a été habituellement coupée au premier accès, rarement elle a été jusqu'au second accès ; mais, *dans aucun cas, il n'en est survenu un troisième* (*Traité thérapeutique du quinquina*, 2e édition, p. 522) » ; l'auteur, disons-nous, qui s'est montré si affirmatif en 1855 était le champion désigné de la cinchonine devant l'Académie. Nous faisions même, en l'écoutant, en notant les motifs de son opposition aux conclusions de M. Moutard-Martin, nous faisions cette remarque que le livre de M. Briquet nuisait à son discours, le succès de l'un ayant vulgarisé la plupart des arguments dont l'autre s'est alimenté. On n'a pas tous les bonheurs à la fois.

Ces affirmations de M. Briquet; l'immense expérience de M. Hudellet (de Bourg), qui, sur la masse énorme de cinq cent sept cas de fièvre intermittente, dans un pays où l'affection est endémique, n'en a trouvé que neuf réfractaires au sulfate de cinchonine donné à la faible dose de 40 à 45 centigrammes (voy. l'analyse du mémoire de M. Hudellet dans la *Gazette hebdomadaire*, 1855, p. 148); les recherches de MM. Bally, Beauregard, Marianni, Rieuwenheim, Wahu, avaient amené beaucoup de personnes à cette persuasion, que la cinchonine avait une valeur fébrifuge, sinon tout à fait égale, au moins peu inférieure à celle de la quinine. Néanmoins, l'expérimentation thérapeutique en général, et plus spécialement celle qui a pour objet les fébrifuges, exige des précautions si rigoureuses, comme l'ont surtout bien démontré Chomel et M. Laveran, que, ne les trouvant pas notées dans le travail des observateurs et pouvant craindre dès lors qu'elles n'aient pas été remplies, il était permis de rester dans l'incertitude. On se souvient, d'ailleurs, que le rapporteur lui-même, qui, sur sept cent vingt-cinq observations de fièvres périodiques recueillies dans les auteurs, n'en a compté que dix où la cinchonine ait échoué, a protesté tout le premier contre les conséquences qu'on pourrait être tenté de tirer de ce résultat numérique.

Dans cet état de choses, il s'agit de savoir si M. Moutard-Martin s'est entouré des conditions nécessaires d'une bonne expérimentation. M. Briquet en doute. Comme c'est là le point capital de la question, et comme l'orateur, tout en s'en référant sur ce point au mémoire de M. Moutard-Martin, ne paraissait pas l'avoir lu *in extenso*, nous avons jugé à propos d'y recourir nous-même, et voici ce que nous y avons trouvé :

« Ayant reconnu, dès l'abord, une identité d'action entre le » sulfate de cinchonine et le sulfate de quinine, en ce sens que le » sulfate de cinchonine, comme le sulfate de quinine, coupe les » accès, avec une certitude et une énergie moindres il est vrai, » j'ai pensé devoir administrer le sulfate de cinchonine suivant le » mode reconnu le plus favorable dans l'emploi du sulfate de qui» nine : c'est-à-dire administrer le fébrifuge *le plus près possible* » *de l'accès qui se termine et le plus loin possible de l'accès à venir*, » et en outre faire prendre toute la dose en un court espace de » temps, au lieu de la fractionner dans l'intervalle des accès. Ainsi » dans la fièvre quotidienne, j'ai toujours eu soin de faire admi» nistrer le sulfate de cinchonine *aussitôt après* l'accès, en deux

---

le mérite d'étudier parfaitement son mécanisme, et d'indiquer les circonstances qui peuvent la favoriser ou la faire échouer. Conseillée en France par Richerand, elle fut repoussée par Pelletan, et après des vicissitudes nombreuses elle rencontre actuellement assez peu d'adhérents.

D'où peut provenir cette différence si tranchée entre la pratique chirurgicale de deux pays voisins, qui comptent un si grand nombre de chirurgiens distingués? Pourquoi la réunion immédiate, qui réussit si souvent en Angleterre, échoue-t-elle si souvent à Paris? Faut-il chercher les raisons de cette différence dans les conditions hygiéniques, dans la constitution des malades? Nous ne le pensons pas, et, pour le dire tout de suite, nous croyons, d'après ce que nous avons vu à Londres, ~~que~~ si la réunion immédiate est plus rarement obtenue en France, c'est que nous ne nous mettons pas dans les conditions favorables pour l'obtenir.

En effet, tout le monde est d'accord sur ce point que toute substance interposée entre les lèvres de la plaie qu'il s'agit de réunir, tout suintement sanguin, si léger qu'il puisse être, s'oppose à l'agglutination. Or, à Paris, par le désir bien naturel au chirurgien de terminer lui-même et complétement l'opération, c'est-à-dire le pansement, avant de renvoyer le malade à son lit, on procède à la réunion aussitôt après que les ligatures ont arrêté l'écoulement du sang, même dans les cas où l'on cherche la cicatrisation immédiate. Mais les capillaires, qui, par suite de l'exposition à l'air, du contact de l'eau froide, ont cessé de laisser suinter le sang lorsque l'on procède au pansement, le laissent très souvent échapper quelques heures après que le malade a été reporté dans son lit ; le sang, si la réunion a été tentée, retenu entre les lèvres de la plaie, empêche que la tentative ne soit suivie de succès.

La pratique chirurgicale, à Londres, est toute différente : aussitôt l'opération terminée et les ligatures appliquées sur les artérioles, que l'on se contente de tordre lorsque leur volume est minime, afin de laisser dans la plaie le moins de corps étrangers possible, le malade est reporté dans son lit, et l'on recouvre simplement la plaie d'une compresse flottante légèrement imbibée d'eau fraîche. Ce n'est que cinq, six et même huit heures après, lorsque

» doses, en mettant une demi-heure d'intervalle entre les deux, » ou même quelquefois en une seule dose, soit en paquets enve- » loppés dans du pain azyme, soit en potion, et je dois ajouter que » ce dernier mode m'a paru le plus favorable. Dans les fièvres » tierces, j'ai toujours administré le sulfate de cinchonine le matin » du jour intercalaire, et de la façon que je viens d'indiquer ; il » m'est arrivé quelquefois de le donner à la fin de l'accès et en- » core le jour intercalaire, mais je ne crois pas avoir obtenu de » meilleurs résultats de ce mode de procéder que de celui qui » consiste à ne donner le fébrifuge que tous les deux jours.

» En agissant de la sorte, je n'ai fait que suivre les préceptes » posés avec tant d'autorité pour l'administration du quinquina et » du sulfate de quinine, par Torti, par Chomel, par MM. Breton- » neau et Trousseau. »

Il ressort clairement de cette citation que M. Moutard-Martin s'est placé, pour expérimenter le médicament, dans la principale des conditions que M. Briquet regarde comme propres à en assurer l'effet. La cinchonine a été administrée le plus loin possible de l'accès à venir. M. Briquet verra encore que son confrère, s'il a donné le sulfate de cinchonine en poudre, l'a aussi donné en solution, et que, comme lui, il accorde la préférence à ce dernier mode d'administration. Sur un seul point, les deux expérimentateurs n'ont pas procédé de la même manière. M. Moutard-Martin a fait prendre le plus souvent le remède en deux doses seulement, à une demi-heure d'intervalle, et même quelquefois en une seule dose, tandis que M. Briquet le fractionne ordinairement en *cinq doses*. Mais il est bien difficile, ce nous semble, d'attribuer à cette seule différence une influence bien notable sur les résultats. Il est des auteurs, et M. Bretonneau, si nous nous souvenons bien, est de ce nombre, qui préfèrent donner le médicament en une seule fois. Il faut d'ailleurs ajouter que M. Moutard-Martin avait pris, dès le début, une précaution plus importante encore que toutes les autres, qu'on accuserait sans doute à tort M. Briquet d'avoir négligée, mais enfin qu'il n'a pas consignée dans son livre, la précaution d'éliminer de l'expérience les malades qui sont assez avisés pour guérir seuls, et le chiffre énorme de ces malades n'est pas le côté le moins curieux ni le moins important de l'opération. D'où l'on pourrait induire, — en s'en rapportant, nous le répétons, aux apparences, — que la manière dont les expériences ont été instituées de part et d'autre, a plus exposé M. Briquet à exagérer la vertu du sulfate de cinchonine, que M. Moutard-Martin à la déprécier.

Enfin, si les résultats obtenus par le dernier de ces auteurs paraissent aussi défavorables à la cinchonine, et si le premier a pu s'étonner de ne trouver que 14 guérisons sur 24 malades, on ne doit pas oublier que cela tient en partie à la rigueur des conditions que l'expérimentateur s'était imposées. 4 malades ont été guéris dès la première dose, qui ne figurent pas au chiffre des guérisons, parce que les accès étaient en voie de décroissance quand le traitement a été commencé. En réalité donc, il y a 18 guérisons sur 24 malades.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur l'iodisme constitutionnel, par le docteur Rilliet, ancien médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite et fin. — Voir les numéros 14 et 15.)

Article V. — *Traitement.*

Le traitement de l'iodisme doit être préventif et curatif. Les règles du traitement préventif seront puisées dans la considération des causes prédisposantes.

Ainsi le praticien ne saurait être trop prudent lorsqu'il administre l'iode ou ses préparations à des sujets qui ont dépassé quarante ans, dont le tempérament est nervoso-sanguin, qui appartiennent à la classe riche et aisée de la société, qui habitent un pays où le goître est répandu, qui eux-mêmes en sont atteints sans être pour cela malades. J'ajouterai que Coindet range parmi les contre-indications de l'iode, la grossesse, la disposition à la ménorrhagie, les maladies de poitrine menaçantes ou commencées, l'état de marasme ou de fièvre lente quelle qu'en soit la cause. On doit, dit-il, le refuser aux personnes délicates, nerveuses ou d'une très faible constitution (1).

En recommandant la prudence, quand il s'agit de prescrire l'iode aux personnes placées dans les conditions sus-indiquées, je ne veux pas dire que le médecin devra négliger toute précaution quand les sujets seront placés dans d'autres circonstances, quand, par exemple, ils seront jeunes, diathésiques, non goîtreux, parce qu'il y a des mystères dans l'idiosyncrasie qui déjouent les plus sages prévisions.

Voyons maintenant en quoi doivent consister ces précautions. Avant tout, il faudra prescrire l'iode d'une manière intermittente,

(1) *Bibliothèque universelle*, t. XVI, p. 50.

---

l'on est sûr d'être à l'abri de tout écoulement consécutif, que l'on réunit par la suture. Grâce à cette précaution et à la simplicité des appareils de pansement, la réunion immédiate est très fréquemment obtenue. Sans doute, elle échoue quelquefois, mais on aurait tort de s'exagérer la gravité de l'insuccès, et même encore dans ce cas il est rare qu'on n'ait pas réussi partiellement, assez pour fixer les muscles dans la position que le chirurgien a cherché à leur donner, et à empêcher qu'ils ne cèdent à cette contractilité spontanée si bien décrite par M. Richet, et qui amène si souvent la conicité du moignon.

Le cérat, les pommades, cette énorme quantité de charpie, de compresses, de bandes que nous employons en France sont à peu près inconnus en Angleterre. Sans doute, nous sommes loin de l'époque où les chirurgiens du XVIIe siècle conseillaient de bourrer les plaies de charpie avec le *basilicum* (maturatif), puis l'*onguent des apôtres* (pour mondifier), l'*onguent blanc* (pour consolider), l'*onguent doré* (pour incarner), et le *dialthæa* (pour adoucir) ; mais le cérat lui-même n'est-il pas à peu près toujours inutile, sinon nuisible ? Magati (de Ferrare), Belloste, Pibrac, Lecat, Liston se sont élevés contre son usage. De nos jours même, plusieurs chirurgiens en France ont renoncé à son emploi. M. le professeur Denonvilliers l'a remplacé avantageusement par la glycérine, qui, miscible à l'eau, ne salit pas les plaies, et ne force pas, comme l'a dit cet habile chirurgien, à perdre au moins un quart d'heure à nettoyer convenablement lorsqu'on en fait usage, un moignon d'amputation.

Ne faut-il pas, d'ailleurs, se rendre toujours un compte aussi juste que possible des raisons qui nous font agir ? Or, après avoir doué les pommades d'une foule de propriétés dont elles ont été peu à peu déshéritées, on ne leur en reconnaît plus guère qu'une seule, celle d'empêcher l'adhérence des pièces à pansement avec la surface de la plaie. Soit, c'est là une raison ; mais pourquoi tous ces linges, toute cette charpie, véritable réservoir de miasmes morbides qui s'y réfugient et s'y concentrent, au moins dans l'état actuel des choses dans la plupart des hôpitaux, où la charpie repose plusieurs semaines dans les salles avant d'être employée ? Pour

et en suspendre l'administration, quelque courte qu'ait été l'expérimentation, à la première apparition des symptômes d'iodisme constitutionnel, amaigrissement, palpitations, boulimie, état nerveux.

Coindet, qui connaissait bien les accidents nombreux produits par l'iode, n'avait pas tardé, comme je l'ai déjà dit, à modifier sa pratique en remplaçant le mode continu d'administration de l'iode par le mode intermittent

L'hygiène des malades doit être bien surveillée pendant qu'ils font usage de l'iode. Le docteur Charles Coindet insiste particulièrement sur ce point et recommande une alimentation fortifiante. Le docteur Gosse m'a dit s'être bien trouvé d'associer l'iode avec les nervins et les toniques. Ces conseils doivent être pris en considération.

Malgré toutes les précautions prises, ou bien parce qu'elles ont été négligées, la maladie, une fois déclarée, peut persister et aller en s'aggravant de jour en jour, alors même que la cause qui l'a produite n'existe plus. Dans ce cas, on doit s'opposer aux progrès d'une maladie plus ou moins sérieuse.

La première chose à faire est de soustraire le malade à l'influence de l'iode, sous quelque forme qu'il le prenne, et de s'abstenir de toute médication débilitante qui ne ferait qu'aggraver les accidents. Ensuite il faut suivre les indications variées que présente chaque cas individuel. Si l'iodisme suit une marche aiguë et vive, les malades doivent être mis à l'usage du lait de vache, de chèvre ou d'ânesse. Des tâtonnements sont souvent nécessaires pour savoir lequel convient le mieux. Dans certains cas, le lait de vache à la glace est seul supporté; dans d'autres cas, le lait d'ânesse tiède. On prescrira, en outre, les narcotiques et les antispasmodiques, et le changement d'air. Si le mal chemine plus lentement, il faudra conseiller un régime analeptique, le changement d'air et en particulier le séjour à la montagne, l'équitation, les toniques et spécialement les préparations ferrugineuses.

Les symptômes seront traités par les moyens appropriés; les plus difficiles à combattre sont ceux qui résultent des altérations locales produites dans l'estomac par des doses trop élevées ou par une mauvaise préparation du médicament. On a alors affaire à des gastrites ou des gastro-entérites chroniques qui réclament des soins d'hygiène alimentaire tout particuliers. Le sous-nitrate de bismuth, les eaux et les bains alcalins, les emplâtres fortifiants sur la région épigastrique, les bains gélatineux, les frictions et l'hydrothérapie sont, dans ces cas, particulièrement indiqués.

Pièces justificatives.

Les propositions avancées dans ce mémoire auront probablement paru assez extraordinaires à beaucoup de médecins, pour mériter d'être appuyées sur des preuves positives. Ce désir est trop légitime pour ne pas être satisfait. Dans le cours de ce travail, j'ai déjà invoqué le témoignage de plusieurs de mes confrères, MM. Coindet, d'Espine, Maunoir, Bizot, Panchaud, Gautier, Dufresne, Duval, Lebert, etc., qui ont observé des faits analogues aux miens.

Maintenant je vais reproduire textuellement une lettre du docteur Coindet, dont l'opinion a d'autant plus de poids qu'il a pu connaître, dès leur origine, les débats relatifs à l'intoxication iodique. Je ferai suivre cette communication d'un certain nombre d'observations d'iodisme, qui m'ont été communiquées par mes confrères, ou que j'ai moi-même recueillies; elles sont pour la plupart relatives au point de la question le plus contesté, savoir l'influence des petites doses.

Il ne m'aurait pas été difficile d'accroître le nombre de ces observations, mais j'ai désiré reproduire seulement celles qui sont suffisamment détaillées, et qui représentent la maladie confirmée et non l'iodisme à son début. Quoiqu'elles soient toutes également authentiques et garanties par les noms de leurs auteurs, j'ai poussé le scrupule au point de contrôler moi-même l'exactitude de celles qui auraient pu paraître assez extraordinaires, pour ne devoir être acceptées, comme certains effets de commerce, que sous le bénéfice d'une double signature.

Je livre, sans les faire suivre d'aucune remarque, tous ces faits à l'appréciation impartiale de l'Académie. J'ai pensé qu'ils étaient assez significatifs par eux-mêmes pour pouvoir se passer de tout commentaire.

Voici la lettre du docteur Coindet.

A monsieur le docteur Rilliet.

Mon cher et très honoré confrère,

Vous m'exprimez le désir de connaître le résultat succinct de mes observations sur l'action constitutionnelle de l'iode, je suis d'autant plus disposé à vous satisfaire que j'ai toujours pris à ce sujet un intérêt particulier, et que mon expérience est entièrement d'accord avec la vôtre.

Pour plus de clarté, et sans cesser d'être attentif à éviter des longueurs, permettez-moi de vous entretenir d'abord de quelques faits qui se rattachent à l'histoire du point actuellement en discussion.

Lorsque, mes études étant finies, je revins, en 1825, exercer la médecine à Genève, j'éprouvai une vive impatience de m'entretenir avec mon père de l'accueil que recevait sa découverte et des fruits qu'elle commençait à porter. Mais je le trouvai bien plus découragé qu'il ne me l'avait laissé voir dans ses lettres. Rendu comptable d'accidents qu'on ne pouvait loyalement imputer qu'à des imprudences où il n'avait eu aucune part; blessé dans des affections qui lui étaient chères et dans sa réputation de médecin éclairé et attentif, il s'était résolu à discontinuer ses recherches; et, en fait, il n'a rien publié depuis. Cependant il me conseilla de reprendre ce sujet si possible, d'un point de vue nou-

---

absorber le pus à mesure qu'il se produit? Mais n'est-il pas plus simple et meilleur, au contraire, de le laisser s'échapper facilement en évitant ainsi au malade cette torture quotidienne que l'on appelle le pansement, quelque délicatement fait qu'on le suppose? La pratique chirurgicale anglaise nous paraît sur ce point préférable à la nôtre. Un peu de *lint* imbibé d'eau simple ou médicamenteuse, recouvert simplement d'un tissu imperméable, forme tout le pansement dans l'immense majorité des cas. Le mot *lint*, que nous traduisons en France par charpie, mériterait de passer dans le langage chirurgical, le mot sinon la chose, ce qui serait, du reste, à désirer, afin d'éviter une confusion trop fréquente entre deux objets complétement dissemblables. Le *lint*, ou charpie anglaise, est un tissu de lin ou de chanvre disposé en rouleau comme le sparadrap, dont on coupe des morceaux suivant la longueur voulue; il est plus ou moins épais, poreux, et se laisse parfaitement imbiber par les liquides; la face qu'on applique sur la plaie est un peu tomenteuse, comme de la ouate; l'autre est unie.

Un ou plusieurs doubles de cette étoffe imbibés d'eau simple ou d'eau légèrement astringente, lorsqu'il est besoin d'un peu de stimulation, recouverts d'un tissu imperméable pour empêcher l'évaporation, le tout simplement jeté à la surface de la plaie lorsque le malade garde le lit, constituent le pansement ordinaire (*water-dressing*). Ce pansement par l'eau ne doit pas être confondu avec l'irrigation continue que nous employons en France, pas plus qu'avec la méthode de M. Langenbeck (de Berlin), expérimentée à Paris en 1854. Ce dernier mode de traitement est loin d'avoir donné les résultats annoncés par son auteur et obtenus par lui, surtout dans la guerre de Schleswig-Holstein; mais il est vrai de dire que les appareils employés dans nos hôpitaux ne ressemblaient pas à ceux du chirurgien de Berlin, appareils dans lesquels le membre plonge simplement dans l'eau qu'ils contiennent, tandis que dans les nôtres le liquide devait être retenu par une compression nécessairement forte exercée à la racine du membre.

L'irrigation continue est faite un peu autrement à Londres qu'à Paris. Un vase rempli d'eau est simplement placé à côté du malade, et une bande allant du vase à la plaie suffit, par le méca-

veau. Je visitai donc plusieurs personnes qui avaient souffert de l'emploi mal dirigé de l'iode ; je les examinai attentivement, et je lus les publications déjà nombreuses qui avaient paru à cette époque.

Un premier fait attira mon attention, c'est que, dans ces cas malheureux, c'était le métalloïde qu'on avait administré combiné le plus souvent avec un excipient inerte. Or, on sait que ce corps dépouille les tissus organiques de leur hydrogène, et, comme le bichlorure de mercure, fait eschare là où il vient en contact avec eux. Je vis dans cette action caustique la source principale des accidents. Ce qui me confirmait dans cette opinion, c'était la quantité d'iode presque incroyable que ces malades avaient prise contre toute prudence, et sans se laisser arrêter par les premières atteintes d'un mal sérieux. C'était encore l'ensemble des symptômes qui dénotait une lésion grave des premières voies : douleurs vives à l'épigastre, soif, efforts de vomissements, fièvre, constipation et enfin un marasme extrême, conséquence naturelle des désordres locaux.

Un second fait me frappa, c'est que, sous ces symptômes de gastro-entérite qui dominaient l'ensemble, on apercevait confusément les traits d'une cachexie, effets spécifiques de l'iode sur le système général. Il y avait là deux actions dont il fallait faire le départ, en administrant des iodiques solubles et dépourvus de toute causticité.

Pour faire choix avec certitude d'une préparation qui satisfît à ces conditions, j'eus recours à l'expérience suivante : je fixai sur l'un de mes bras, par le procédé usité pour ouvrir un cautère avec la potasse, une couche d'iode réduit en poudre. Au bout de quelques heures, il s'était formé une eschare couleur blanc de nacre qui pénétrait au delà du tissu muqueux tout autour, la peau saine était fortement colorée en jaune par l'acide iodhydrique ioduré créé pendant l'opération. Tout au contraire, des applications de divers sels iodiques, neutres, légèrement humectés, faites en même temps sur le même membre et par un procédé tout semblable, n'eurent, après douze heures, aucun effet notable.

Je m'arrêtai donc à l'idée d'employer ces sels et plus particulièrement l'iodure de potassium à dose considérablement réduite, par exemple à 1 ou 2 centigrammes par jour, et unis sous forme pilulaire aux extraits de gentiane et de réglisse. Si plus tard le besoin s'en faisait sentir, je serais toujours en mesure de déployer plus d'énergie.

Pendant quelque temps, je n'eus qu'à m'applaudir de ce mode d'emploi. Les personnes que je traitais étaient, pour la plupart, de jeunes filles de magasin, récemment atteintes de goîtres médiocres qu'elles avaient contractés en buvant abondamment, pendant l'été, l'eau très froide des puits de la rue Basse, où les paysans du voisinage venaient faire et longuement débattre leurs emplettes. Ces goîtres mous, pâteux, que nous ne rencontrons guère maintenant que les échoppes de ce quartier ont disparu et que les puits sont fermés, cédaient trop promptement pour que l'imprégnation iodique eût le temps de se produire. 2 ou 3 décigrammes, consommés dans l'espace d'un mois, suffisaient d'ordinaire.

Mais vinrent ensuite des personnes atteintes d'affections fort diverses, et parmi elles des femmes âgées portant, les unes des tumeurs ovariennes, les autres des goîtres très anciens, très volumineux et formés de kystes de toutes grosseurs. C'est dans ces cas principalement que j'ai vu survenir la cachexie iodique, et cela sous l'influence des doses journalières inférieures quelquefois à un demi-centigramme; car, loin de l'augmenter, mon expérience me portait au contraire à donner ce remède en quantités de plus en plus faibles.

Vous avez parfaitement décrit les symptômes de cet état singulier : c'est d'abord une légère pâleur répandue sur le visage, et je ne sais quoi de tiré dans les traits. Le malade accuse un sentiment de faiblesse générale et un besoin d'être restauré, qu'un cordial ou un peu de nourriture succulente soulage pour un peu de temps. Mais le repas se fait-il attendre ? alors malaise, tiraillement, souvent même douleurs vives à l'épigastre. Est-il un peu copieux ? la digestion est laborieuse. Bientôt le cas s'aggrave ; il survient un tremblement des mains, d'abord léger, puis de plus en plus prononcé ; un état nerveux extrêmement pénible, et que les malades ont beaucoup de peine à décrire ; c'est une agitation intérieure semblable à celle qui accompagne l'attente d'une fâcheuse nouvelle ou à l'ébranlement qui suit une querelle regrettable, un remords ; c'est l'impossibilité de fixer son attention par la lecture, le dessin ; ce sont des pleurs, des impatiences qui éclatent à la moindre contrariété. L'amaigrissement fait des progrès de jour en jour, et arrive au marasme. Le pouls s'accélère, devient excessivement faible ; le moindre exercice cause de l'oppression, des palpitations de cœur, du vertige. D'ailleurs l'exploration la plus attentive ne révèle de lésions matérielles nulle part. Il n'y a pas de soif et les sécrétions rénales sont naturelles.

Le malade et ses alentours sont, on le conçoit, dans de grandes alarmes. On a bien de la peine à les persuader qu'une pareille déviation de l'état normal puisse être exempte de danger ; cependant j'ai été consulté pour un assez grand nombre de cas extrêmes, aucun ne s'est terminé par la mort. Seulement, la guérison a été lente et difficile ; après six mois de soins persévérants et judicieux, on distinguait encore les traces de la maladie.

L'air de la campagne, l'exercice passif, le lait d'ânesse, le bouillon d'escargots, un régime analeptique enfin, le quinquina, les amers, tels sont, comme vous l'avez fort bien indiqué, les éléments de la thérapeutique à instituer. Ce sont aussi les meilleurs prophylactiques ; et c'est pourquoi, en prescrivant les iodiques, j'exige toujours un régime un peu succulent et d'où sont absolument bannis les crudités, les aliments gras et indigestes.

J'avais réussi, par ma méthode, à écarter une complication redoutable, la gastro-entérite iodique ; et, certainement, c'était un avantage ; mais, d'autre part, il m'avait fallu resserrer l'emploi

---

nisme du siphon, pour la maintenir constamment humide.

Mais nous n'avons pas vu employer à Londres ce que nous appelons à Paris le pansement par occlusion, soit qu'on le pratique avec des bandelettes de diachylon, soit avec de la baudruche et de la gomme, mode de pansement qui approche beaucoup de la simplicité anglaise, et dont nous avons pu bien souvent constater les excellents effets entre les mains de son auteur, notre vénéré maître, M. le professeur Laugier.

Le régime des opérés est encore un point important de la thérapeutique comparée des deux chirurgies. L'alimentation substantielle des amputés est la règle en Angleterre : les alcooliques, le vin, le porter, sont administrés largement dans les premiers jours, et c'est à toutes ces causes réunies, alimentation, simplicité des pansements, aération des salles, petit nombre des lits, etc., que l'on doit attribuer la différence assez grande, trop grande même, qui existe entre la mortalité des hôpitaux anglais et français.

Cette comparaison entre les résultats terminera ce rapide aperçu. Un mot d'abord sur ce point. Il existe en France une prévention singulière contre tout ce qui se publie ou se fait à l'étranger. Cependant, par une contradiction remarquable, nous acceptons presque sans contrôle, souvent même avec un trop vif empressement, des théories médicales, des romans anatomiques, pourvu qu'un nom allemand leur serve de passeport ; tandis que nous opposons l'incrédulité la plus obstinée aux observations chirurgicales publiées en Amérique et en Angleterre. La bonne foi de nos confrères d'outre-mer est sinon niée ouvertement, au moins fortement suspectée. Nous ne savons ce qui se passe en Amérique, mais, pour l'Angleterre, nous pouvons affirmer que cette prévention n'a pas le moindre fondement. Cependant, si l'on ne peut la justifier, on peut au moins l'expliquer. La chirurgie anglaise se distingue un peu de la nôtre par une hardiesse souvent trop grande : l'Angleterre, depuis le commencement de ce siècle, est devenue la terre classique des excentricités chirurgicales, dans lesquelles sont tombés même des hommes justement illustres. N'avions-nous pas sujet de nous étonner, en voyant, par exemple, la ligature de l'aorte pratiquée par Astley Cooper en 1817, répétée depuis quatre fois par

des sels iodiques dans des limites fort étroites aux dépens des ressources du praticien.

Je crus cependant devoir communiquer ces résultats à plusieurs de mes confrères, et même à la Société de physique et d'histoire naturelle, mais je résistai à l'invitation de les publier ; ils étaient loin de me satisfaire. Je me suis souvent félicité d'avoir pris ce parti. Évidemment j'étais entré dans une mauvaise voie, à la suite de considérations d'ailleurs rationnelles et plausibles. Si j'avais présenté ces observations, non pas comme je vous les adresse aujourd'hui, sous la forme d'une causerie, mais avec l'autorité qui s'attache à un exposé précis et détaillé, et à une suite de déductions rigoureuses ; si j'avais réussi à faire partager cette opinion que l'iode doit être banni de la thérapeutique à cause de sa causticité, et que de petites doses d'iodure potassique pouvant occasionner de fâcheuses maladies, il ne fallait pas même songer à en donner de fortes, est-il bien sûr qu'elle n'eût point retardé la découverte des effets presque miraculeux qu'on doit à ces agents, dans les cas de tumeurs enkystées, d'abcès froids, de maladies scrofuleuses, et dans ces affections si diverses, si graves et si rebelles, que nous désignons sous le nom commun d'accidents tertiaires de la syphilis. Si j'en juge par moi-même, elle aurait eu cet effet. Comment exprimerais-je l'étonnement, l'incrédulité avec lesquels j'accueillis la première annonce de guérisons dues à l'iodure potassique donné en solution, à la dose d'un à plusieurs grammes pendant plusieurs jours consécutifs? Mes doutes ne cédèrent qu'au nombre et au poids des témoignages, et ne se dissipèrent entièrement que lorsque je trouvai dans ma propre expérience la confirmation du fait. Depuis cette époque, ma pratique s'est considérablement et avantageusement modifiée. Même lorsque je poussai jusqu'à un commencement de cachexie, ma méthode n'opérait pas les belles cures que mon père obtenait de la solution iodo-iodurée, et cette cachexie aggravait certains états maladifs, tels que la phthisie, la chlorose, la diathèse scrofuleuse. La thérapeutique iodique inaugurée vers 1834, qui est le contraire de celle-là, a fait des prodiges ; on ne saurait la louer en des termes trop magnifiques.

Une fois entré dans cette nouvelle voie, je ne tardai pas à rencontrer une modification de l'organisme, une forme d'iodisation qui n'était pas encore décrite, et qui, même aujourd'hui, mériterait de l'être d'une manière plus complète. Permettez-moi de m'y arrêter un instant en vous faisant la relation d'un cas clinique.

Un officier supérieur d'environ trente-cinq ans et d'une bonne constitution, réclame mes avis pour une tumeur située à la face externe du prépuce, du volume et de la forme de la moitié d'une olive, brunâtre, ichoreuse, et prenant, depuis quelques semaines, un développement inquiétant; elle me parut une production épithéliale entrée dans un mouvement rapide de dégénérescence. Il n'existait pas de symptômes bien évidents de syphilis consécutive ; cependant diverses circonstances, qu'il serait trop long d'énumérer ici, me portèrent à admettre l'existence de ce virus. Je conseillai un traitement mercuriel : salivation modérée, nulle amélioration. M. le docteur Bizot m'est adjoint : ablation de la tumeur, suture enchevillée, réunion par première intention; tout chemine à merveille. Tout à coup, le sixième jour, boursouflement des lèvres de la cicatrice. Le lendemain, plaie vaste, béante et couenneuse. Iodure de potassium en solution dans une décoction de salsepareille, porté graduellement, en vingt-six jours, de 4 à 7 grammes par jour; nul changement, état local empiré et fort inquiétant ; 9 grammes : le vingt-huitième jour du traitement iodique, légère amélioration ; 10 grammes : le lendemain, vingt-neuvième jour, éruption de petits furoncles sur le visage, le tronc et les cuisses ; 10 grammes : le trentième jour, un peu d'accélération du pouls et de surexcitation générale ; amendement assez notable de la plaie ; continuer l'iodure à 10 grammes. Le trente-huitième jour, grande agitation, pouls accéléré, faiblement compressible, salivation abondante, limpide, inodore, muqueuse buccale boursouflée, injectée d'un rouge violacé. Nous découvrons la plaie ; à notre grande surprise, elle était réduite des deux tiers. Suppression immédiate de l'iodure, léger laxatif salin, gargarisme de borax; dès le lendemain, le calme est rétabli ; il ne reste presque rien de cette vive effervescence. Le sixième jour depuis cette crise, cicatrisation complète de la plaie, retour rapide des forces, guérison parfaite.

Certes, voilà une modification bien remarquable du système général et de tout point dissemblable de la précédente, bien qu'opérée par un même agent. Là, des doses minimes et pourtant délétères, des effets très lents à se dissiper ; ici, des doses trois fois centuples dès le début, augmentées jusqu'à produire un mouvement de dépuration fébrile et véhément ; prompte cessation de l'iodisation et retour aussi prompt à la santé. Symptômes, aspect, marche, terminaison, encore une fois, entre ces deux états, il n'y a pas un trait de commun. Et je ne crois pas qu'il y ait lieu de s'étonner s'ils modifient en sens opposé telle maladie ou telle diathèse donnée. Si, par exemple, une ophthalmie scrofuleuse avec photophobie intense et rebelle qui empire de jour en jour, malgré les doses minimes, guérit comme par enchantement lorsqu'on panse avec une pommade fortement iodée ou iodurée un vésicatoire placé à la nuque ou aux apophyses mastoïdes, ou bien encore si une jeune fille chlorotique se trouve mal de ces petites doses et reprend vigueur quand l'iodure lui est libéralement administré.

Mais il est temps de finir une lettre qui prend déjà de trop fortes proportions. Je me résume donc :

Mis en contact avec nos tissus, l'iode est caustique.

Administré à l'intérieur à doses élevées sous la forme de sel neutre à base de potasse ou de soude, il détermine au point de saturation du système un commencement de dépuration fébrile de nature spécifique dont les caractères sont nettement accentués.

Enfin ces mêmes sels neutres peuvent, dans certains cas, s'ils sont pris en très petite quantité, donner naissance à un état pathologique qui n'a pas un seul trait de commun avec le précédent. Cet état paraît avoir échappé à l'observation, et sans doute est devenu

---

James d'Exeter, Murray, du cap de Bonne-Espérance ; South (de Londres), et par un médecin brésilien, le docteur Monteiro (de Rio-Janeiro)? Mais il ne faut pas aller trop loin dans notre défiance, et repousser d'instinct tout ce qui nous arrive de chez nos voisins, sous le prétexte mal fondé que les observations n'offrent pas toujours les garanties scientifiques désirables quant à la constatation des résultats et à la nécessité de l'opération pratiquée.

La réunion des divers services chirurgicaux dans les mêmes salles, les consultations collectives dont nous avons parlé plus haut, sont déjà une garantie de l'opportunité des opérations et de la sincérité des observations publiées.

De plus, l'histoire de chaque malade est, dans tous les hôpitaux, consignée officiellement sur un registre spécial, tenu, soit par un interne, soit par un des chirurgiens stagiaires, qui souvent se trouve chargé en même temps de la conservation du musée pathologique. La lecture des observations est faite assez souvent aux élèves lors de la sortie ou de l'autopsie du malade, et le registre peut toujours être consulté par ceux qui le désirent. Enfin un journal de médecine, *The Medical Times and Gazette*, publie, tous les trois mois, un relevé statistique des opérations pratiquées dans les principaux hôpitaux de la Grande-Bretagne, en donnant, non pas de simples chiffres, mais une indication sommaire des causes et des résultats de l'opération pratiquée.

A Paris, au contraire, une statistique est, dans l'état actuel des choses, absolument impossible. Notre savant maître, M. le professeur Malgaigne seul, a pu, il y a près de vingt ans, donner le tableau des résultats obtenus dans nos hôpitaux après les grandes opérations. A propos d'un travail sur la résection du genou, nous avons demandé, il y a un an, à l'administration des hôpitaux, de compulser ses registres, mais, moins heureux à Paris qu'à Londres, notre demande est restée sans résultats. Les registres n'existent pas. — Telle fut du moins la raison alléguée.

Si nous prenons pour point de comparaison la statistique de M. Malgaigne et celle de M. Topinard, nous verrons que la mortalité générale, après les grandes opérations, serait, à Londres, de 29,46 pour 100, et, à Paris, de 55,4.

rare depuis que le traitement à hautes doses a généralement prévalu; mais maintenant, vous l'avez signalé à l'attention des praticiens, il est plus facile à reconnaître, et prochainement, je l'espère, les journaux de médecine nous en rapporteront des exemples.

Veuillez, mon cher et très honoré confrère, agréer l'expression de mes sentiments de haute considération et d'affectueux dévouement.

COINDET, M.-D.

Genève, 14 novembre 1858.

Comme on le voit, les remarques du docteur Coindet sont, sur les points en litige, tout à fait analogues aux miennes; mon honorable confrère est même encore plus affirmatif que je ne le suis, car il paraît admettre que ce sont seulement les petites doses d'un sel ioduré neutre qui peuvent produire l'iodisme. J'attache d'autant plus de prix à la conformité de nos opinions que nous sommes, M. Coindet et moi, arrivés chacun de notre côté à des résultats qui, pour être très semblables, ne sont cependant pas identiques, ce qui suffit pour démontrer la pleine indépendance de nos conclusions.

Première catégorie d'observations.

INTOXICATION IODIQUE PRODUITE PAR L'USAGE DE TRÈS PETITES QUANTITÉS D'IODURE DE POTASSIUM, ADMINISTRÉ EN PILULES OU EN SOLUTION (A LA DOSE DE 1 CENTIGRAMME A 2 MILLIGRAMMES, OU EN FRICTIONS A LA DOSE DE 2 CENTIGRAMMES 1/2 PAR JOUR) PENDANT QUELQUES JOURS, QUELQUES SEMAINES OU QUELQUES MOIS, POUR COMBATTRE DES GOITRES PLUS OU MOINS VOLUMINEUX.

Les observations de cette espèce ne sont pas très rares, et elles seraient bien plus nombreuses si la plus grande prudence ne présidait pas maintenant à l'administration des préparations d'iode. On trouvera dans les faits qui vont suivre des exemples de susceptibilité iodique bien remarquables, puisqu'il a suffi d'un quart ou d'un tiers de grain pour l'éveiller.

Mes confrères, les docteurs Maunoir et Bizot, ont observé chacun sur leur mère cette susceptibilité spéciale. « Ma mère, m'écrit le docteur Bizot, âgée de soixante et quatorze ans, a fait usage de pilules d'un trentième de grain d'iodure de potassium par jour; mais elle n'a pas pu supporter cette dose. Elle a été prise très rapidement de vertiges, de boulimie et d'amaigrissement, en même temps que le goître disparaissait promptement. Cette disposition au goître lui vient de temps en temps, et je la combats avec de faibles doses d'eau de Challes qui la font maigrir, mais ne l'intoxiquent pas. »

« Ma mère, âgée alors de quarante à cinquante ans, dit le docteur Maunoir, a pris au moins à deux reprises, pour une tuméfaction du cou, des préparations iodées (un trentième de grain d'iodure de potassium par jour), et, au bout *d'un petit nombre de jours*, elle a éprouvé un redoublement de palpitations et des tremblements des membres qui m'ont obligé d'interrompre le traitement. Plus tard, j'ai dû le reprendre à un soixantième de grain : le même résultat a eu lieu. »

M. Maunoir, après avoir mentionné d'autres cas d'intoxication, ajoute : « J'ai donné très souvent l'iodure de potassium à grande dose, presque toujours 3 grammes par jour (j'ai continué une fois le traitement pendant trois mois entiers), sans observer d'accidents, sauf chez une dame âgée à laquelle j'avais donné l'iodure de potassium pour une ulcération suspecte de la jambe. Au bout de peu de jours, j'ai été obligé de cesser le remède, qui avait produit du tremblement et une grande accélération du pouls. Mon opinion est qu'il y a beaucoup de différence d'action toxique entre les grandes et les petites doses. Je ne crois pas même comme vous qu'il y ait toujours besoin de *prolonger* le traitement par les petites doses pour les voir empoisonner. »

L'observation suivante, qui m'a été communiquée par le docteur Gautier, président de la Société médicale de Genève, vient justifier l'opinion émise par le docteur Maunoir : c'est un des exemples les plus remarquables de susceptibilité iodique. Quoique j'aie une confiance absolue dans le talent d'observation et dans la scrupuleuse véracité de mon confrère, j'ai voulu contrôler moi-même tous les détails de cette curieuse histoire. J'ai interrogé le malade avec soin, et je me suis rendu chez le pharmacien pour m'assurer s'il n'y avait pas erreur dans la dose administrée. Le témoignage du malade et le registre de la pharmacie ont été d'accord pour me prouver que l'observation que je vais rapporter était d'une parfaite exactitude jusque dans ses moindres détails :

OBS. I. — *Cinquante ans. — Tempérament nervoso-sanguin. — Goître assez volumineux; du reste, santé parfaite. — Symptômes d'intoxication après l'emploi d'environ 6 à 7 centigrammes d'iodure de potassium en moins de cinq jours. — Iodisme grave et de longue durée. — Guérison.* — M. V..., marchand de tissus en gros, âgé de cinquante ans, a une stature assez élevée, un embonpoint prononcé, des muscles bien développés et le teint coloré. D'une bonne santé habituelle, il n'a jamais eu de maladie grave, son caractère est impressionnable et facilement irritable. Un procès pendant depuis deux ans environ lui occasionne fréquemment de la tristesse et de l'impatience. Il ressent parfois des palpitations, lorsqu'il éprouve une impression morale pénible; mais il ne se plaint pas d'oppression, et il n'a jamais eu d'œdème aux jambes; son sommeil est habituellement bon et paisible.

M. V... porte depuis sa jeunesse une tumeur à la région latérale droite du cou; cette tumeur remonte jusqu'au bord inférieur de la mâchoire et s'étend en bas jusqu'à un travers de doigt de la clavicule; elle est ronde, bosselée, indolente, non fluctuante, du volume d'une orange. Son accroissement a été lent et insensible; elle ne gêne point la respiration.

La fille de M. V..., âgée de vingt-quatre ans, porte également un goître volumineux situé à la partie inférieure et médiane du cou.

M. V... étant venu accidentellement chez moi, je vis sa tumeur et lui conseillai d'essayer de la faire disparaître. Je lui prescrivis, le 13 avril 1857, une potion ainsi formulée :

Eau.	120 grammes.
Iodure de potassium	10 centigram.

Une cuillerée à bouche le matin à jeun.

Cette différence subsiste lorsque l'on descend dans les détails et qu'on examine séparément les différentes espèces d'amputation, Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au travail de M. Topinard, dans lequel se trouvent un grand nombre de tableaux qui témoignent de longues et laborieuses recherches. Les résultats statistiques auxquels il est arrivé nous ont d'autant plus frappé qu'ils concordent avec ceux que nous avions obtenus l'année dernière pour ce qui concerne les amputations de cuisse, à propos d'un mémoire présenté à la Société de chirurgie. Après avoir rassemblé près de 2000 cas d'opérations, nous avons préféré, afin d'éviter toute erreur possible, nous borner à la statistique complète et non interrompue de quelques hôpitaux d'Angleterre. Si nous réunissons les mêmes éléments qui se trouvent dans la thèse de notre confrère pour les comparer aux résultats constatés par M. Malgaigne, nous trouverons :

	A *Londres* (Topinard).			A *Paris* (Malgaigne).		
	Opérés.	Décès.		Opérés.	Décès.	
Cuisse . .	270	83	30,7 p. 100	199	126	63,3 p. 100
Jambe . .	124	44	35,6	191	105	54,9
Bras . . .	64	18	28,1	91	41	45
Avant-bras	73	11	15	28	8	28,5

La statistique donnée par le docteur Teale, des amputations de cuisse et de jambes, pratiquées dans les hôpitaux de Londres, du 1er juillet 1854 au 1er juillet 1857, montre la même différence :

Amputations de cuisse.	217	150 guérisons.	67 décès	
— jambe.	100	64	—	36. —

Mais il est une des conclusions de l'auteur de la thèse que nous ne pouvons accepter, c'est celle qui représente les amputations secondaires comme plus graves que les primitives. Cette proposition, contraire à ce que nous voyons à Paris est aussi, suivant nous, con-

Le lendemain matin, M. V... prit la première cuillerée de la potion; dès qu'il l'eut avalée, il éprouva une sensation indéfinissable d'angoisse, de resserrement douloureux dans l'hypochondre gauche, au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac. Cette sensation se reproduisit après chaque prise du médicament, les quatre jours qui suivirent, et durant lesquels M. V... continua à avaler une cuillerée du remède. Le sixième jour, voyant les nombreux malaises qu'il éprouvait et l'amaigrissement général et considérable qui les avait déjà suivis, il renonça à faire usage de la potion et la *jeta dans le lac.*

Le 20 avril, c'est-à-dire huit jours après sa première visite, M. V... revint chez moi; il était si changé, que je ne le reconnus pas au premier abord. Ce qu'il avait de plus remarquable était un regard fixe, égaré, incertain, une expression triste et abattue, un teint décoloré, les joues ridées, pendantes. Un sentiment général de faiblesse et de découragement lui rend tout travail impossible; il a de la peine à marcher et à se tenir debout; il est enclin à la tristesse et aux pleurs. Son sommeil est beaucoup moins bon, mais il n'éprouve pas de cauchemar. Sa voix est cassée, un peu tremblotante par moments, et le tremblement existe aussi dans les membres: ceux-ci et le tronc participent à l'amaigrissement du visage, la tumeur du cou a considérablement diminué, elle est réduite aux trois quarts de son volume primitif.

Comme M. V... n'avait jamais éprouvé de catarrhe ni de gêne dans la respiration, ni aucun symptôme du côté de la circulation générale, sauf des palpitations légères et de courte durée, à la suite d'impressions morales vives, je n'ai pu attribuer ce changement si frappant et si prompt dans sa santé qu'à l'influence de la médication iodée. La preuve que son état paraissait bien grave, c'est que plusieurs de ses amis lui ont dit, après sa guérison, qu'ils l'avaient cru atteint d'une maladie incurable et même promptement mortelle.

M. V... a été traité par de légers toniques, par du lait de vache pris à deux reprises chaque jour. Il a été envoyé à la campagne; mais durant tout l'été il a été faible et souffrant, et il se trouvait encore assez éprouvé en automne pour que sa famille l'ait engagé à faire un voyage dans l'Emmenthal, afin de hâter son rétablissement.

Ce n'est qu'en hiver qu'il s'est trouvé complétement remis et que son embonpoint, ainsi que sa tumeur, sont redevenus ce qu'ils étaient auparavant. Aujourd'hui (10 décembre 1858) il est en parfaite santé.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'un iodisme survenu à la suite de frictions faites avec un liniment qui contenait 1gr,30 d'iodure de potassium. Le quart de cette dose n'avait pas été consommé lorsque les symptômes d'intoxication se sont manifestés.

OBS. II. — *Goître depuis l'âge de trente ans. — A trente-six ans, frictions avec un liniment contenant 1 gramme et 30 centigrammes d'iodure de potassium pour 32 grammes d'eau de Cologne. — Vingt gouttes consommées chaque jour. — Après dix jours de traitement, diminution rapide du goître, et en même temps symptômes d'iodisme grave. — Longue durée. — Guérison* (1). — Une dame jouissant habituellement d'une excellente santé, ayant le tempérament nervoso-sanguin, haute en couleur, d'un caractère vif et gai, était depuis l'âge de trente ans atteinte d'une hypertrophie de la glande thyroïde, qui occupait principalement le lobe droit.

(1) Observation communiquée par le docteur Bizot. J'ai pu contrôler moi-même la parfaite exactitude de ce récit, d'après les renseignements fournis par la malade et sa famille.

A l'âge de trente-six ans, elle consulta le docteur Coindet, qui lui prescrivit un liniment avec lequel elle devait chaque soir faire une friction. En voici la formule :

℞ Hydriodate de potasse . . . 1gr,30
Eau de Cologne 32
S. Liniment fondant.

La dose prescrite était de 15 gouttes; son mari, qui était chargé d'opérer la friction, en employa habituellement de 18 à 20. Le traitement fut commencé le 19 février, madame *** étant en parfaite santé de corps et d'esprit. Au bout de dix jours, le goître avait considérablement diminué, mais en même temps madame *** avait pâli et maigri; elle avait de la boulimie et de la diarrhée. Elle retourna chez le docteur Coindet, qui, après avoir constaté ces symptômes, lui conseilla de suspendre immédiatement le remède. Son ordre fut suivi; mais l'iodisme ne continua pas moins à se développer. La boulimie était telle, que madame *** se levait au milieu de la nuit pour prendre de la nourriture ou quelque cordial; le tremblement était général et l'insomnie presque complète. Les idées les plus tristes préoccupaient constamment la malade, qui se sentait sérieusement atteinte, mais *ne savait pas*, disait-elle, *ce qu'elle avait.*

La diarrhée s'était assez vite arrêtée; mais elle éprouvait une sensation de malaise indéfinissable, dans le ventre surtout, dans l'hypochondre droit, qui était sensible à la pression. L'amaigrissement et la faiblesse faisaient de constants progrès, au grand étonnement de la malade, qui ne comprenait pas que la nourriture qu'elle prenait en abondance ne lui *profitât pas*. La voix était cassée et comme soufflée, et le pouls très accéléré. Madame ***, douée d'une grande énergie et fortement préoccupée de la santé d'une personne qui lui était chère, s'oubliait elle-même pour soigner sa parente; aussi, malgré l'altération grave et progressive de sa santé, elle ne voulut consulter un médecin qu'au moment où son état eut acquis un tel degré de gravité, qu'elle fut absolument forcée de le faire.

L'iodisme durait depuis un peu plus de deux mois, lorsque le docteur Bizot fut appelé. Frappé de l'extrême maigreur et de la grande accélération du pouls de cette dame, sa première idée fut qu'elle était dans un état de phthisie avancée. C'est avec cette préoccupation qu'il l'interrogea; il lui demanda si elle toussait, si elle avait des douleurs entre les deux épaules, etc., etc. Mais les réponses négatives de la malade, les résultats également négatifs de l'examen direct, et surtout l'aveu fait du traitement antigoîtreux, firent bientôt reconnaître à mon confrère la véritable cause du mal. M. Bizot prescrivit le séjour à la campagne et le lait pris en abondance. Ces conseils eurent un plein succès, et, au bout de deux mois, la malade était en grande partie rétablie. L'embonpoint revint graduellement, mais en même temps le goître reparut. Aujourd'hui, l'hypertrophie de la glande thyroïde est notable, surtout du côté droit; mais madame *** jouit d'une excellente santé et n'a aucune envie de recommencer un nouveau traitement iodé.

Ce n'est pas seulement sur l'homme, c'est aussi sur le chien que l'on peut observer les effets toxiques de l'iode donné à fortes doses. Sous ce rapport, le fait suivant, qui m'a été communiqué par le docteur Maunoir, est fort intéressant :

OBS. III. — *Chien braque âgé de huit ans, goîtreux. — A peine 2 centigrammes d'iodure de potassium consommés en quatre jours. — Iodisme*

traire à la réalité des faits, et dans l'état actuel des choses les statistiques, tant anglaises que françaises, ne peuvent résoudre le problème. En effet, les opérations pratiquées le quatrième, cinquième et sixième jour, ont été placées par les uns tantôt dans la classe des primitives, tantôt dans celle des secondaires. Or, les amputations pratiquées du troisième au huitième jour, pendant la période de fièvre traumatique, nous ont paru tellement graves que l'on peut presque les considérer comme fatalement mortelles, et nous pensons que, pour élucider ce point important de thérapeutique chirurgicale, il serait bon de classer à part, dans les statistiques, les opérations faites le premier jour de la blessure, celles pratiquées pendant la fièvre des premiers jours, les secondaires et enfin les pathologiques, c'est-à-dire nécessitées par des affections chroniques des os, des articulations, etc.

Il résulte de cet examen comparé des résultats obtenus cette conclusion que la mortalité, dans les grandes amputations des membres, est considérablement plus élevée à Paris qu'à Londres. Cette conclusion mérite d'autant mieux d'attirer fortement l'attention qu'elle est exacte, comme nous avons pu nous en assurer. Aussi M. Marjolin, en présentant, il y a quelque temps, à la société de chirurgie, la thèse de M. Topinard, et rappelant ce qui se fait dans les hôpitaux anglais et les hôpitaux militaires français, fit à ses collègues la proposition de centraliser au sein de la Société les renseignements statistiques sur le résultat des opérations pratiquées dans leurs services respectifs. On ne saurait trop appuyer une telle proposition qu'il est facile de mettre à exécution en lui enlevant les quelques inconvénients qu'elle peut paraître présenter au premier abord. La science que la Société représente si dignement ne vaut-elle pas quelques légers sacrifices d'amour-propre! L'honneur de la chirurgie française est intéressé à ne pas permettre une comparaison aussi désastreuse. Une statistique sérieuse peut seule en faire justice. Aucun élément n'existe actuellement pour l'établir, il faut les rassembler. Ce qui est possible en Angleterre ne doit-il pas être facile en France? Si nos hôpitaux militaires, à l'intérieur, possèdent une statistique, nous aurons sans doute l'occasion de dire de quelle déplorable façon elle a été faite, au moins

caractérisé par l'amaigrissement et la polydipsie. — Longue durée. — Guérison. — Un chien braque, de petite taille, âgé d'environ huit ans, était porteur d'un goître vrai (hypertrophie symétrique du corps thyroïde). Cette maladie s'était développée lentement et graduellement, et était arrivée au point que la saillie et l'élargissement du cou étaient très visibles, et que la respiration était gênée et notablement bruyante. Le chien, d'ailleurs, parfaitement bien portant, chassait lentement et avec répugnance. J'essayai le traitement iodique sous la forme d'hydriodate de potasse, à la dose de 5 centigrammes dissous dans une bouteille d'eau distillée de la contenance de 180 grammes. J'avais l'intention de lui en donner chaque jour une cuillerée à soupe, dose fort supérieure à celle que j'emploie chez les personnes adultes atteintes de goître. Mais après trois ou quatre jours de ce traitement, je négligeai de le continuer. Je ne fus pas peu étonné de voir au bout de peu de temps (je ne saurais exactement spécifier le nombre de *jours*) le chien maigrir, son goître diminuer, puis disparaître totalement. L'amaigrissement dura plusieurs mois, fut très prononcé sans être pourtant extrême, et ne s'accompagna d'aucun symptôme morbide, sauf un seul: c'était une soif intense. Le chien, qui avait recommencé à chasser sans aucune gêne de respiration, était constamment préoccupé du besoin de trouver des ruisseaux, et, après y avoir bu abondamment, paraissait au bout de quelques minutes tout aussi altéré qu'auparavant. Cette altération, qui dura plusieurs semaines, cessa peu à peu, et le chien se rétablit complétement. Il a vécu encore trois ou quatre ans, et son goître n'a pas reparu.

De Carro (1) a rapporté l'observation d'une petite levrette âgée de treize ans, atteinte d'un goître très gros qui donnait à sa voix le son le plus désagréable. Elle fut traitée par de très petites doses d'hydriodate de soude, un huitième, un quart, un demi-grain trois fois par jour. Au bout de vingt jours, il ne restait pas le moindre vestige de ce gros goître, et la voix avait repris son timbre naturel. Dans ce cas, il n'y a pas eu d'iodisme. Si je rapproche ce fait du précédent, c'est pour montrer avec quelle rapidité le goître peut disparaître sous l'influence de petites doses d'iode, chez les animaux comme chez l'homme.

Je reviens maintenant à l'espèce humaine, en communiquant une observation d'iodisme grave qui m'a été communiquée par le docteur d'Espine. La dose d'iodure de potassium consommée par le malade a été minime; mais l'iodisme a été plus lent à paraître que dans les cas précédents.

OBS. IV. — *Cinquante-deux ans. — Forte constitution. — Goître volumineux. — Traitement par l'hydriodate de potasse à la dose de 1/24e de grain par jour (2 milligrammes). — Dose totale : 12 centigrammes et demi consommés en soixante jours. — Iodisme grave. — Guérison* (2). — Un négociant d'une forte constitution, yeux, cheveux noirs, jouissant d'une excellente santé, âgé d'environ cinquante-deux ans, était depuis plusieurs années atteint d'un goître assez volumineux qui rendait sa respiration légèrement sibilante. Je le mis à l'usage des pilules de 1/24e de grain d'iodure de potassium. L'ordonnance était 24 pilules qu'il devait prendre en vingt-quatre jours. M. N..., après avoir pris une première dose, en fit préparer deux autres qu'il consomma sans revenir me voir. Il ne lui restait plus que 12 pilules de sa troisième boîte; c'est-à-dire qu'il avait pris pendant soixante jours 60 pilules (12 centigr. 1/2 d'hydriodate de potasse) lorsqu'il revint me consulter. Il avait le teint terreux, le visage et le col amaigris. Les yeux cernés, sous-tendus de noir, le regard vif et anxieux, caractéristique. La boulimie datait de quelques semaines, les digestions stomacales étaient brûlantes; le pouls était rapide et petit, les palpitations très incommodes, et M. N... était tourmenté par de l'agitation et du malaise nerveux. Le goître avait en grande partie disparu, les poumons et le cœur étaient à l'état normal. Aucune cause apparente ne pouvait rendre compte de cette maladie. Je mis immédiatement M. N... au régime lacté froid et à l'usage de la glace sans autre médication. Les symptômes cédèrent peu à peu, et, au bout de six semaines à deux mois, ils étaient dissipés. Plus tard, le goître reparut aussi volumineux qu'auparavant; mais je ne cherchai pas à le faire disparaître.

(1) *Bibliothèque universelle*, t. XVIII, p. 68.
(2) Observation communiquée par le docteur d'Espine.

Le cas suivant est un exemple d'iodisme latent à marche lente. Il est instructif pour le diagnostic.

OBS. V. — *Dame de trente-cinq ans. — Usage de l'iodure de potassium en solution. — Dose totale : 60 centigrammes en quatre mois. — Iodisme de moyenne gravité. — Guérison.* — Une dame de ma clientèle, âgée d'environ trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une impressionnabilité très grande, sujette aux palpitations, portait depuis quelques années un goître simple et médiocrement volumineux, pour le traitement duquel elle ne m'avait pas consulté. Sa santé étant en général très bonne, je restais souvent plusieurs mois sans la voir. Ayant été incidemment appelé auprès d'elle au mois de janvier 1855, je la trouvai excessivement changée; elle avait considérablement maigri, son goître avait disparu, elle se plaignait d'anorexie, de courbature dans les jambes, de faiblesse générale et d'insomnie; elle était sous l'empire d'un état nerveux très pénible; mais, chose singulière, sa disposition aux palpitations avait disparu. Aucune cause organique ou autre ne pouvait expliquer cet état morbide, qui datait déjà du commencement de l'automne. J'aurais peut-être méconnu son origine si madame *** ne m'avait mis sur la voie en me disant que, sur le conseil d'un homœopathe non patenté, elle avait fait usage d'une petite poudre qu'elle faisait dissoudre dans une bouteille d'eau, et dont elle prenait une demi-cuillerée à soupe par jour. La formule, que je conserve, portait : « *Kali hydriodici grana duo.* » Madame *** avait pris en quatre mois (d'août à novembre) six de ces doses, très peu homœopathiques, puisqu'elles représentaient 12 grains (60 centigrammes) d'hydriodate de potasse. Au commencement de l'automne, l'amaigrissement était déjà très marqué, et, malgré la suspension du remède, au mois de novembre il augmenta, ainsi que les autres symptômes. La cause était trop évidente, et le mal n'était pas assez grave pour me donner de grandes inquiétudes. Je prescrivis le lait d'ânesse, un régime substantiel, les préparations ferrugineuses, et, au printemps, madame *** avait repris son état normal. Plus tard, le goître a reparu.

Je ne dois pas omettre de dire que le père de madame *** et une de ses sœurs ont offert aussi des symptômes d'iodisme; elle était donc prévenue, mais elle ne pensait pas qu'une préparation *homœopathique* pût lui être nuisible. Je dois aussi insister sur l'absence des palpitations, qui l'avait d'autant plus étonnée qu'elle y était sujette, et que ce symptôme s'était produit d'une manière incommode chez son père lorsqu'il avait été sous l'influence de l'iode. L'absence des palpitations avait probablement

---

d'après ce que nous avons vu en campagne, là où elle serait surtout utile à la science.

Si la mortalité, à Paris, a diminué depuis les résultats proclamés par M. Malgaigne, un nouveau relevé répondra victorieusement aux statistiques anglaises; si le reproche malheureusement est fondé, ce sera aux chirurgiens français de rechercher si l'augmentation relative de la mortalité tient aux conditions hygiéniques ou à une thérapeutique imparfaite, afin de réclamer de l'administration l'amélioration des premières ou de réformer la seconde.

Dr LÉON LE FORT,
Aide d'anatomie de la Faculté.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a décidé, dans sa dernière séance, qu'elle décernerait, en 1862, un prix de la valeur de *deux mille francs* à l'auteur du meilleur mémoire *inédit* sur un sujet de médecine clinique ou de thérapeutique appliquée. Le sujet est laissé au choix des concurrents.

Les mémoires *manuscrits* devront être adressés (franco) à M. le docteur H. Roger, secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine, avant le 31 décembre 1861. Ils devront être écrits en français ou en latin.

— Notre savant confrère, M. le chevalier Pujadas, directeur de la maison d'aliénés de Saint-Baudilio, près Barcelone, vient de recevoir du gouvernement espagnol la mission de visiter les principaux établissements consacrés en Europe au traitement de la folie.

— Le collége des médecins, en Angleterre, a décidé, à l'unanimité, de placer à ses frais, dans cet établissement, le buste ou le portrait de feu le docteur Bright.

— Nous avons reçu de M. le docteur Dunal une lettre que nous insérerons dans le prochain numéro.

contribué à la rassurer. Cependant elle avait continué l'expérience en voyant son amaigrissement s'accroître de jour en jour.

Je rappellerai, à propos de cette observation, un fait que je tiens du docteur Prévost: Une dame de sa clientèle, désireuse de se débarrasser de son goître, s'était, à plusieurs reprises, adressée à lui; mais il avait toujours refusé de lui donner de l'iode, dont il redoutait les mauvais effets, à cause de la constitution éminemment nerveuse de cette personne. Peu satisfaite de ce refus, elle s'adressa à un médecin homœopathe, qui lui prescrivit une pommade dont elle fit usage pendant quelques semaines. Au bout de ce temps, le docteur Prévost eut l'occasion de la revoir; il fut très frappé et peiné de son amaigrissement et de l'altération de ses traits. Il en soupçonna bien vite la cause, et obtint à la fois l'aveu du coup de tête de sa cliente et un échantillon de la pommade dont elle avait fait usage. M. Pyrame Morin fut chargé d'en faire l'analyse; il ne lui fut pas difficile d'y reconnaître la présence de l'iode : cette pommade contenait $2^{gr},60$ d'iodure de potassium pour 32 grammes d'axonge.

L'observation suivante est un exemple d'iodisme assez grave; il est, comme le cas précédent, fort instructif pour le diagnostic.

OBS. VI. — *Vingt-huit ans. — Goître. — Trois traitements iodurés. — Symptômes d'iodisme très caractérisés après le troisième, qui consiste dans l'usage de pilules contenant environ 2 milligrammes d'iodure de potassium. — Persistance des symptômes.* — Une Allemande, âgée de vingt-huit ans, aux yeux et aux cheveux noirs, à la taille élancée, d'un tempérament nerveux, sujette à la migraine, habite Genève depuis huit ans. Elle est atteinte depuis quatre ans d'un goître assez volumineux; il y a trois ans qu'elle le fit disparaître au moyen de pilules iodées. Depuis lors, elle n'a jamais été très bien portante; elle a perdu ses couleurs, elle a maigri, elle a été sujette aux palpitations. Le goître ayant reparu, elle fit usage, à intervalles irréguliers, du mois d'août 1857 au mois de mars 1858, d'une pommade contenant une forte proportion d'un sel d'iode (1). Elle fut encore plus éprouvée qu'auparavant : le goître, qui s'était en partie dissipé, ayant reparu, elle fit un troisième traitement qui eut des conséquences encore plus fâcheuses que les deux autres. Je vis incidemment cette fille au mois de juillet de cette année (il s'agissait de l'engager comme bonne d'enfants). Je lui trouvai mauvaise mine; mais l'examen le plus attentif ne me fit découvrir aucun symptôme d'une maladie quelconque. Son goître était volumineux, j'en fus frappé et je lui en fis la remarque. La jeune fille de sa maîtresse ayant fait usage pendant les mois de mai et de juillet de pilules pour le goître, et n'en ayant ressenti aucun inconvénient, la bonne pensa qu'il en serait de même pour elle, et, autorisée par le médecin de la maison, elle prit ces mêmes pilules, qui contenaient environ 2 milligrammes d'hydriodate de potasse. Du 6 août à la fin de septembre, elle consomma environ trois boîtes contenant chacune 30 pilules. Elle doubla souvent la dose, contre l'avis positif du médecin, qui lui avait prescrit de n'en prendre qu'une par jour.

J'ignorais entièrement ces antécédents, quand je vis la malade au commencement de septembre. Je lui trouvai encore beaucoup plus mauvaise mine que la première fois; elle avait considérablement maigri, ses yeux étaient profondément cerclés de noir, et j'ai su depuis qu'elle avait éprouvé la plupart des malaises que produit l'iode, et en particulier du tremblement des mains; une boulimie telle qu'elle était obligée de manger toutes les deux heures, une grande irritabilité, de l'insomnie, des palpitations, etc., etc. Il s'agissait, comme je l'ai dit, d'engager cette fille en qualité de bonne d'enfants. Je lui répétai de nouveau à plusieurs reprises qu'elle me paraissait malade; mais, désireuse d'obtenir la place qu'elle sollicitait, elle me tut les circonstances dont je viens de parler, ne mentionna pas le traitement qu'elle avait fait, et mit sa mauvaise mine sur le compte d'un surcroît d'occupations dans la maison où elle servait. Pas plus que la première fois, je ne pus constater aucun symptôme de maladie. Je perdis de vue cette fille pendant près de deux mois; lorsque je la revis, elle était placée dans une famille de mes amis intimes. Alors j'eus l'occasion de l'observer d'une manière suivie, et bientôt je fus très frappé de son apparence, et je dis à sa maîtresse : « Je crois que cette fille a pris de l'iode; tâchez de vous en assurer. »

En effet, sa maîtresse lui ayant demandé si elle n'avait pas eu le goître et s'il n'avait pas beaucoup diminué, elle avoua que le fait était exact, et elle raconta le traitement qu'elle avait fait. Elle ajouta que si elle avait tu ces détails, c'est qu'elle n'avait pas songé que des pilules innocentes pour la jeune fille de la maison auraient pu lui être nuisibles à elle-même.

Mes prévisions étaient donc exactes, et peu à peu j'ai obtenu les renseignements nécessaires et j'ai reconnu la cause d'une maladie qui aurait passé pour moi complétement inaperçue, si mon attention n'était pas éveillée sur ce sujet. Le 23 novembre 1858, la malade est dans l'état suivant : amaigrissement général et considérable; il ne reste du goître que deux tumeurs du volume de très petites noix, assez dures; visage étiré, regard tantôt excité, tantôt abattu; large cercle noir circonscrivant les paupières inférieures; faiblesse, irritabilité très grande et rudesse de caractère inaccoutumée; insomnie, cauchemar, émotion facile, comme si elle était toujours sous le coup d'une fâcheuse nouvelle, pleurs à la moindre cause, palpitations, tremblement des mains très caractérisé. La démarche est agitée, la voix est brève, comme ses réponses. La boulimie a diminué depuis quinze jours, car, à cette époque encore, elle engloutissait plusieurs fois par jour de grandes assiettées de potage très épais. Les digestions se font assez bien; il y a plutôt de la constipation. Le pouls est très rapide, 120 au moins, mais très variable d'un moment à l'autre. Les bruits du cœur sont distincts; il existe du souffle dans les carotides, cependant le teint est plus jaune verdâtre que blanc mat, et les gencives et les conjonctives ne sont pas très décolorées; la respiration est pure. J'ai dit que la faiblesse était notable; en effet, cette fille se traîne à la promenade, et elle a peine à accomplir ses devoirs de bonne. Elle se sent malade, dit-elle, mais elle ne peut pas définir ce qu'elle a.

Depuis l'apparition des symptômes iodiques, les époques ont diminué d'abondance. Au mois d'octobre, à la suite d'un refroidissement, elle a éprouvé des douleurs de gorge, et ensuite une névralgie intermittente, qui a disparu au bout de quelques jours. J'ai conseillé : 1° un régime analeptique; 2° l'usage du lait; 3° la teinture de Bestutchef à la dose de 20 gouttes deux fois par jour.

Au bout de trois semaines il n'y a pas d'amélioration. Les yeux sont profondément cernés, l'agitation persiste. Quoique les nuits soient meilleures, chaque soir il y a un redoublement fébrile très marqué.

Il est une lacune que je regrette dans les observations précédentes, c'est que les liquides des sécrétions, et en particulier la salive, n'aient pas été examinés chimiquement. Il serait curieux de savoir si l'iode peut être reconnu dans les sécrétions lorsque la dose administrée est très faible et si on peut également le retrouver quand l'iodisme existe ou quand il n'existe pas. L'iode est tellement sensible aux réactifs qu'il n'est pas impossible de résoudre la question que je viens de soulever et que je me propose d'étudier plus tard lorsque de nouveaux faits se présenteront à mon observation.

Je rappellerai, à propos de la manifestation de l'iode par les réactifs, qu'on peut reconnaître $1/500000^e$ de ce métalloïde en solution dans un liquide au moyen de l'amidon, du chlore et de l'acide sulfurique, et $1/1000000^e$ et même $1/4000000^e$ au moyen de l'amidon et de l'acide azotique azoteux (1).

Deuxième catégorie d'observations.

INTOXICATION IODIQUE PRODUITE PAR L'USAGE LONGTEMPS CONTINUÉ DU SEL DE CUISINE ADDITIONNÉ D'UN DIX-MILLIÈME D'HYDRIODATE DE POTASSE.

C'est dans la séance de la Société médicale de Genève du mois d'août 1850 que M. Grange nous conseilla d'employer le sel de cuisine additionné d'un dix-millième d'iodure de potassium. Vingt-huit personnes furent mises par moi à l'usage de ce sel ioduré alimentaire pendant les années 1851 et 1852. Le mélange, convenablement trituré, fut préparé avec la plus scrupuleuse exactitude par notre habile pharmacien et chimiste M. Morin, et tous les aliments, sauf le pain, furent accommodés avec ce sel.

Parmi les vingt-huit personnes en traitement, il y avait six enfants âgés d'environ six à douze ans, dix-huit adultes âgés de trente à quarante ans, deux dames de soixante ans et plus, une domestique du même âge et un monsieur de quarante-cinq ans. Sur ce nombre, il y avait quatorze domestiques, six enfants et huit maîtres. Toutes ces personnes, à l'exception d'une seule, atteinte de tubercules pulmonaires, jouissaient d'une très bonne santé quand l'alimentation iodée a été commencée et étaient placées dans les meilleures conditions hygiéniques. L'une d'elles avait été opérée l'année précédente d'un kyste au cou; une autre avait une légère

(1) J'ai pu me procurer un échantillon de cette pommade, qui n'est pas préparée dans une pharmacie. M. Morin a constaté par l'analyse une dose considérable d'iode.

(1) Dorvault, *Iodognosie*, p. 99 et 100.

tuméfaction des glandes cervicales. Aucune n'avait de goître proprement dit. Le traitement auquel elles étaient soumises était donc purement préventif. La dose totale de sel iodé consommé par ces vingt-huit personnes a été de 110 kilogrammes, représentant 11 grammes d'hydriodate de potasse, soit en moyenne 8 grains, soit 40 centigrammes par personne. Mais je ne dois pas me contenter de ce calcul approximatif, et j'indiquerai aussi exactement que possible la dose prise par chacune des trois personnes qui ont été influencées (1). Comme je l'ai dit dans ma note à l'Académie, ces trois personnes étaient deux dames âgées de soixante ans et plus, et un monsieur âgé de quarante-cinq ans. Aucun des domestiques et aucun des enfants n'ont été incommodés.

L'observation que je vais rapporter est sans contredit la plus remarquable des trois, parce que l'iodisme s'est reproduit à deux reprises et a reparu une troisième fois beaucoup plus intense deux années et demi plus tard, à la suite d'un séjour d'un mois environ au bord de la mer. Voici ce fait :

Obs. VII. — *Quarante-cinq ans. — Forte constitution. — Santé habituelle excellente. — Usage du sel iodé du 26 mai à la fin de juillet* (10 centigrammes d'hydriodate de potasse environ consommés). — *Pas d'effet. — Interruption. — Reprise du mois d'août au commencement de janvier* (20 centigrammes environ d'iodure consommés). — *Intoxication modérée. — Cessation du sel, guérison. — Reprise de la fin de mars à avril* (6 centigrammes d'iodure consommés). — *Pas d'effet. — Interruption. — Reprise au mois d'août, nouvelle intoxication, beaucoup plus intense que la première. — Cessation fin de septembre* (10 centigrammes d'iodure consommés). — *Guérison. — Au bout de deux ans et demi, séjour d'un mois environ au bord de la mer. — Intoxication très grave.* — M. X .., âgé d'environ quarante-cinq ans, appartenant à la classe supérieure de la société, et par conséquent placé dans les circonstances hygiéniques les plus favorables, d'une forte constitution, sain de corps et d'esprit, faisait, depuis mon arrivée à Genève (1843), partie de ma clientèle et de mes relations ; mais, vu son excellente santé, je n'avais jamais eu l'occasion de lui donner mes soins. M. X... partit pour un voyage, et à son retour, le 6 août 1851, il reprit l'usage du sel iodure et le continua jusqu'au commencement de janvier 1852. Dans cet intervalle, 20 kilogrammes de sel furent consommés, ce qui représente environ 20 centigrammes d'iodure de potassium par personne. Dans l'arrière-automne, au commencement de décembre, M. X... commença d'être indisposé, et il ne fut entièrement rétabli qu'au mois de mars. Les symptômes consistèrent dans de l'amaigrissement, des palpitations, de l'abattement, de la tristesse, des impressions morales très pénibles et non raisonnées qui devinrent facilement des idées fixes. Un sentiment de malaise indéfinissable dans les entrailles, sans anorexie ni dyspepsie. Quoique ces symptômes fussent incommodes, M. X..., n'y fit pas beaucoup attention, et ne soupçonna pas que le sel y fût pour quelque chose. Il y songea si peu, qu'en ayant, par une circonstance tout à fait accidentelle, interrompu l'usage pendant les mois de janvier et de février, et s'étant rétabli, il le reprit de nouveau à la fin de mars et pendant le mois d'avril sans en éprouver d'inconvénients (il avait consommé environ un peu plus d'un 1/2 kilogramme de sel, soit 5 à 6 centigrammes d'iodure de potassium). Il partit alors pour un voyage et suspendit forcément l'alimentation iodée. De retour chez lui au mois d'août, il reprit l'usage du sel et le continua pendant les mois d'août et de septembre. 10 kilogrammes environ furent consommés pendant ces deux mois, représentant environ 10 centigrammes d'hydriodate par personne. A la fin de septembre, M. X... fut de nouveau fortement atteint. Les symptômes qui s'étaient manifestés la première fois se reproduisirent avec beaucoup plus d'intensité. Les principaux furent un amaigrissement très caractérisé, malgré la conservation de l'appétit ; le sentiment de malaise dans le ventre, surtout la nuit, accompagné de constipation, des palpitations, du tremblement, de la fixité dans le regard, un mauvais teint, une susceptibilité, un ébranlement très facile et très fréquent allant jusqu'aux larmes, un sommeil agité, des réveils très pénibles et un sursaut comme sous l'impression d'une profonde émotion ou d'un profond malheur, effroi de voir commencer des journées où tous les détails les plus insignifiants de la vie habituelle étaient pour lui un fardeau insupportable. Très tendre père, ses enfants, loin de lui être une distraction, lui étaient une charge ; il fallait qu'il fît un violent effort sur lui-même pour les garder auprès de lui, et c'est surtout vis-à-vis d'eux que se manifestait sa disposition irritable. Cet état était d'autant plus extraordinaire, qu'il était tout à fait incompatible avec le caractère de M. X..., qui était le type du *mens sana in corpore sano*.

Cette fois je fus consulté, et l'usage du sel fut interrompu. Je constatai les symptômes dont je viens de parler, mais l'examen le plus scrupuleux ne me fit découvrir aucune lésion organique. Vu les palpitations et le teint un peu jaune, je redoutais une maladie de cœur commençante ; mais l'exploration physique ne me révéla aucun symptôme. Je palpai l'abdomen, pour m'assurer si cette sensation et ce malaise dont se plaignait le malade correspondaient à quelque lésion abdominale. Je ne trouvai rien : c'était une pure impression nerveuse. Je prescrivis un bon régime et du fer. L'usage du sel fut, comme je l'ai dit, discontinué. Je dois ajouter que le malade l'avait pris en grippe, M. X... ayant soupçonné avant moi la cause de son mal, un fait analogue au sien s'étant passé autrefois dans sa famille. Au mois de novembre survint une éruption érythémateuse sur le bas-ventre. A partir de ce moment, M. X... fut mieux, et graduellement il recouvra sa santé physique et morale. Au commencement de 1853, il était entièrement guéri.

Pendant deux ans et demi, la santé de M. X... fut excellente.

Au mois d'août 1855, il partit pour Biarritz ; il était alors parfaitement bien portant. Quelques jours après son arrivée à Biarritz (où il passa onze jours), il commença à ressentir de la lassitude dans les membres, sans autre malaise. Il attribua ce symptôme à la chaleur, et partit pour Royan. Là, il ne tarda pas à avoir un sommeil agité, puis l'insomnie devint presque complète. S'il s'endormait, c'était pour avoir des cauchemars et des hallucinations ; la lassitude était devenue telle qu'il ne pouvait presque plus se tenir sur ses jambes, comme enroidies ; la tristesse, l'irritabilité et les idées fixes avaient reparu, le pouls était rapide. Le malaise dans les entrailles et la constipation étaient revenus. Il n'eut pas d'érythème, mais une éruption buccale, qualifiée d'aphtheuse, qui l'obligea à garder le lit pendant trois jours. M. X... ne prenait pas les bains de mer, il avait seulement accompagné son fils. La cure du jeune homme étant terminée, il avait l'instinct qu'il devait s'éloigner, que l'air lui brûlait la gorge (c'est l'expression dont il se servait), mais il était trop malade pour pouvoir partir, et il fut forcément encore retenu quelques jours ; puis, son état allant en empirant, il se décida à quitter Royan après y avoir séjourné pendant vingt et un jours. Le voyage jusqu'à Paris fut extrêmement pénible. M. X... se sentait si gravement atteint, qu'il croyait ne pas pouvoir y arriver. Après quelques jours passés à Paris, pour se reposer, il partit pour Genève. Rien ne peut mieux peindre la gravité de son état que les lignes suivantes, qui ont été tracées par une main amie :

« Je vivrais cent ans que je n'oublierais jamais ce que je ressentis à la vue de ce pauvre vieillard, tout voûté (il avait quarante-cinq ans), les yeux enfoncés et un peu égarés, la voix à la fois tremblante et saccadée, une maigreur de mort, un tremblement dans tous les membres. Sa petite fille venait constamment se placer devant lui pour le regarder et sa physionomie peignait à la fois l'étonnement et la tristesse. Tous les domestiques dirent que leur maître n'avait plus que quelques jours à vivre. »

Cette description est d'une exactitude parfaite, et lorsque deux jours plus tard je vis le malade, je n'aurais pas pu tracer un meilleur portrait. En effet, son apparence était celle d'un phthisique au dernier degré, ou d'un *revenant* de fièvre typhoïde, quand la convalescence commence après une longue maladie. Il y avait aussi dans l'ensemble de sa personne quelque chose de *sénile* qui frappait tous ceux qui le voyaient. Je n'hésitai pas un instant à attribuer le mal à sa véritable cause, l'intoxication iodée. M. X..., en effet, éprouvait et avait éprouvé à un bien plus haut degré tous les symptômes notés dans les deux premières attaques. On peut cependant comprendre, quelle que fût ma confiance dans mon diagnostic, que ce ne fut pas sans sollicitude que j'explorai tous les organes et que j'interrogeai toutes les fonctions. Le pouls était très rapide, mais faible ; le malade était essoufflé, surtout au moindre mouvement, et tout tremblant, mais le bruit respiratoire était normal partout, et la percussion bien sonore. Les deux bruits du cœur étaient distincts, sans souffle : il n'y en avait pas dans les carotides, le cœur et les poumons étaient donc anatomiquement sains. Le ventre était souple. M. X... ne se plaignait plus de sensations pénibles dans les entrailles, mais il présentait un symptôme qu'il n'avait pas manifesté dans les deux premières attaques, c'était une faim exagérée ; la faiblesse était extrême, mais l'état moral plus satisfaisant depuis l'arrivée à Genève, et, chose bien remarquable, M. X..., qui à partir du début de sa maladie avait été tourmenté d'insomnie, de retour chez lui, dormit pour la première fois d'un véritable sommeil. J'envoyai le malade à la campagne, où je le visitai régulièrement. Je prescrivis le lait d'ânesse, les toniques, un bon régime, et j'eus la satisfaction de voir peu à peu les symptômes se dissiper, et M. X... recouvrer une santé aussi bonne qu'auparavant. Trois ans se sont écoulés depuis lors, et la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. VIII. — *Dame de soixante ans. — Bonne santé habituelle. — Usage du sel iodé à partir du mois de mai jusqu'à la fin de novembre.* —

(1) Pour faire ce calcul, j'ai divisé la quantité de sel consommé par le nombre de personnes qui en faisaient usage dans chaque famille, en tenant compte du temps pendant lequel elles l'avaient pris. De la dose du sel consommé, j'ai déduit la quantité d'iodure de potassium ; mais, vu les pertes probables, il est évident qu'une évaluation des doses est plutôt beaucoup au-dessus qu'au-dessous de la réalité.

Dose approximative : 35 *centigrammes d'hydriodate de potasse.* — *Symptômes d'intoxication au mois de juillet.* — *Cause de la maladie méconnue, persistance des accidents.* — *Cessation du sel.* — *Disparition graduelle des symptômes.* — *Guérison définitive et radicale.* — Une dame âgée d'environ soixante ans, d'un tempérament plutôt lymphatique, mais en général d'une bonne santé, appartenant à la classe supérieure de la société, commença dans les premiers jours du mois de mai 1851 l'usage de l'alimentation iodée. A la fin de juillet, elle vint me consulter; elle avait considérablement maigri, et ce symptôme l'avait inquiétée, parce que son appétit n'avait point fléchi et qu'elle usait d'un régime alimentaire très succulent. Ses forces étaient diminuées, elle avait du tremblement, des palpitations, de l'insomnie et des sensations morales très pénibles, tout à fait analogues à celles du malade dont je viens de raconter l'histoire. D'un caractère assez énergique, elle était devenue très pusillanime. Je l'examinai avec soin et je ne trouvai rien. Je ne reconnus aucune cause à ce mal. Rien, en effet, dans la vie habituelle de madame X... n'avait été changé, rien, à l'exception toutefois du sel iodé; mais, je l'avoue à ma honte, je n'y songeai pas et je méconnus complétement l'ἐνορμον. Je me contentai de prescrire un bon régime. La santé ne s'améliora pas, et lorsque madame X... revint me consulter au mois de septembre, je la trouvai encore plus changée que la première fois; l'amaigrissement en particulier, malgré la conservation de l'appétit approchait du marasme, les autres symptômes persistaient. Ses amis étaient assez frappés de son changement pour que l'un d'eux me dit : « N'êtes-vous pas très inquiet de votre malade? *je crois qu'elle s'en va.* » Inquiet, je l'étais en effet; je fis un nouvel examen, mais je ne trouvai rien au cœur, ni au poumon, ni à l'estomac. L'idée me vint alors que j'avais à faire à un de ces cas de diabète latent dans lesquels la polyurie et la soif manquent, et qui ne sont caractérisés que par l'altération de la sécrétion urinaire et le dépérissement. Je fis donc analyser les urines. Le résultat fut négatif, et je fus aussi embarrassé qu'auparavant; je me rattachai alors à l'idée d'un état anémique, ou plutôt cachectique de cause inconnue. Je ne pensai pas à une chlorose, proprement dite, l'âge de la malade et l'absence de bruit de souffle en éloignaient l'idée. D'ailleurs le teint était mauvais, un peu jaunâtre comme celui de M. X.. (obs. 1), mais ce n'était pas le teint des chlorotiques. J'insistai de nouveau sur l'hygiène, sur les toniques et sur un changement d'air; il ne fut que momentané (huit jours) et n'eut pas de résultat. A son retour, madame X... était dans le même état, elle continua l'alimentation iodée jusqu'à la fin de novembre. Elle fut alors interrompue. Son mal avait encore empiré. Sa fille, fort inquiète de voir ainsi dépérir sa mère, me pria de l'examiner de nouveau : elle lui croyait une maladie du cœur. C'est alors que le résultat négatif du troisième examen me mit sur la voie. J'insistai sur l'hygiène, et je prescrivis du fer. Comme je l'ai dit, le sel fut interrompu. Madame X... avait pris environ 35 centigrammes d'hydriodate en sept mois.

Au bout de quinze jours, il y avait déjà de l'amélioration; elle continua graduellement, et à la fin de janvier 1855, elle était notablement mieux, mais elle ne fut entièrement rétablie qu'au printemps. Depuis cette époque, sa santé s'est maintenue bonne, à l'exception de quelques affections catarrhales auxquelles elle est sujette.

Obs. IX. — *Dame de soixante-cinq ans.* — *Usage du sel ioduré pendant quatre mois.* — *Dose approximative,* 20 *centigrammes d'iodure de potassium.* — *Intoxication légère au commencement de décembre.* — *Guérison au bout de six semaines.* — Il s'agit, dans cette observation, d'une dame âgée d'environ soixante ans, en général d'une bonne santé, mais sujette aux affections catarrhales l'hiver, et qui offre cette idiosyncrasie particulière que toutes les indispositions dont elle est atteinte prennent le caractère intermittent, et se dissipent sous l'influence du sulfate de quinine. La sœur de cette dame avait été autrefois fortement éprouvée par un traitement iodé. Madame X... usa du sel ioduré à partir de la fin du mois de juillet jusqu'à la fin de novembre; la dose consommée par elle fut environ de 2 kilogrammes de sel, contenant 20 centigrammes d'hydriodate de potasse.

C'est au mois de décembre que se manifestèrent les symptômes iodiques. Ils consistèrent presque exclusivement dans de l'amaigrissement, des palpitations et de l'insomnie. Les symptômes nerveux furent peu intenses, et, pas plus que chez les autres malades, je ne pus reconnaître les signes d'une maladie à laquelle j'aurais pu donner un nom.

Madame X..., en quittant la campagne pour la ville, avait d'elle-même cessé le sel iodé. Les symptômes dont je viens de parler se dissipèrent très rapidement. Au bout d'environ six semaines, ils avaient disparu.

Troisième catégorie d'observations.

INTOXICATION IODIQUE PRODUITE PAR LE SÉJOUR AU BORD DE LA MER (1).

Il est généralement admis que l'air de mer occasionne une modification plus ou moins profonde de l'économie. Cette modification peut être bienfaisante ou malfaisante; c'est aux médecins qui pratiquent dans les localités maritimes qu'il appartient de trancher la question; mais, pour que leurs observations soient concluantes au point de vue dont je m'occupe, il faut qu'elles portent principalement sur les personnes qui émigrent d'un pays peu ou pas iodé vers le bord de la mer. Il faut aussi distinguer les cas où ces personnes prennent les bains de ceux où elles font un simple séjour sur la côte.

A ceux qui, comme moi, attribuent l'influence défavorable de l'air de mer, dans certains cas, à l'action de l'iode, on peut objecter, je le sais, que cette influence n'est pas la seule que l'on subisse en respirant l'air de mer; que probablement cet air est saturé d'autres principes; qu'en outre il existe sur la plage des conditions météorologiques et climatériques qui ne se retrouvent pas ailleurs. Cela est vrai; mais ce qui me porte à croire que c'est bien l'iode qui produit les accidents, c'est qu'ils sont identiques à ceux que l'on observe quand on a administré cette substance. Sous ce rapport, ma première observation est on ne peut plus concluante. Je citerai plus tard celle d'une dame qui, après avoir, à trois reprises, subi une intoxication par l'eau de Coese, a éprouvé des effets morbides tout à fait analogues par un séjour au bord de la mer. Je connais, en outre, plusieurs de mes compatriotes qui ont notablement maigri pendant un hiver passé à Nice et qui n'ont repris leur embonpoint qu'après leur retour dans notre pays. Le fait que je vais rapporter est particulièrement intéressant par sa conformité avec ma première observation :

Obs. X. — *Dame de soixante ans.* — *Séjour à Pau pendant trois semaines* — *Diarrhée simple.* — *Départ pour Biarritz.* — *Au bout de huit jours, cessation de la diarrhée.* — *Alors commencement d'altération de la santé générale.* — *Aggravation incessante et progressive.* — *Symptômes d'iodisme très grave.* — *Départ de Biarritz après trois semaines de séjour.* — *Diminution graduelle des symptômes.* — *Disparition complète deux mois au moins après leur apparition.* — Une dame de Genève, âgée de près de soixante ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, sujette aux palpitations, après avoir fait à Pau, au mois de mars 1858, un séjour d'environ trois semaines, quitta cette ville pour se rendre à Biarritz. Pendant son séjour à Pau, elle avait eu du dévoiement, auquel, du reste, elle est sujette, mais c'était une diarrhée simple, qui ne l'empêchait pas de vaquer à ses affaires, et ne l'avait ni affaiblie ni amaigrie d'une manière sensible.

Après huit jours passés à Biarritz, la diarrhée s'arrêta. Madame X... espérait voir sa santé tout à fait rétablie après la cessation de ce symptôme incommode; mais il en fut autrement, et graduellement se développa tout l'ensemble des symptômes que j'ai signalés chez le malade qui fait le sujet de ma première observation. Madame X... maigrit rapidement et *énormément*, ses forces disparurent, ses traits s'altérèrent, son regard devint fixe, son pouls s'accéléra, un état nerveux pénible se manifesta. Elle dormait mal et passait toute sa journée la tête dans ses mains sans vouloir répondre aux questions qu'on lui adressait. Sa voix était cassée, son appétit diminué, elle se plaignait d'une constriction à la gorge, les aliments avaient de la peine à descendre; cependant il n'y avait pas de dyspepsie proprement dite, et la diarrhée n'avait pas reparu. Plus le séjour à Biarritz se prolongeait, plus les symptômes devenaient inquiétants. Au bout de trois semaines son état avait tellement empiré, qu'elle se décida à partir, coûte que coûte. Sa faiblesse était si grande, qu'on fut obligé de la porter dans sa voiture sans être certain qu'elle pût accomplir le voyage... elle avait atteint le dernier degré du marasme.

Lorsque je la vis, à son retour, il me semblait impossible qu'elle pût être plus changée qu'elle ne l'était, cependant les personnes qui ne l'avaient pas quittée pendant son séjour à l'étranger, me dirent : « Si vous avez eu de la peine à la reconnaître à son arrivée à Genève, vous ne l'auriez pas reconnue du tout à son départ de Biarritz. »

(1) D'après le docteur Chatin, l'on absorberait au bord de la mer un cinquième à un dixième de milligramme d'iode par jour.

Quinze jours s'étaient écoulés entre le départ de Biarritz et l'arrivée à Genève; ils avaient suffi pour modifier avantageusement l'état de la malade. Elle me dit elle-même qu'elle s'était sentie mieux à son arrivée à Bordeaux. Je l'avouerai cependant, ce mieux, dont madame X... se vantait, ne me rassura pas beaucoup, tant son état me parut grave. La maigreur était effrayante, la faiblesse encore très grande, le teint mauvais, jaunâtre; les yeux fixes et ternes, les paupières profondément cerclées de noir, les traits étirés, la peau pâle; le pouls très rapide dépassait 130. Les mains étaient tremblantes et la voix cassée, mais l'état moral s'était beaucoup amélioré et la malade n'avait pas le sentiment d'être dangereusement atteinte. Madame X... s'était enrhumée à Paris, aussi ce ne fut pas sans inquiétude que j'examinai la poitrine, mais les résultats de mon exploration furent négatifs, la respiration était pure, les bruits du cœur distincts; il n'y avait de souffle ni au cœur ni dans les carotides. Il n'existait aucun symptôme du côté des fonctions digestives, si ce n'est qu'un appétit *féroce*, une véritable faim canine avait remplacé la constriction pharyngée qui, à Biarritz, l'empêchait de manger. Elle fut mise à l'usage du lait d'ânesse, d'une alimentation succulente et des toniques. Graduellement tous les symptômes se dissipèrent, et au bout de deux à trois mois elle était rétablie. L'embonpoint n'est revenu que plus tard. Aujourd'hui, sa santé est parfaite (1).

Quatrième catégorie d'observations.

INTOXICATION PRODUITE PAR DES EAUX MINÉRALES CONTENANT DES SELS IODIQUES EN DISSOLUTION.

Je vais rapporter quatre cas d'iodisme, dont deux fort graves, occasionnés par l'usage des eaux minérales de Willdegg, de Saxon, de Challes et de Coëze, qui toutes contiennent une certaine quantité d'iodure de potassium, de sodium ou de magnésium. A ce propos, je rappellerai que, dans ces différents sels, la proportion d'iode varie et que le plus riche en iode est l'iodure du magnésium.

OBS. XI. — *Usage des préparations iodées, sans inconvénients pendant l'enfance et la jeunesse. — A l'âge de trente-deux ans, intoxication de moyenne gravité par l'eau de Willdegg. — L'année suivante, reprise du remède, retour des accidents. — Depuis lors, cessation de l'iode à l'intérieur. — Symptômes iodiques produits même par la méthode endémique.* — Une demoiselle d'un tempérament nervoso-sanguin, dont la circulation est rapide, le caractère très vif et la santé excellente, était depuis l'âge de quinze ans, incommodée par un goître qu'elle avait depuis cette époque et dans sa jeunesse combattu avec un succès temporaire par divers remèdes, et en particulier par un vin contenant de l'éponge torréfiée. A l'âge de trente-deux ans, une de ses amies lui conseilla de faire usage de l'eau de Willdegg (2). Mademoiselle X... consomma en tout une bouteille et demie dans l'intervalle de cinq à six semaines; elle eut même la prudence d'interrompre tous les huit jours pendant quelques jours. Malgré la petite dose du médicament et cette sage précaution, elle ne tarda pas à en éprouver de mauvais effets. Son goître diminua, il est vrai, rapidement, mais en même temps son estomac se dérangea ; elle eut du dégoût, de la constriction à la gorge, et de temps en temps des vomissements. Elle maigrit rapidement, s'affaiblit beaucoup, et fut tourmentée par des palpitations incommodes.

Nonobstant ce dérangement dans sa santé, elle était si désireuse de se débarrasser de son goître, qu'elle persista à prendre le remède. Mais l'augmentation progressive de l'amaigrissement, des palpitations et de la faiblesse la contraignirent bientôt à le discontinuer.

Mademoiselle X.., préférant encore la maladie à la difformité, se risqua à reprendre les eaux de Willdegg ; elle se flattait que la maladie de l'an dernier ne se reproduirait pas, elle pensait qu'elle avait été aggravée par quelques purgations avec la crème de tartre, mais elle se trompa. Au bout de trois semaines, les symptômes pathogéniques reparurent (mademoiselle X... avait consommé environ une bouteille d'eau de Willdegg), et elle fut contrainte de cesser le remède.

Cette attaque fut moins forte que la précédente. Au bout de deux mois environ, sa santé était rétablie. Depuis cette époque, elle a cessé de prendre l'iode à l'intérieur sous aucune forme; mais elle a essayé, à plusieurs reprises, de combattre le goître par la méthode endermique au moyen de pommades et de solutions contenant des sels iodés. Mais les mêmes effets se sont presque toujours produits, le goître a diminué rapidement, et bientôt sont survenus l'amaigrissement et les palpitations.

Pour être bien sûre qu'elle ne s'abusait pas sur l'effet de si petites doses, mademoiselle X... avait toujours soin de mesurer son cou au moyen d'un ruban, et de s'assurer ainsi du moment précis où le goître commençait à diminuer.

Dans ce cas, l'iodisme n'a pas offert un haut degré de gravité ; malheureusement, il n'en a pas été de même dans celui que je vais rapporter :

OBS. XII. — *Dame de quarante ans. — Cure aux eaux iodurées de Saxon. — Amaigrissement, faiblesse, insomnie, etc. — Aggravation considérable de tous les accidents. — Mort.* — Une dame âgée d'environ quarante ans, d'un tempérament très lymphatique, fut envoyée aux eaux de Saxon (1) pour y faire une cure. A cette époque, elle était grosse et grasse. Sa santé générale n'était point altérée; elle se plaignait seulement depuis longtemps de douleurs dans les extrémités inférieures, qu'elle qualifiait de *rongement dans les os*. Elle avait aussi une légère hypertrophie du foie.

Madame X... passa le mois d'août à Saxon (1); elle buvait deux à trois verres d'eau par jour et prenait les bains. A la fin de sa cure, elle observa que son cou, qui était assez volumineux, avait rapidement diminué, et que les seins, jusqu'alors assez développés, avaient presque complétement disparu, l'amaigrissement s'était étendu aux autres parties du corps, et en particulier aux jambes. En même temps son appétit avait augmenté, mais ses digestions étaient devenues difficiles et elle avait contracté de la diarrhée.

A son retour, son mari, qui ne l'avait pas accompagnée, fut très frappé de son changement, de son amaigrissement, de son visage étiré. Cette même remarque fut faite par les autres membres de sa famille, et l'on en conclut que les eaux de Saxon lui avaient été nuisibles. En outre, madame X..., dont le caractère était fort doux, était devenue agitée, irritable; elle dormait, elle avait des cauchemars et comme des secousses électriques qui la réveillaient en sursaut. Elle était fatiguée, mal entrain; cependant elle pouvait encore faire de petites courses et vaquer à ses occupations. Le dérangement de santé persista pendant tout l'automne. Au commencement de janvier, il prit assez rapidement beaucoup plus de gravité, l'état nerveux s'aggrava, le pouls s'accéléra, et madame X... se trouva assez malade pour que son médecin crût devoir réclamer une consultation. C'est à cette époque que je fus appelé (le 12 janvier).

Je fus très frappé de son faciès animé, excité, anxieux, de son œil brillant et mobile, de son agitation et de son tremblement général. Son pouls était très rapide, elle éprouvait beaucoup d'angoisse, et par moment de la suffocation. Elle ne pouvait pas dormir; son état nerveux était très pénible, mais elle avait l'intelligence parfaitement nette. Je passai près d'une heure auprès d'elle, et je l'interrogeai avec le plus grand soin sans arriver à une conclusion qui me satisfît.

L'examen direct ne m'éclaira pas davantage, car il me fut impossible de trouver nulle part un état morbide localisé. J'aurais volontiers appelé cette maladie *une fièvre nerveuse*. Au bout de trois jours (le 15 janvier) je revis la malade; il y avait peu de changement, mais l'agitation extrême de la nuit et les palpitations avaient engagé son médecin à pratiquer une saignée. Le 27, je fus encore rappelé : l'état s'était aggravé. Cette fois, en voyant ce visage caractéristique et en constatant un notable amaigrissement, je pensai à l'iodisme. J'ignorais alors la cure à Saxon et l'altération de la santé qui l'avait suivie. On m'avait appelé pour une maladie que l'on considérait comme assez récente, et je n'avais pas, je l'avoue, suffisamment scruté les antécédents morbides. Une fois en possession de l'idée que la malade était sous l'influence de l'iode, je demandai à mon confrère si elle n'avait pas fait usage de ce remède. C'est alors seulement que j'eus connaissance des détails rapportés plus haut, qui me confirmèrent complétement dans mon opinion. Je conseillai le lait d'ânesse, l'aconit, la digitale et quelques calmants.

Depuis cette époque, je ne revis plus la malade. Dix jours après ma dernière consultation, mon confrère, le docteur d'Espine me remplaça auprès d'elle en qualité de médecin-consultant. Il fut, comme je l'avais été, très frappé de son état caractéristique, et ne pouvant rattacher son état si grave à aucune affection aiguë ou chronique connue, il arriva par exclu-

(1) Dans ma première note à l'Académie, j'avais, à propos de l'observation que je viens de rapporter, fait la remarque que l'intoxication pouvait peut-être s'expliquer par l'usage d'un sel culinaire qui n'était pas suffisamment dépouillé d'hydriodate de potasse. En effet, on m'avait raconté qu'à Biarritz les habitants se servent quelquefois du sel qu'ils se procurent en détachant celui qui adhère aux parois des rochers. De nouvelles observations prises auprès de la malade elle-même m'ont prouvé que le sel dont elle avait fait usage dans l'hôtel où elle logeait était parfaitement blanc et sans aucune saveur particulière. L'hypothèse du sel ioduré alimentaire comme cause d'intoxication doit donc, dans ce cas-ci, être abandonnée.

(2) L'eau de Willdegg contient environ 3 centigr. d'iodure de sodium par litre. Les bouteilles contiennent environ trois quarts de litre.

(1) D'après M. Pyrame Morin, qui prépare un grand travail sur les eaux de Saxons, il y aurait de grandes variations dans la proportion d'iode qu'elles contiennent de 0 à 0, 14,85 par litre. Cette eau minérale serait donc un remède aussi infidèle que l'éponge.

sion à en déterminer la véritable cause. Le docteur d'Espine ignorait non-seulement le diagnostic que j'avais porté, mais il ne savait pas même que j'eusse vu la malade. Après qu'il se fut prononcé d'une manière catégorique, le médecin ordinaire lui dit que cette opinion était aussi la mienne. J'ai appris par le docteur d'Espine que l'état de la malade avait été constamment en empirant, que son anxiété était devenue extrême, et qu'elle avait expiré quinze jours après sa dernière visite. Elle avait un délire très caractérisé pendant les derniers jours. D'après la nature des symptômes cérébraux, on avait craint une manie aiguë, et le docteur Coindet avait remplacé le docteur d'Espine. — L'*autopsie* n'a pas pu être pratiquée.

On trouvera dans l'observation suivante un exemple d'iodisme très grave produit par l'eau iodurée de Challes. Sans les soins habiles donnés à la malade par mon honorable confrère le docteur d'Espine, il est bien probable que la terminaison aurait été funeste comme dans le cas précédent.

Obs. XIII. — *Demoiselle de cinquante-cinq ans. — Emploi des eaux iodurées de Challes pendant trois semaines* (deux bouteilles et demie). — *Iodisme très grave. — Guérison* (1). — Une demoiselle âgée d'environ cinquante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, sujette aux palpitations nerveuses, à l'essoufflement et à l'insomnie, était atteinte depuis un grand nombre d'années d'un goître assez volumineux. A plusieurs reprises, elle avait cherché à le faire disparaître au moyen de divers médicaments. Chaque fois elle avait été incommodée et obligée de discontinuer le remède. Cependant elle conservait toujours le désir de se débarrasser de son infirmité. L'année qui précéda son iodisme, elle avait été opérée d'un squirrhe du sein, par mon confrère le docteur Bizot. L'opération avait parfaitement réussi. La malade était entièrement rétablie ; elle avait repris notablement d'embonpoint, et, à tous égards, sa santé était satisfaisante. Incommodée de son goître, elle demanda au docteur Bizot la permission de prendre de l'eau de Challes (2). En médecin prudent, le docteur Bizot lui conseilla de n'en prendre par jour qu'une cuiller à soupe, et d'avoir soin de suspendre le remède tous les huit jours. Elle ne suivit ni l'une ni l'autre de ces prescriptions, chaque jour elle prit une dose quadruple de celle qui lui avait été ordonnée, et continua le remède sans interruption. Elle consomma en tout deux litres et demi d'eau de Challes. Elle n'acheva pas la troisième bouteille, se sentant très fortement incommodée. En effet, peu de temps après le début de ce traitement, le goître diminua rapidement, mais en même temps mademoiselle X... maigrit considérablement. Tout l'embonpoint qu'elle avait acquis pendant l'hiver précédent disparut, et ses chairs devinrent molles et flasques. Très promptement aussi son visage s'altéra, ses yeux étaient ternes et abattus, et son teint avait pris une couleur de bistre. L'abattement général était très caractérisé. Cette altération de la santé resta stationnaire pendant les mois de juin et de juillet; cependant à cette époque la faiblesse avait augmenté, l'état nerveux était très pénible (impatience, irritabilité, tremblement, pleurs, etc...). Au mois d'août, à la suite d'une légère indigestion, les symptômes s'aggravèrent notablement, le pouls s'accéléra davantage (il était déjà rapide) et devint très irrégulier, la maigreur augmenta d'une manière effrayante, l'appétit se perdit entièrement, ou tout au moins la malade se persuada qu'il lui était impossible de manger. Nous verrons tout à l'heure que c'était plutôt une erreur de son jugement qu'une répugnance de l'estomac. Pendant trois semaines, mademoiselle X... suivit les conseils d'un médecin homœopathe, qui ne chercha pas à combattre son dégoût pour les aliments. Mais son état avait tellement empiré, que l'on fit appeler le docteur d'Espine. Mon confrère trouva la malade dans une position très inquiétante, sa voix était faible, son marasme squelettique, sa bouche sèche et légèrement fuligineuse; elle affirmait ne pas pouvoir prendre plus de six cuillerées de lait d'ânesse par jour. Il n'y avait ni diarrhée ni constipation. Les palpitations étaient très incommodes, le pouls extrêmement rapide et petit, l'abattement considérable, la tristesse profonde. Elle croyait toucher à ses derniers moments, et ne pensait pas qu'aucun traitement pût la relever. Du reste, il n'existait nulle part de symptômes physiques d'une maladie organique quelconque.

Le traitement consista dans le vin de kina et dans l'augmentation progressive de lait d'ânesse. Malgré la répugnance de la malade, graduellement la nourriture fut augmentée, et elle fut tout étonnée de pouvoir très bien la supporter. Quinze jours après le début du traitememt, elle consommait des aliments solides. Au commencement de novembre, elle put être considérée comme entièrement rétablie, et vers le milieu de ce mois elle reprit son régime naturel. Peu après, le pouls se ralentit (toutefois il ne tomba pas au-dessous de 100), mais l'embonpoint fut très lent à revenir. La guérison a été complète et radicale. Six ans plus tard, mademoiselle X... a succombé à une broncho-pneumonie aiguë.

(1) Observation communiquée en partie par le docteur d'Espine.

(2) L'eau de Challes contient environ 1 centigramme d'iodure de potassium par litre.

Si, dans les deux observations précédentes, l'iodisme s'est présenté sous la forme d'une maladie très sérieuse, il n'en a pas été de même dans le fait suivant, qui est intéressant au point de vue de la répétition de l'iodisme à cinq reprises, trois fois sous l'influence de l'eau de Coëze, une fois par l'air de mer et une autre fois par les eaux iodurées de Kreutznach.

Obs. XIV. — *Dame âgée de trente-deux ans. — Hypertrophie modérée de la thyroïde. — Légère intoxication par l'eau de Coëze. — Dix-huit mois plus tard, seconde intoxication plus prononcée. — Même résultat par l'emploi des eaux de Kreutznach et par le séjour au bord de la mer. — Cette année* (madame X... a maintenant trente-huit ans), *de nouveau légère intoxication par l'eau de Coëze.* — Une dame de ma clientèle, d'un tempérament lymphatico-nerveux, sujette aux palpitations et aux douleurs rhumatismales, dont le père et la sœur ont été atteints d'iodisme, prit sur mon conseil, en 1832 (elle avait alors environ trente-deux ans), de l'eau de Coëze (1) pour dissiper une hypertrophie simple et peu considérable du corps thyroïde. Deux bouteilles furent consommées du 5 au 30 décembre. Alors madame X... s'aperçut que le goître avait presque disparu ; mais en même temps elle avait maigri, et elle était tourmentée par des palpitations incommodes, elle dormait mal et était très fatiguée. Je fis suspendre immédiatement l'usage du remède, et au bout d'un mois à six semaines les symptômes avaient disparu. Vingt mois plus tard, et cette fois sans me consulter, madame X... prit sans interruption six bouteilles d'eau de Coëze dans un intervalle d'environ deux mois (du 18 août au 15 octobre). Cette fois, elle fut plus fortement éprouvée; l'amaigrissement fut plus marqué, l'état nerveux plus pénible et plus caractéristique, la faiblesse était grande et la tristesse insurmontable. L'appétit, au lieu d'être exagéré, avait diminué. Madame X... ne peut préciser exactement la durée de cet état morbide, qui disparut, comme la première fois, par la seule suspension du médicament. Cet été, encore à mon insu et dans un intervalle d'environ trois mois et demi, madame X... a repris huit bouteilles d'eau de Coëze, mais en ayant soin de mettre entre chaque bouteille un intervalle de plusieurs jours. Les symptômes iodiques se sont reproduits. Grâce au mode d'administration fréquemment interrompu, ils ont été beaucoup moins marqués, et n'ont guère consisté que dans de la faiblesse, quelques douleurs dans les jambes et accompagnées d'insomnies et d'un grand abattement moral, qui persiste encore.

L'année dernière, cette même dame accompagna son fils, qui allait prendre les bains de mer. Elle quitta Genève dans un état de santé parfaite. Jamais, dit-elle, elle ne s'était mieux portée.

Après avoir passé huit jours au Tréport, sa santé commença à se déranger, elle perdit ses forces et son appétit; elle était incapable de faire la moindre promenade. Les nuits se passaient sans sommeil, tandis que dans la journée elle était anéantie. Son système nerveux était très ébranlé, et, suivant son expression, complétement *détraqué*. En outre, elle était tourmentée par des étouffements, des maux de tête, du mal de cœur constant. Son pouls galopait, elle avait pâli, son visage était étiré, mais l'amaigrissement était peu considérable. Après un séjour d'environ trois semaines, madame X... quitta les bords de la mer, espérant recouvrer la santé par le changement d'air. Mais il n'en fut rien. A Paris, où elle s'arrêta six jours, elle fut tout aussi souffrante. Lorsqu'elle arriva à Genève, je fus très frappé de sa mauvaise mine, de son abattement, de sa pâleur. Son pouls était très rapide; elle était tourmentée par des palpitations et éprouvait des malaises nerveux *terribles* (je me sers de ses propres expressions). Surtout la nuit, le mal de cœur et le dégoût étaient complets, et la constipation opiniâtre. Elle était persuadée qu'elle commençait une grande maladie; cependant elle n'était pas alitée, et un examen attentif ne dénota que des troubles fonctionnels, cardiaques et nerveux, mais aucune maladie positive. Au bout de quelques semaines, madame X... fut alitée pendant peu de jours avec de la fièvre et quelques signes d'embarras gastrique. Ces symptômes se dissipèrent rapidement, mais ils n'emportèrent pas ceux qui les avaient précédés, et ce ne fut qu'au printemps que la malade retrouva ses forces, et que les malaises et les palpitations disparurent. Madame X... avait, l'année précédente, fait une cure aux bains de mer. Elle avait éprouvé les mêmes symptômes, mais infiniment moins prononcés, ce qui tenait probablement à l'action tonique des bains. J'insiste sur ce fait, que j'ai eu l'occasion d'observer dans d'autres circon-

(1) L'eau de Coëze contient un peu plus de 7 milligrammes et demi d'iodure de magnésium par litre, ce qui représente presque la même quantité d'*iode* qu'en renferme l'eau de Challes.

stances, et qui confirme l'opinion des médecins qui pensent que les toniques sont les meilleurs préventifs de l'iodisme.

J'ajouterai que quatre ans auparavant, madame X... n'avait pu supporter les eaux salines et iodurées de Kreutznach; au bout de moins de quinze jours elle fut obligée de suspendre sa cure, parce qu'elle avait rapidement maigri, qu'elle était très faible, et qu'elle éprouvait les mêmes palpitations, le même état nerveux que lui avait déjà occasionné l'eau de Coëze.

Cinquième catégorie d'observations.

INTOXICATION PRODUITE PAR L'ÉPONGE TORRÉFIÉE OU PAR SES PRÉPARATIONS.

L'éponge torréfiée a plusieurs fois produit des accidents très graves, soit qu'elle ait été donnée sous forme de pilules ou de pastilles, soit qu'elle ait été mélangée ou dissoute dans un vin composé. Ce médicament est infidèle, parce qu'on ignore la dose d'iode qu'il contient, eette quantité n'étant pas toujours la même dans les différentes éponges et dans les différentes préparations. L'on sait qu'en effet, indépendamment de l'inégalité très grande qui existe entre les éponges sous le rapport iodifère, le procédé de calcination est quelquefois la eause de la disparition complète ou presque complète de l'iode qu'elles renferment.

L'observation suivante est un exemple des fâcheux effets que peut produire l'éponge torréfiée, donnée à très petite dose et dissoute dans du vin :

Obs. XV. — *Demoiselle âgée de trente ans. — Goître médiocrement volumineux. — Santé excellente. — Pendant un mois, usage d'un vin contenant une solution d'éponge torréfiée. — Iodisme grave et très prolongé. — Guérison* (1). — Une demoiselle âgée d'environ trente ans, ayant un goître d'un médiocre volume, mais jouissant d'une excellente santé, prit pendant le mois de septembre environ une demi-bouteille d'un vin contenant de l'éponge torréfiée, dont elle avait fait impunément usage pendant sa première jeunesse (2). Pendant les premiers jours, elle sentit comme un brûlement d'estomac, puis cette sensation disparut rapidement. Le goître avait considérablement diminué, lorsqu'au mois d'octobre elle éprouva les premiers symptômes d'intoxication; ils consistèrent dans d'assez violents maux de tête, des tiraillements dans les jambes, des palpitations, de l'essoufflement, un très grand amaigrissement, une irritation de l'estomac, qui se manifestait par un appétit impérieux, quatre ou cinq repas assez solides étaient peu de chose pour la satisfaire; le visage était pâle et étiré, la tristesse très grande. Mademoiselle X... non-seulement n'était pas alitée, mais elle pouvait même continuer ses promenades à pied. Elle ne consulta pas de médecin, n'ayant pas l'idée de ce qui pouvait la rendre malade. A la fin de décembre, elle quitta la campagne pour la ville, si souffrante et si découragée, qu'elle se décida à appeler le docteur Prévost, qui d'abord ne pensa pas à l'iodisme et crut à une affection bilieuse; puis, la maladie persistant, il eut l'idée que l'iode pourrait bien être la cause des accidents. Il conseilla alors à la malade de prendre patience, parce que, lui dit-il, *elle en aurait encore pour longtemps.*

Il prescrivit seulement le lait de vache. La belle saison arriva; mademoiselle X... était toujours aussi souffrante. On lui conseilla alors le séjour à la montagne. Croyant n'avoir que peu de temps à vivre, elle répugnait beaucoup à suivre ce conseil. Cependant elle s'y conforma, et huit jours ne s'étaient pas écoulés qu'elle éprouvait déjà une amélioration sensible; elle se levait de bonne heure et faisait de grandes courses à cheval. Au bout d'un mois elle était parfaitement guérie, et, comme elle le dit elle-même, sa santé n'a jamais conservé la moindre trace de ces huit mois de souffrance, dont elle garde encore le souvenir le plus vif et le plus pénible. Mademoiselle X... avait une sœur atteinte d'un goître très volumineux, qui, après avoir essayé beaucoup de remèdes contenant de l'iode, avait toujours été obligée de les discontinuer, parce que tous lui avaient occasionné des accidents, quels que fussent leur mode d'administration et leur dose. Un de ses neveux n'a pas pu non plus supporter l'iode, fait bien remarquable, puisqu'il n'avait que dix-huit ans quand il en fit usage, et que les sujets de cet âge jouissent en général du bénéfice de l'immunité.

(1) Cette observation m'a été communiquée par la malade elle-même.

(2) Voici la formule de ce vin :

℞ Éponge torréfiée.	24	grammes.
Écorce de cannelle.	8	—
Noix de galle	8	—
Pierres d'éponge	4	—
Vin blanc généreux.	750	—

Faites digérer et filtrez.

Dans l'observation que je viens de raconter, la dose d'éponge consommée, et par conséquent celle de l'iode absorbé, a été minime; cependant les accidents ont été sérieux et de longue durée. Dans le fait suivant, qui concerne un de mes compatriotes les plus illustres, la dose d'éponge torréfiée prise en nature a été très considérable et a produit, indépendamment de l'iodisme, des accidents gastro-intestinaux directs.

Obs. XVI. — *Cinquante-sept ans. — Tempérament nervoso-sanguin. — Bonne santé, sauf de légères attaques de goutte. — Goître interne. — Traitement par des doses considérables à l'éponge torréfiée. — Iodisme grave* (1). — *Guérison. — Santé chancelante depuis lors. — Mort plusieurs années plus tard d'une maladie du cœur.* — De Candole, dont le tempérament était sanguin et pléthorique, le cou court et gros, la taille replète et l'embonpoint très prononcé, sauf de légères attaques de goutte, d'une très bonne santé, lorsqu'il fit usage de l'éponge torréfiée pour combattre un goître intérieur, qui l'incommodait fort en gênant la respiration. C'est à l'âge de cinquante-sept ans qu'il commença l'usage des pilules d'éponge. Voici la formule dont il se servit :

Extrait de saponaire......	8 grammes.
Extrait de ciguë.........	4 de chaque.
Éponge torréfiée........	
Pour 88 pilules.	

D'après l'ordre du médecin, il devait prendre 15 de ces pilules par jour; il en prit jusqu'à soixante. Du 22 octobre au 6 décembre, il consomma en tout 18 doses de 88 pilules chaque, soit 1,584 pilules, ou 68 grammes 80 centigrammes d'éponge torréfiée. Au commencement, tout alla bien; il se sentait plus d'entrain et plus d'appétit, et c'est probablement à cause de ces effets, en apparence avantageux, qu'il outrepassa les doses. Les premiers symptômes d'intoxication parurent au mois de décembre, et consistèrent dans une véritable boulimie, bientôt suivie de dyspepsie. Au mois de janvier survinrent des vomissements, des douleurs d'estomac. Le lait à la glace était la seule nourriture qu'il pût supporter. En même temps, il perdit le sommeil et même la faculté de fermer les paupières; il éprouvait des rêveries accompagnées de sensations très pénibles, il était en proie à de perpétuelles hallucinations. Il affirmait avoir vu telle personne ou reçu tel ordre du médecin, ce qui était tout à fait erroné. Il éprouvait des sensations très bizarres; ainsi il croyait que l'on avait coulé de la bougie sur sa langue, etc., etc. Il avait considérablement maigri, sa peau avait perdu toute transpiration, et lui semblait « un sac mou, adhérent à la chair. » Ces mêmes symptômes persistèrent pendant les mois de janvier, février, mars et avril. « J'ai souvent pensé, écrit le célèbre naturaliste, que je ne pourrais jamais me remettre de cet horrible état. » Au mois de mars survint une anasarque générale, qui fut presque entièrement dissipée au mois d'avril. C'est au mois de mai seulement qu'il entra en convalescence, mais il était pâle et fort amaigri. Au mois de juillet, sa santé n'était pas encore rétablie; il se sentait très faible et dormait mal. Il passa le mois de septembre à Montpellier, assez bien portant; cependant il ne retrouva plus sa santé d'autrefois, et les années suivantes il fut successivement atteint de catarrhe, de légères attaques de goutte, de difficultés de la respiration, d'enflure aux jambes. Enfin, dans le cours de l'année 1841, survint une hydropisie générale, occasionnée par une maladie du cœur, aux progrès de laquelle il succomba le 9 septembre.

M. d'Espine a observé un cas de mort à la suite de l'emploi de l'éponge torréfiée. Voici la note que m'a communiquée mon honorable confrère :

Obs. XVII. — *Dame de cinquante-huit ans. — Usage de l'éponge torréfiée sans direction médicale. — Iodisme très grave. — Mort.* — Une dame âgée d'environ cinquante-huit ans, très nerveuse, sujette aux palpitations, et qui n'avait pas, quelques années auparavant, pu supporter l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 milligrammes, prit, à l'insu de son médecin, et pendant un temps qui ne dépassa pas trois à quatre semaines un assez grand nombre de trochisques d'éponge torréfiée. Des accidents d'iodisme grave ne tardèrent pas à se manifester. Lorsque je vis la malade, elle présentait la plupart des symptômes signalés chez la per-

(1) Les détails qui vont suivre sont extraits du journal que l'illustre naturaliste tenait de sa santé; ils m'ont été communiqués par son fils, le professeur A. de Candolle.

onne qui fait le sujet d'une de mes observations. Le marasme était assez avancé, mais la malade, qui était alitée, éprouvait des douleurs très aiguës pleurodyniques, qui lui arrachaient des gémissements, les palpitations étaient très incommodes. Pouls petit et très rapide, loquacité agitée, contraction spasmodique de certains muscles de la face, et en particulier de l'élévateur commun de l'aile du nez et de la paupière supérieure, anxiété excessive. Ce dernier symptôme n'a fait que croître, jusqu'à envahir sinon le domaine intellectuel, du moins le domaine moral. La mort est survenue au milieu de l'agitation nerveuse poussée à l'extrême.

III

REVUE CLINIQUE.

NOTE SUR DEUX CAS DE COAGULATION DU SANG DANS LES SINUS CÉRÉBRAUX, présentée à la Société anatomique par M. E. FRITZ, interne des hôpitaux.

Bien qu'Abercrombie ait étudié, dès 1818, les concrétions qui peuvent se former dans les sinus de la dure-mère, et que plusieurs travaux importants aient été publiés depuis sur cette question, c'est un sujet d'études qui est loin d'être épuisé, et la science manque de faits suffisants pour résoudre tous les problèmes qui s'y rattachent. C'est cette insuffisance des observations qui m'a engagé à présenter à la Société anatomique deux exemples de l'affection improprement désignée sous le nom de *phlébite des sinus*, que j'ai eu l'occasion de recueillir à l'hôpital des Enfants.

La première de ces pièces provient d'un enfant dont j'ai fait l'autopsie avec mon collègue, M. Gros, qui a bien voulu me communiquer les principaux détails de l'observation pathologique.

OBS. I. — Hippolyte-Henri Angibaud, âgé de onze ans, entra à l'hôpital des Enfants le 19 janvier 1858. Après avoir séjourné successivement dans plusieurs services, il passa aux scrofuleux (salle Saint-Marcou, n° 37), le 8 février. Il était atteint d'une gibbosité vers le milieu de la région dorsale, et portait de nombreuses fistules sur les parties latérales de sa bosse. Il fut traité par l'huile de foie de morue, l'iodure de fer et le vin de quinquina. Malgré son mal vertébral, il marchait, allait à l'école et mangeait avec appétit.

Dans les derniers jours du mois d'août, on s'aperçut que ses fistules donnaient plus de pus que de coutume; il manifesta de la fatigue et de l'abattement, mais il n'en continuait pas moins d'aller à l'école et de jouer, quand il fut pris subitement, le 28 août, de *vomissements*, d'abord alimentaires, puis bilieux, et accompagnés de *céphalalgie* et d'*assoupissement*.

Le 29, on le trouva dans son lit, couché sur le dos, les *traits contracturés*, poussant des gémissements et *ne répondant à aucune question*. Les *yeux* étaient agités de *mouvements convulsifs*, et quand ils restaient fixes, *leurs axes divergeaient*; les *pupilles* étaient *dilatées*. On constata en outre : *contractures* des extrémités inférieures; pouls lent et *irrégulier;* ventre dur, mais non rétracté; pas de selles depuis hier. (Ricin, sinapismes.)

Le 30, l'enfant *répond aux questions* qu'on lui adresse; la *contracture a cessé* au moment de la visite, mais elle *reparaît plus tard*. (Calomel.)

Le 31, le malade est dans le *coma* le plus complet; *contractures* comme le 29; *strabisme*, ventre fortement rétracté; quelques selles.

L'état de cet enfant ne changea guère jusqu'au 4 septembre, si ce n'est qu'il présenta, à plusieurs reprises, des *sueurs abondantes circonscrites* à la face, au cou et à la partie supérieure de la poitrine. Ce jour, à quatre heures du matin, éclatèrent des *convulsions* qui durèrent, en alternant avec de la *contracture*, jusqu'à une heure; puis l'enfant retomba dans le *coma* et l'anéantissement, et mourut à huit heures du soir.

A l'autopsie, faite dans la matinée du 6, on constata les lésions suivantes :

Encéphale. — Les vaisseaux de la dure-mère sont très apparents et remplis de sang. En incisant la dure-mère, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité.

Le cerveau est très mou, presque diffluent; l'arachnoïde est soulevée par un liquide séreux abondant, contenant, dans quelques points, des flocons gélatineux; nulle part on ne distingue des granulations méningées. A la face antérieure de la moelle allongée, le tissu sous-arachnoïdien contient une tache fibrineuse, élastique, jaunâtre, assez consistante.

Les veines cérébrales supérieures et antérieures, au nombre de quatre ou cinq, des deux côtés, présentent l'aspect de lombrics, et sont oblitérées, dans l'étendue de quelques centimètres, à partir du sinus longitudinal, par des caillots brun-noirâtre, assez secs et élastiques, entremêlés de quelques points blanchâtres, faciles à détacher des parois veineuses qui ne paraissent pas altérées. A la surface convexe des hémisphères, ces veines sont perméables, mais gorgées de sang, ainsi que tout le système veineux du cerveau. Dans plusieurs points, d'ailleurs, et notamment dans la scissure interlobaire antérieure et dans les scissures de Sylvius, on voit une hypérémie arborisée, extrêmement serrée et intense, des méninges.

Les caillots veineux se continuent avec un caillot qui occupe toute la longueur du sinus longitudinal supérieur, et qui envoie également quelques prolongements dans les veines qui se jettent dans la partie moyenne du sinus. Cette concrétion présente, dans sa moitié antérieure, les mêmes caractères que dans les veines, et adhère légèrement aux parois; plus loin, elle se continue avec une masse blanc-grisâtre, tachetée de rouge, qui contient à son centre une bouillie couleur lie de vin, et qui adhère assez intimement, par ses couches périphériques, aux colonnes fibreuses de l'angle inférieur du sinus.

En arrière de ce point, le caillot s'amincit, ne remplit plus entièrement le calibre du sinus et présente l'aspect de la substance corticale du cerveau; il est gris-rosé, tacheté, grenu, assez mou, et son extrémité se prolonge un peu dans le pressoir d'Hérophile. Il est entouré de quelques caillots ambrés (d'agonie), qui s'en détachent facilement.

Nulle part les parois du sinus ne présentent les caractères de l'inflammation; elles sont lisses et nullement injectées.

Le sinus latéral gauche contient un petit caillot allongé, ovalaire, long d'un centimètre environ, à surface légèrement grenue, et présentant tous les caractères de quelques parties du caillot contenu dans le sinus longitudinal. Il est du reste parfaitement libre dans la cavité du sinus dont les parois ne sont nullement altérées.

Un petit caillot, du volume d'un pois, existe au niveau de la bifurcation d'une branche de l'artère pulmonaire, avec laquelle il n'a contracté aucune adhérence, et qui est parfaitement saine. Ce caillot présentait des caractères identiques avec ceux des concrétions contenues dans les sinus cérébraux. M. Cros, avec lequel j'ai fait cette autopsie, et M. le docteur Degrusse qui y assistait étaient tous deux frappés de cette similitude complète.

Le tronc de l'artère pulmonaire contenait, d'ailleurs, un grand caillot d'agonie, ambré, prolongé dans l'oreillette droite; ce caillot n'avait aucun rapport avec la petite concrétion située plus loin.

Les caillots, d'apparence cérébriforme, renfermés dans les sinus latéral et longitudinal, présentaient, à l'examen microscopique, des caractères identiques; tous deux étaient formés par de la fibrine granuleuse, mélangée d'un grand nombre de leucocythes, de quelques gouttelettes graisseuses, et de globules rouges plus ou moins altérés. Ces caractères dénotaient suffisamment une coagulation assez ancienne.

Le gros caillot contenu dans l'artère pulmonaire était au contraire composé principalement de fibrine présentant un aspect fibrillaire très prononcé, de quelques globules rouges assez bien conservés et de très peu de leucocythes. Je n'ai pas pu, malheureusement, examiner au microscope la petite concrétion que j'ai signalée dans une des branches de l'artère pulmonaire, cette pièce ayant été égarée.

Les poumons ne contenaient pas de tubercules; il y en avait un dans l'un des ganglions bronchiques. La colonne vertébrale nous montra un bel exemple d'ostéite condensante. Au milieu de la gibbosité, située à la région dorsale, plusieurs corps vertébraux étaient détruits. Au-dessous de ce point, jusqu'au coccyx, un pus épais, comme butyreux, était accumulé entre la face antérieure des vertèbres et le surtout ligamenteux antérieur. Le pus avait fusé dans l'épaisseur même du psoas droit jusqu'au ligament de Fallope, au-dessus duquel il formait un foyer assez volumineux.

Il y a dans cette observation, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, deux faits également intéressants, et qui me paraissent de quelque importance pour l'histoire, aujourd'hui tant débattue, des concrétions sanguines formées pendant la vie. Il est d'abord évident pour tout le monde, je pense, que les caillots contenus dans le sinus longitudinal supérieur datent au moins de quelques jours, et qu'il est impossible de les assimiler aux caillots d'agonie ou cadavériques, avec lesquels ils n'ont pas la moindre analogie. Il me paraît tout aussi incontestable qu'il ne s'agissait pas ici d'une véritable phlébite des sinus, telle que l'entendait Tonnelé dans un certain nombre de faits, et telle qu'on l'observe, par exemple, à la suite de quelques otites internes; l'état

des parois vasculaires, leur aspect lisse et poli, l'absence de rougeur et d'injection vasculaire, ne laissaient pas le moindre doute à cet égard.

C'est précisément cette absence de toute inflammation, comme cause de la coagulation, qui doit faire ranger ce fait parmi les oblitérations veineuses si fréquentes dans les phases ultimes de beaucoup de cachexies, et particulièrement chez les sujets qui se meurent de phthisie. C'est la *phlegmatia alba* des sinus cérébraux, dont M. Bouchut a publié un exemple il y a deux ans (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1857, nº 126), que John Davy avait observée, décrite et parfaitement interprétée dès 1839, et que Tonnelé avait déjà entrevue lorsqu'il présentait, en 1829, à l'Académie de médecine son mémoire sur les maladies des sinus cérébraux. La faiblesse de la circulation, suite de l'épuisement, peut-être une diminution dans la masse du sang et l'hydrémie ou quelque autre altération de sa constitution chimique : telles sont les causes auxquelles fort probablement on peut attribuer la coagulation du sang dans le sinus longitudinal, chez notre malade, de même qu'elles paraissent produire la précipitation de la fibrine dans les veines des extrémités chez les individus qu'une longue maladie a réduits au marasme.

Je ne crois pas qu'on puisse rapporter aux mêmes causes le petit caillot qui occupait l'une des branches de l'artère pulmonaire, et je n'hésite pas à admettre que ce caillot, et probablement aussi celui que contenait le sinus latéral gauche, n'étaient que des fragments détachés de la concrétion du sinus longitudinal. C'est un nouvel exemple de ces *embolies* sur lesquelles l'attention est fixée en ce moment, grâce aux recherches du professeur Virchow. On n'a pas, à ma connaissance, publié en France un exemple de cette migration pour des caillots formés primitivement dans les sinus cérébraux, et je ne connais qu'un seul fait de ce genre rapporté par M. Mikschick. (*Wiener Wochenschrift*, nº 15, 1855.)

J'ai, du reste, eu l'année passée l'occasion de faire une trouvaille analogue chez un enfant atteint d'une affection du rocher, qui s'était compliquée d'une oblitération du sinus latéral droit et d'une phlébite de la veine jugulaire interne.

Chez le petit Angibaud, la nature de l'affection n'avait pas même été soupçonnée pendant la vie, et nous croyions tous avoir affaire à une méningite tuberculeuse. Je ne pense pas néanmoins que, comme le disent MM. Barthez et Rilliet (*Traité des maladies des enfants*, 2ᵉ édition, t. II, p. 164), il soit toujours impossible de diagnostiquer la coagulation du sang dans les sinus cérébraux. J'ai pu au moins faire ce diagnostic il y a quelques jours chez un enfant qui est mort dans le service de M. Guersant. Voici dans quelles circonstances :

OBS. II. — Alexandre Ozolle, âgé de trois ans et demi, entre à l'hôpital (salle Saint-Côme, nº 18), le 5 janvier 1859, pour une chute du rectum datant de six mois. Vivant dans la misère, et mal nourri, il a eu, dans les dernières six semaines, la rougeole et la variole, et ces deux maladies coup sur coup ont porté une grave atteinte à ses forces, déjà affaiblies par de tristes conditions hygiéniques. Quelques jours avant son entrée, il a été pris de coqueluche.

C'est un enfant pâle et débile; il a peu d'appétit, pas de fièvre. Les quintes de coqueluche sont assez fréquentes et intenses, et se terminent par des vomissements; la muqueuse rectale ne sort pas, malgré ces efforts répétés. Il prend, le 6 janvier, 0gr,40 d'ipéca.

Le 7, comme on constate des symptômes de bronchite capillaire, M. Guersant prescrit une potion avec 0gr,20 d'émétique et 6 grammes de sirop diacode. Cette médication, qui est tolérée d'emblée, est continuée le 8 et le 9; l'enfant passe des nuits plus tranquilles et tousse moins, mais, en même temps, les forces et l'appétit s'en vont; l'enfant ne mange plus; il est dans une prostration extrême, au point de ne plus pouvoir se tenir assis. Sa face est extrêmement pâle, et le pouls, sans diminuer de fréquence, devient de plus en plus misérable.

Dans la soirée du 9, l'enfant commence à *délirer;* le 10, à la visite du matin, il est très *affaissé* et *ne répond à aucune question.* La sensibilité générale est *émoussée*, mais non éteinte. L'extrémité supérieure gauche, soulevée, retombe comme une masse inerte; le membre inférieur gauche est aussi plus flasque que l'extrémité droite correspondante, laquelle présente au contraire un peu de *contracture* dans l'articulation du genou. Le membre supérieur droit ne paraît pas lésé dans ses fonctions.

La percussion donne une matité peu prononcée en arrière et à gauche, à la base du thorax, sans souffle. La respiration est difficile et oppressée; on remarque un léger écoulement sanguinolent par la narine droite, où se voit une petite ulcération à fond grisâtre, d'apparence diphthéritique.

La *face* est toujours *pâle*, nullement congestionnée; il n'y a guère de fièvre. — Un large vésicatoire est appliqué sur la poitrine.

Dans la journée, l'enfant est pris de *strabisme*. A la visite du soir, je lui trouve la *face et le cou couverts d'une transpiration abondante;* pouls, 180, très petit; yeux hagards, un peu *divergents*, portés à droite; *pupilles très dilatées*, presque immobiles. Mon petit malade *n'a pas sa connaissance*, ne répond à aucune question. La *paralysie de l'extrémité supérieure gauche* est encore plus prononcée. Les trois autres sont un peu *contracturées;* les quatre extrémités présentent des mouvements réflexes à peu près également énergiques; mais lorsqu'on pince la peau de la face, l'enfant ne se sert que du bras droit pour se défendre; le gauche reste sur le lit comme un corps inerte.

Pas de vomissements; pas d'évacuations involontaires. Les quintes reviennent encore de temps en temps. (Sinapismes.)

Le 11, la *paralysie* de l'extrémité supérieure gauche est *moins prononcée*, et en partie remplacée par une légère contracture. L'enfant *comprend* évidemment les paroles qu'on lui adresse (il tire la langue, etc.), mais ne répond rien. Pas de sueurs. Le reste, comme hier soir. (Café au quinquina).

Dans la journée, il n'y eut pas d'accidents alarmants; l'enfant paraissait être de mauvaise humeur, il repoussait les personnes qui l'approchaient et les aliments, mais ne paraissait pas délirer, et n'avait pas de coma. Il mourut à deux heures du soir.

Autopsie, faite le 13, à dix heures du matin. Le crâne ouvert laissa écouler quelques cuillerées de sérosité. L'arachnoïde viscérale était soulevée par une assez grande quantité du même liquide. Les veines superficielles de l'encéphale étaient gorgées de sang noir, liquide ou poisseux. La substance cérébrale avait sa consistance normale; elle était le siége d'une congestion intense générale, un peu plus prononcée peut-être à droite qu'à gauche; sa surface de section était assez humide. Les plexus choroïdes des ventricules latéraux étaient tellement injectés que leur couleur était presque noire. Cependant les ventricules ne contenaient que quelques gouttes de sérosité.

Le sinus longitudinal supérieur contenait, outre du sang noir, liquide ou en caillots mous, une concrétion fibrineuse qui s'étendait depuis son extrémité antérieure jusqu'au niveau du pressoir d'Hérophile. Elle n'adhérait à ses parois, qui étaient tout à fait normales, que par quelques rares prolongements qui s'intriquaient dans les trabécules fibreuses de ses angles; elle n'oblitérait d'ailleurs pas complétement la cavité du sinus. Elle était cylindrique et avait un diamètre de 4 millimètres à son extrémité postérieure, qui se continuait avec quelques filaments fibrineux rougeâtres. Vers son milieu, elle était rubanée, aplatie, et son extrémité antérieure se terminait en pointe.

Elle était presque uniformément élastique, blanchâtre; sa résistance à des tractions et à la dilacération était à peu près celle du blanc d'œuf coagulé. Dans quelques points on y voyait un pointillé rougeâtre ou des noyaux plus étendus de même couleur. Elle envoyait des prolongements décolorés comme elle, dans plusieurs veines d'origine du sinus; le calibre de ces veines était ainsi presque en entier oblitéré.

Le sinus latéral droit était occupé, dans toute sa longueur, par une concrétion fibrineuse, de forme rubanée assez régulière, longue de 9 centimètres, large de 4 millimètres environ, et offrant d'ailleurs les mêmes caractères physiques que le caillot contenu dans le sinus longitudinal. Elle était entourée de traînées de sang coagulé, rouges ou noires. Son extrémité postérieure se renflait et présentait la forme d'une massue, l'antérieure s'effilait en pointe. Elle était libre dans toute son étendue, et n'adhérait pas aux parois du sinus, qui étaient d'ailleurs parfaitement saines.

Les autres sinus étaient libres.

Le lobe moyen du poumon droit présentait une foule de points à l'état fœtal, accompagnés d'une bronchite capillaire, avec sécrétion purulente épaisse. Le lobe inférieur du poumon gauche était engoué et un peu friable, mais il crépitait sous la pression du doigt et surnageait.

Les autres viscères ne présentèrent rien de particulier à noter, si ce n'est un état anémique, surtout prononcé dans le foie et les reins.

Les symptômes cérébraux que présenta cet enfant étaient assez vagues, et en annonçant pendant la vie la coagulation du sang dans les sinus ou les veines de l'encéphale, je donnais le produit d'un calcul de probabilités plutôt que je ne portais un diagnostic direct. La marche rapide de l'affection éliminait toutes les maladies chroniques de l'encéphale, et d'autre part son apparition dans le plein

d'un traitement rasorien ne permettait guère de songer à l'une de ces affections aiguës, telles que la méningite ou l'hydrocéphale aiguë, dont le caractère est essentiellement actif. Il n'était guère probable non plus qu'une hémorrhagie méningée se fût produite au moment même où les contractions du cœur allaient en s'affaiblissant, et où même les quintes de toux, si propres à exagérer la pression du sang, s'éloignaient.

Il y avait, d'ailleurs, dans la variabilité même des symptômes, dans l'irrégularité de leur marche et dans leur groupement, une analogie assez remarquable avec un certain nombre d'observations de coagulation du sang dans les sinus qui existent dans les auteurs. L'apparition de sueurs circonscrites à la face et au cou me rappelait également le sujet de ma première observation, chez lequel j'avais remarqué ce symptôme. Mais ce qui venait surtout ajouter quelque probabilité à la présomption qui résultait de ce rapprochement, c'était l'analyse des conditions organiques si propres, chez cet enfant, à produire une coagulation veineuse : affaibli par des conditions hygiéniques déplorables et par plusieurs maladies consécutives, il était tombé, sous l'influence de l'émétique, dans une prostration extrême, et la faiblesse du pouls trahissait clairement le peu d'énergie de la circulation.

En outre des quintes de coqueluche, qui, tout en s'éloignant, revenaient encore de temps en temps, la complication pulmonaire devait contribuer pour sa part à ralentir la circulation du sang veineux, et cette dernière influence devait se faire sentir dans le crâne plus puissamment que partout ailleurs. On sait, en effet, de quel secours essentiel sont, pour ce système circulatoire, les inspirations profondes, et ici l'expansion pulmonaire devait être fort incomplète, qu'il y eût, d'ailleurs, une véritable pneumonie lobulaire, comme on l'avait supposé, ou seulement une bronchite avec atélectase, comme elle existait en réalité.

J'ai recherché chez cet enfant un signe indiqué récemment par le docteur Gerhardt (*Deutsche Klinik*, 1857, n°s 45 et 46), qui a observé sept fois la coagulation du sang, ou, comme il dit, la *thrombose* des sinus cérébraux chez de jeunes enfants. M. Gerhardt a remarqué que, lorsque l'oblitération porte sur l'un des sinus latéraux, la veine jugulaire externe du même côté est moins remplie que celle du côté opposé. Rien de semblable n'existait chez mon petit malade.

L'examen de la pièce anatomique démontre qu'ici encore c'est d'une simple coagulation du sang, et non d'une phlébite des sinus, qu'il s'agit; au reste, les caillots sont évidemment de date plus récente que ceux de ma première observation, et l'on conçoit facilement que le sujet de celle-ci, moins affaibli que le petit Ozolle, ait pu résister plus longtemps.

Je ne pense pas que l'on puisse mettre en doute le rapport (plus ou moins direct) qui m'a paru évident entre les symptômes observés pendant la vie et la coagulation du sang dans les sinus. M. P. Guersant, qui a soulevé cette difficulté en présence de l'autopsie, n'a pas hésité à reconnaître que la congestion intense de l'encéphale, alors que tout le reste de l'organisme était très anémié, et d'autre part l'épanchement de sérosité, suffiraient pour faire admettre un obstacle local à la circulation veineuse de l'encéphale, alors même qu'il ne serait pas tout donné. La coïncidence de la paralysie du bras *gauche* avec la présence d'une concrétion dans le sinus latéral *droit*, qui reçoit les veines cérébrales et cérébelleuses latérales et inférieures droites, viendrait, s'il le fallait, achever cette démonstration.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

MÉDECINE. — M. *D. de Luca* adresse de Naples un mémoire écrit en italien et ayant pour titre : *Diagnose et guérison des ulcères de l'estomac et des muqueuses en général.*

En terminant ce mémoire, l'auteur le résume en six propositions dont la dernière est « que l'eau de chaux, si elle n'est pas l'unique et exclusif remède contre l'ulcère de l'estomac, en est jusqu'à présent le meilleur qu'on connaisse. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

M. *Namias* envoie de Venise une analyse de son mémoire *sur les principes électro-physiologiques qui doivent guider les applications médicales sur l'électricité.*

« Mes expériences sur les différentes sortes de courants ont, dit-il, mis en évidence ce fait, que les courants continus trop prolongés laissent dans l'organisme une impression profonde qui use et peut aller jusqu'à détruire lentement la vie, tandis que les courants instantanés ou tuent subitement ou ne laissent après eux aucun trouble dans l'organisme. J'ai de même, par la discussion d'observations anciennes, ainsi que par des observations nouvelles qui me sont propres, constaté la supériorité des courants directs pour mettre en action les nerfs du mouvement et la supériorité du courant inverse pour exciter les fonctions des nerfs du sentiment.

M. *Billiard* adresse de Corbigny (Nièvre) un mémoire ayant pour titre : *Étude de l'action des principes immédiats de l'organisme sur le sang veineux*, et annoncé comme faisant suite à un travail déjà présenté sous ce titre : *Établissement du phénomène de l'hématose.* (*Comm.:* MM. Pelouze, Cl. Bernard.)

M. P. *Mantegazza* envoie de Milan une indication des parties sur lesquelles il désire appeler l'attention dans un travail *sur la vitalité des zoospermes de la grenouille et la transplantation des testicules d'un animal à l'autre.* L'ouvrage qu'il analyse dans sa lettre n'est pas encore parvenu à l'Académie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Côte-d'Or, du Pas-de-Calais, des Hautes-Alpes, du Calvados, et dans l'arrondissement de Saint-Pol. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les rapports de MM. les docteurs *Zaleski*, médecin-inspecteur des eaux minérales de Fonsanges (Gard), et *Baron*, inspecteur-adjoint des eaux minérales de la Motte (Isère). (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Vulfranc Gerdy*, qui offre en hommage le buste de feu le professeur *Gerdy*. — *b*. Une lettre par laquelle M. le docteur *Faget*, médecin à la Nouvelle-Orléans, sollicite le titre d'associé étranger. (*Renvoi à la commission.*) — *c*. La relation de quelques accidents attribués à l'iode, par M. le docteur *Affre* (de Biarritz). (*Comm.:* M. Trousseau.) — *d*. Une analyse de l'eau de Bléville, par MM. *Eug. Marchand* et *E. Leudet*. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Une lettre de M. le docteur *Beyran*, qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Renvoi à la commission.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre par laquelle M. le docteur *Sucquet* demande l'ouverture de deux plis cachetés qu'il a déposés, l'un dans la séance du 18 novembre 1856, l'autre dans celle du 27 mars dernier.

Ces deux notes, relatives à des communications non encore décrites, *entre le système veineux et le système artériel*, sont renvoyées à l'examen de MM. Briquet, Gavarret et Robin.

M. *Bouvier* offre en hommage, au nom de l'auteur, M. *Jacob de Heine*, la deuxième édition d'une monographie, écrite en allemand, *sur les paralysies spinales des enfants.* (*Comm.:* M. Bouvier.)

M. *Gavarret* dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, la deuxième édition des *Applications de l'électricité à la thérapeutique*, par M. *Becquerel*, médecin à la Pitié.

Discussion sur la médication iodée.

M. *Henry* lit, au nom de MM. Réveil et O. Henry fils, une note *relative à l'analyse du sel de Salies* (Basses-Pyrénées), de laquelle il

résulte que les sels gris, les seuls employés aux salaisons des viandes et par les classes pauvres des Pyrénées, contiennent bien réellement les proportions d'iode énoncées par M. Trousseau, tandis que les mieux cristallisés de ces sels n'en renferment que des traces infinitésimales, et c'est de ces derniers qu'a parlé M. Chatin dans la dernière séance.

M. *Chatin* répond que les salaisons ne sont pas la nourriture habituelle du pays.

M. *Baillarger*. La production chez les goîtreux d'accidents graves par suite de l'administration de l'iode à la dose de quelques milligrammes, tel est le fait principal de la discussion.

Ce fait, attesté par des médecins dont tout le monde se plaît à reconnaître le talent d'observation, a trouvé dans l'Académie un accueil très différent.

D'une part, MM. Velpeau, Bouchardat et Chatin ont essayé d'atténuer ce qu'il offre d'extraordinaire.

D'autre part, MM. Piorry et Boudet se sont élevés avec énergie contre les assertions de M. Rilliet.

M. Trousseau lui-même, après être resté dans une prudente réserve, a fini par combattre le rapport établi entre l'agent toxique et les accidents observés.

Voilà où en est le débat.

Il me semble, messieurs, qu'il y a un point extrêmement important qui n'a pas été suffisamment pris en considération : il est assurément étrange que l'iodure de potassium, donné chaque jour sans danger à la dose de 10 à 20 grammes, puisse produire, même rarement, des accidents graves lorsqu'on en fait prendre quelques milligrammes à des goîtreux. Mais on oublie que ce fait n'est pas isolé. Il faut se rappeler qu'il coïncide avec un autre fait non moins étrange, mais celui-là parfaitement démontré : c'est la guérison très fréquente et rapide du goître par les mêmes doses auxquelles on attribue les accidents toxiques. M. Trousseau l'a dit, les médecins de Genève peuvent citer à cet égard non plus quelques observations isolées, mais des centaines d'observations.

Voilà donc une anomalie thérapeutique singulière et sans précédent dans la science. Quel est, en effet, le médicament employé en même temps tous les jours dans diverses maladies à la dose de plusieurs grammes, et qui, dans un cas déterminé, réussit aussi bien ou même réussit mieux à la dose de quelques milligrammes ? et cependant rien n'est mieux prouvé. Or, de l'anomalie thérapeutique à l'anomalie toxique, il n'y a qu'un pas, et M. Rilliet l'a fait remarquer avec raison.

Je comprendrais qu'on soutînt que l'action thérapeutique de quelques milligrammes d'iodure de potassium est nulle ; mais, quand on est obligé de reconnaître, au contraire, que cette action est puissante dans un cas spécial, c'est-à-dire chez les goîtreux, on peut bien admettre que les mêmes doses, et dans les mêmes conditions, peuvent dépasser le but et produire des accidents.

On accumule les raisonnements, on invoque les analogies pour nier non pas les faits, mais l'interprétation qui leur est donnée, en d'autres termes, pour nier la réalité de l'iodisme constitutionnel. Pour combattre avec avantage M. Rilliet, il faudrait avoir observé dans les mêmes conditions, c'est-à-dire avoir employé souvent la méthode des petites doses chez les goîtreux. Or, qui l'a fait? M. Trousseau. Lui-même a-t-il une expérience personnelle ? Jusqu'ici on n'a cité aucune observation.

Je ne connais que deux médecins qui aient employé à Paris la méthode de M. C. Coindet chez les goîtreux, c'est M. Barthez et M. Léon Gros. Or, tous deux ont observé l'iodisme.

En résumé, il y a dans ce débat deux faits qu'il est impossible de séparer : la guérison rapide du goître par l'iode à la dose de quelques milligrammes, puis les accidents causés par les mêmes doses. Le premier de ces faits, parfaitement démontré, est le principal argument qu'on peut invoquer pour faire adopter le second. J'ajouterai que l'absence, à Paris, d'observations directes faites dans les mêmes conditions doit, dans tous les cas, commander la plus grande réserve. Et ici j'écarte la circonstance de localité, la question d'accoutumance ou de non-accoutumance. Cette explication de M. Rilliet a été combattue avec raison par M. Trousseau.

La cachexie exophthalmique n'est plus ici une simple prédisposition. Elle donne lieu spontanément aux symptômes de l'iodisme, de sorte que dans l'observation de M. Gros, par exemple, il est très difficile de décider si l'iode est réellement la cause des accidents.

Mais si l'erreur est possible dans le goître exophthalmique, pourquoi ne serait-elle pas possible également dans le goître simple ? Qui peut nous assurer que des goîtreux qui n'ont jamais pris d'iode n'offrent pas spontanément des accidents analogues ?

Cette seconde explication de M. Trousseau, je le répète, est beaucoup plus grave que la première ; elle ne tend à rien moins qu'à détruire l'interprétation de M. Rilliet et à faire regretter la réalité de l'iodisme.

En résumé, le mémoire de M. Rilliet soulève une question nouvelle de physiologie pathologique et de thérapeutique ; il est impossible d'en méconnaître l'importance ; elle est d'ailleurs encore à son début.

Que la méthode des petites doses soit essayée dans des conditions variées, et l'on saura bientôt si la guérison rapide du goître par quelques milligrammes d'iode est une exception, ou si la question devra être agrandie. Quoi qu'il arrive, la science n'a qu'à gagner à ces nouvelles recherches.

Je demande la permission d'ajouter encore quelques mots sur les questions étrangères à l'iodisme, et qui ont occupé une grande partie des deux dernières séances. Je veux parler de l'étiologie du goître et du crétinisme, et des rapports qu'ont entre eux ces deux états.

Je crois que la commission nommée pour l'étude du crétinisme trouvera des faits très importants dans les deux discours de MM. Trousseau et Chatin. Je suis surtout très heureux que cette discussion, mêlée à celle de l'iodisme, ait fourni à M. Trousseau l'occasion de rappeler les beaux travaux de M. Cerise. Cependant je dois faire remarquer que si les débats continuaient sur ce terrain il ne s'agirait plus d'une discussion qui finit, mais bien, au contraire, d'une nouvelle discussion qui commence. Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée.

La question du goître et du crétinisme intéresse au plus haut degré l'hygiène publique, et elle n'est pas de celles qu'on peut traiter incidemment à la fin d'une discussion. Je m'abstiens donc d'entrer dans la question, réservant pour plus tard les documents que j'ai recueillis depuis deux ans.

M. *Trousseau* s'attache à établir que l'iodisme est indépendant du goître. Il rapporte sommairement un certain nombre de faits tendant à démontrer que les accidents attribués à l'iodisme constitutionnel peuvent s'observer dans quelques états morbides, et particulièrement dans l'exophthalmie goîtreuse, sans l'intervention des plus petites proportions d'iode. Même dans le travail de M. Rilliet, on trouve autant de sujets non goîtreux que de malades atteints de goître.

L'orateur, après avoir rappelé l'observation de goître exophthalmique publiée récemment par M. Léon Gros, et un fait qu'il a observé lui-même avec M. Moutard-Martin, pense qu'il faut bien se garder de s'en laisser imposer par certaines névropathies à marche obscure et d'apparence insidieuse, et se garder de confondre, en se laissant aller à une illusion trop facile, les phénomènes de ces affections avec les prétendus effets de certains médicaments.

M. Trousseau termine en maintenant les conclusions de son rapport, et, de plus, en proposant à l'Académie de renvoyer au *Comité de publication* le très intéressant travail de M. Rilliet.

M. *Gibert* et M. *le Secrétaire perpétuel* font remarquer que cette dernière conclusion ne peut être acceptée, vu que le mémoire de M. Rilliet est en voie de publication dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

M. *Ferrus* déclare que, dans les cas nombreux où il a employé ou vu employer l'iode contre le goître, il n'a jamais observé des accidents d'iodisme constitutionnel.

L'orateur appuie les conclusions du rapport ; mais il vient proposer une motion d'ordre. Il voudrait, d'une part, que l'Académie décidât qu'il y a lieu d'éclairer par des recherches nouvelles la question encore obscure et irrésolue de l'iodisme, et qu'elle ajour-

nât à un autre temps l'importante discussion de l'étiologie du goître et du crétinisme, question capitale qui ne saurait être traitée incidemment dans un débat comme celui-ci, et qui mérite de fixer au plus haut degré l'attention de la compagnie.

M. le *Président* met aux voix la conclusion du rapport de M. Trousseau, tendant à adresser des remercîments à M. Rilliet. Cette conclusion est adoptée.

Discussion sur l'emploi thérapeutique de la cinchonine.

M. *Briquet* croit pouvoir résumer dans les quelques mots suivants l'impression qu'il a éprouvée de la lecture du rapport de M. Bouchardat : la cinchonine est un médicament nouveau; elle a des propriétés différentes de celles de la quinine; c'est un remède impuissant ou infidèle qui mérite à peine, dans la thérapeutique des fièvres, de prendre rang à côté de l'arsenic.

L'orateur se propose de développer une opinion contraire.

Et d'abord, la cinchonine n'est pas un médicament nouveau; elle a fait ses preuves depuis longtemps. On peut même dire que c'est avec la cinchonine qu'ont été vérifiées pour la première fois les vertus fébrifuges du quinquina. En effet, il y a cent cinquante ans on ne se servait guère dans le traitement des fièvres intermittentes que du quinquina gris, qui renferme, comme on le sait, des proportions très faibles de quinine et des quantités énormes de cinchonine. Les expériences de Double et de Chomel ont mis cette vérité hors de doute. Ce n'est qu'à partir de 1820, depuis la belle découverte de MM. Pelletier et Caventou, qu'on a substitué dans la thérapeutique des fièvres les autres variétés de quinquina ou quinquina gris, et la quinine à la cinchonine.

Cependant les praticiens n'avaient pas complétement renoncé à l'emploi de ce dernier agent, et son usage s'est encore popularisé davantage depuis que la quinine a atteint un prix si élevé. Parmi les médecins ou les savants qui ont le plus contribué à réhabiliter la cinchonine, on doit citer MM. Dufresne, Herpin (de Genève), Marianni, Dufour, Vahu, Bleynié, Jérôme, Hudellet, etc.

En second lieu, l'orateur démontre que les effets physiologiques de la quinine et de la cinchonine sont analogues. Examinant successivement quelle est l'action de ces deux principes sur les fonctions du cœur, du système nerveux, des organes digestifs et de la rate, il établit que cette action est semblable dans ses phénomènes, et qu'elle ne diffère que par le degré de son intensité. Ainsi la cinchonine agit à la manière de la quinine, mais avec moins d'énergie.

En troisième lieu, M. Briquet attribue à la cinchonine une puissance thérapeutique plus grande que celle que lui accordent MM. Moutard-Martin et Bouchardat. En cela il est d'accord avec tous les praticiens qui ont fait une longue expérience de la cinchonine et qu'il a précédemment nommés. Tandis que M. Moutard-Martin n'a vu guérir que la moitié de ses malades, MM. Pothier, Dufresne, Herpin, Marianni, Bleynié, Jérôme, Vahu et Hudellet ont réussi à guérir presque tous leurs fiévreux avec le sulfate de cinchonine.

M. Briquet se demande si la différence dans ces résultats ne tiendrait pas à la différence de méthode suivie dans l'administration du fébrifuge. L'orateur recommande, à cet égard, quatre règles posées par M. Hudellet, qui consistent à donner le sel de quinquina en solution, toujours à doses graduées et fractionnées, jamais en masse et jamais coup sur coup. M. Briquet doute que M. Moutard-Martin se soit conformé à ces préceptes, dont la rigoureuse observation est, à ses yeux, essentielle et capitale pour arriver à une guérison prompte et certaine de la fièvre.

M. Briquet est d'avis, en outre, que les faits de M. Moutard-Martin ne sont pas entièrement comparables aux expériences qui ont été faites avec le sulfate de quinine. Comme M. Moutard-Martin, Chomel et les médecins qui ont expérimenté le mieux le sel quinique n'ont pas administré d'emblée le remède : ils se sont assurés, au préalable, de l'existence de la fièvre et de sa nature; mais ils se sont contentés de la manifestation d'un ou de deux accès, ils n'ont pas attendu jusqu'au quatrième ou au cinquième, ainsi que l'a fait M. Moutard-Martin. En s'éloignant de ce mode d'expérimentation, il a donc rendu toute comparaison impossible.

L'orateur, en terminant, croit devoir substituer aux propositions adoptées par MM. Moutard-Martin et Bouchardat les conclusions suivantes :

1° La cinchonine est un médicament dont l'efficacité est reconnue et constatée depuis longtemps;

2° Ses effets physiologiques ne diffèrent de ceux de la quinine que par une moindre énergie;

3° La cinchonine est un excellent fébrifuge, capable, dans les cas ordinaires, de guérir aussi sûrement la fièvre intermittente que la quinine. Il y a donc lieu que l'Académie en recommande, en encourage et en vulgarise l'emploi.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 20 AVRIL 1860.

Observations et communications diverses.

V

REVUE DES JOURNAUX.

La glande coccygienne de l'homme, par le professeur Luschka (de Tubingue).

La glande coccygienne est, comme son nom l'indique, située dans le plancher du petit bassin; M. Luschka l'a découverte en faisant des études suivies sur l'anatomie de cette région. Elle n'a, d'ailleurs, pas grand intérêt au point de vue de l'anatomie descriptive ou topographique; mais son existence paraît devoir jeter du jour sur quelques questions d'embryogénie et d'anatomie pathologique. A ce point de vue, la découverte de M. Luschka mérite d'être signalée.

Cette glande, dont l'existence est constante, est un organe impair du volume d'un pois environ, ovalaire, jaune-rougeâtre, à surface inégale. Elle est située immédiatement au-devant du sommet du coccyx, dans une espèce de gouttière médiane comprise entre les deux insertions tendineuses du releveur de l'anus à la quatrième pièce du coccyx; en avant, elle est recouverte par les faisceaux du *rétracteur* de l'anus (dépendance du releveur) et son aponévrose; en arrière, elle répond à l'insertion coccygienne du sphincter anal. On la découvre le plus commodément par son côté postérieur, en disséquant et enlevant successivement la peau et le sphincter de l'anus. Comme elle est ordinairement plongée dans une atmosphère assez abondante de graisse, il est avantageux de faire d'abord cette préparation sur des sujets très amaigris.

Il n'est pas rare de trouver la glande coccygienne composée de cinq à six granulations séparées, du volume d'un grain de millet, suspendues en grappe à des branches très déliées de l'artère sacrée moyenne, et réunies entre elles par du tissu cellulaire. Elle ressemble alors beaucoup aux granulations que l'on rencontre fréquemment dans le voisinage des reins chez les chondroptérygiens, et qui paraissent, d'après les recherches de Stannius, être l'analogue des capsules surrénales. Ces granulations existent, d'ailleurs, également dans les cas où la glande paraît à première vue être formée par une seule masse homogène.

Le parenchyme de la glande coccygienne a toujours une consistance très considérable. Pour l'examiner au microscope, il faut le déchirer à l'aide d'épingles, ou bien en faire des coupes très minces avec des ciseaux; la plupart des détails de structure deviennent, d'ailleurs, plus apparents par l'addition d'acide acétique. En procédant ainsi, on distingue dans le tissu propre de la glande, d'une part un stroma formé par du tissu conjonctif condensé et riche en noyaux, d'autre part des vésicules et des culs-de-sac qui sont renfermés dans les alvéoles du stroma.

Les vésicules, dont les diamètres varient de 0,04 à 0,12 millimètres, sont disséminées en plus ou moins grand nombre parmi les autres éléments. Par leur apparence extérieure, elles ressemblent aux follicules clos du tube digestif; mais elles s'en distinguent par l'absence de vaisseaux et d'un stroma aréolaire dans leur intérieur.

Les culs-de-sac ont une forme et une disposition très irrégulières. Ils sont plus ou moins tordus, contournés de différentes manières et présentant çà et là des étranglements très marqués. Ordinairement simples, ils sont d'autres fois munis d'appendices dont la forme varie beaucoup, ou bien ils se ramifient de manière à simuler assez exactement la disposition des glandes acineuses. Jamais ils ne se réunissent en un conduit excréteur commun.

Ces culs-de-sac, aussi bien que les vésicules, sont formés par une membrane fondamentale hyaline, anhiste, plus ou moins confondue avec le stroma fibreux, et d'éléments cellulaires contenus dans cette membrane. La forme et la disposition de ces derniers éléments sont soumises à de nombreuses variations. Le plus souvent, la face interne de la membrane fondamentale est tapissée d'une couche de cellules à noyaux arrondis analogues à l'épithélium glandulaire; ailleurs, ces cellules se présentent avec les formes irrégulières de certains éléments épithéliaux des plexus choroïdes. Le reste de la cavité est rempli par une masse amorphe dans laquelle sont disséminés un grand nombre de noyaux et de cellules à noyaux; le revêtement épithélial n'existe pas toujours. Enfin, chez les nouveau-nés, on rencontre assez souvent dans quelques vésicules des cellules épithéliales cylindriques, dont quelques-unes sont munies de cils vibratiles. Ce sont ces mêmes cellules que M. Luschka a rencontrées dans quelques cavités d'un kyste multiloculaire, congénital du périnée.

La glande coccygienne reçoit un grand nombre de petits vaisseaux émanés de l'artère sacrée moyenne, et qui se distribuent autour des vésicules et des culs-de-sac en réseaux capillaires à mailles assez larges. On y trouve, en outre, une énorme quantité de nerfs provenant du ganglion coccygien, du ganglion impaire; ou, en l'absence de celui-ci, de réunion en anse des extrémités inférieures des deux grands sympathiques. Ces nerfs forment dans le parenchyme de la glande des plexus à mailles très serrées, et où l'on voit assez souvent des cylindres primitifs se terminer par une extrémité libre renflée en massue; ces extrémités paraissent porter une cellule ganglionnaire, comme les terminaisons nerveuses où l'on rencontre presque constamment, d'après Kölliker, parmi les branches du dernier nerf sacré.

Par sa structure, la glande coccygienne se rapproche singulièrement des glandes dites vasculaires. Il est très remarquable qu'elle se trouve placée à l'endroit qui correspond à l'extrémité inférieure de la corde dorsale, et que l'autre extrémité de celle-ci arrive au grand lobe de la glande pituitaire; or, il s'agit encore ici d'une glande vasculaire, et elle se trouve, en outre, avec l'extrémité céphalique des grands sympathiques dans les rapports identiques avec ceux que la glande coccygienne affecte avec leur extrémité inférieure. Il serait cependant prématuré de vouloir se prononcer dès aujourd'hui sur le développement de la glande pituitaire. Mais on peut admettre déjà que c'est dans cette glande que se développent certains kystes congénitaux du périnée. (*Archiv für pathologische Anatomie*, t. VIII, nouvelle série, p. 106.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Lezioni di patologia generale, dettate da SALVATORE DE RENZI, professore di patologia generale e d'igiene nel real collegio medico-chirurgico napolitano. 1 vol. grand in-8. Napoli, 1856.

Traité de pathologie générale, par M. ED. MONNERET, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. 2 vol. in-8. Paris, 1857, Béchet jeune, libraire-éditeur.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. 1 vol. in-8, avec figures d'anatomie pathologique générale. Paris, 1857, J.-B. Baillière et fils.

Pathologie générale et séméiologie, par MM. J. BÉHIER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, etc., et A. HARDY, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. 1 vol. in-8, deuxième édition. Paris, 1858, Labé.

S'il est vrai que certaines époques privilégiées se font remarquer entre toutes par la rapidité du mouvement intellectuel, par les investigations multipliées et persévérantes, en même temps que par les transformations soudaines qui s'opèrent dans les esprits et dans la direction des travaux scientifiques, on doit, ce nous semble, attribuer au moment actuel l'ensemble de ces caractères et reconnaître que nul autre n'a jamais mieux mérité la qualification d'époque de transition. L'histoire de la première moitié de ce siècle nous offre, en effet, au point de vue des doctrines médicales, un spectacle bien digne d'attention et bien propre à exciter l'intérêt. Sans entrer ici dans des considérations historiques que leur importance même a rendues vulgaires, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler en quelques mots les deux phases principales que la médecine a parcourues depuis soixante ans, ne fût ce que pour mieux nous rendre compte des tendances et des besoins actuels, et pour apprécier plus sûrement les lacunes et les imperfections de quelques-uns des ouvrages contemporains. — Au matérialisme insensé de Cabanis succède une période de confusion et de trouble dans laquelle on pût craindre de voir périr sans retour et la philosophie médicale et ces lois générales qui, seules, permettent de saisir et de coordonner tous les faits de détail. Alors paraît l'ouvrage de Bichat sur les parties similaires; il remettait au jour, en l'élevant au niveau des connaissances modernes, une vérité déjà proclamée par Aristote. Dans l'insouciance où l'on vivait alors des documents historiques, on accueille cette vérité comme nouvelle; en l'absence de tout autre guide, on se jette avec ardeur dans cette voie : le règne de l'anatomie pathologique est institué. Nier les services qu'ont rendus les travaux dirigés dans ce sens serait se refuser à l'évidence; les rappeler ici serait au moins superflu. Mais une science ne vit pas sans principes; ses progrès sont bientôt arrêtés si elle se borne à accumuler des détails, à enregistrer sans cesse des faits nouveaux que l'absence de toute doctrine ne tarde pas à rendre stériles. C'est alors qu'on en revient forcément à la synthèse; c'est alors qu'on éprouve l'impérieux besoin de grouper tant de matériaux épars, d'avoir au moins quelques principes généraux sur lesquels on puisse dorénavant s'appuyer; c'est alors, en un mot, qu'on revient à la pathologie générale. Le traité de Chomel marque le commencement de cette nouvelle période dont les tendances se dessinent de plus en plus aujourd'hui.

Mais si l'on doit se réjouir de ce retour aux études d'ensemble et de généralisation, il faut bien reconnaître, d'un autre côté, qu'on ne rompt pas impunément pendant si longtemps avec les notions philosophiques et avec la tradition médicale. La confusion en était venue à ce point que, lorsqu'on a voulu reconstruire la médecine générale, on ne savait plus au juste quelles étaient ses attributions, dans quelles limites elle devait se renfermer.

Aussi croyons-nous devoir rappeler tout d'abord comment les auteurs justement célèbres du siècle précédent ont compris et traité ce sujet, afin que chacun puisse juger combien certains écrivains modernes détournent de son sens traditionnel l'expression de pathologie générale, combien ils s'écartent de la route tracée par ceux-là même qui ont créé cette branche de la science. Bien que Galien ait écrit des généralités remarquables sur les causes et le siége des maladies; bien que Fernel, Baillou, Stahl, Boerhaave, Hoffmann, Sauvages, Bordeu, se soient attachés, dans plusieurs passages de leurs œuvres, à étudier les principes généraux de la médecine, cependant il faut reconnaître que la pathologie générale ne fut réellement constituée comme science distincte qu'à partir de

Gaubius (*Institutiones pathologiæ medicinalis*, Lug. Bat., 1758, trad. en français par P. Sue, 1788). Il fait pour la première fois une étude générale des attributs communs de toutes les maladies, ou, si l'on aime mieux, il étudie la maladie d'une façon abstraite en passant successivement en revue les aspects divers sous lesquels on peut l'envisager, c'est-à-dire la nature, les causes, les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic, le traitement enfin, dont il examine les méthodes générales, en même temps qu'il cherche à quelles sources doivent être puisées les indications et les contre-indications thérapeutiques. Il fut suivi dans cette voie par Rega (*Accurata medendi methodus*, Coloniæ Agrippinæ, 1765), par Chomel (*Éléments de pathologie générale*, 1817), par Cailliot (*Pathologie générale*, 1819). Le domaine de cette partie de la science semblait donc définitivement constitué, lorsque M. Dubois (d'Amiens) le premier (*Traité de pathologie générale*, Paris, 1837) introduisit dans son livre, à côté des sujets généraux traités par Gaubius et les auteurs cités plus haut, l'étude des principales classes nosologiques, par le motif, souvent allégué depuis, que les phénomènes qui les caractérisent se retrouvent à peu près les mêmes dans toutes les espèces appartenant à un même groupe. Cet exemple a été suivi en France par MM. Monneret et Bouchut, tandis que nous voyons MM. Béhier et Hardy, et M. de Renzi en Italie, rester fidèles à l'interprétation ancienne. Quant à nous, nous croyons fermement que là est la vérité. La pathologie générale, comme le dit très bien M. de Renzi, c'est l'étude théorique ou philosophique des attributs généraux des maladies. C'est ainsi, ajouterons-nous, qu'elle a été comprise par ceux qui l'ont fondée; c'est ainsi qu'on doit l'entendre encore aujourd'hui. Y joindre des généralités, quel qu'en soit d'ailleurs le mérite, sur telle ou telle classe de maladies, c'est faire, non plus de la pathologie générale, mais de la pathologie spéciale généralisée, et ces généralités ont leur place marquée ailleurs, à savoir, en tête de la description particulière des espèces morbides. De plus, il n'y aurait pas de raison pour s'arrêter dans cette voie: on décrit aujourd'hui les caractères des classes nosologiques; mais demain, un autre auteur, se fondant sur une analogie non moins frappante entre les différents ordres, entre les différents genres qui composent les classes, se croira tout aussi autorisé à comprendre dans son livre l'étude synthétique de ces ordres, de ces genres typiques. Laissons donc aux mots leur véritable signification: le domaine de la pathologie générale est fixé, il appartient à chacun d'y faire rentrer les notions nouvelles dont s'enrichit la science, il n'appartient à personne d'en resserrer ou d'en étendre les limites. D'ailleurs, l'opinion que nous critiquons peut dès maintenant être jugée à sa véritable valeur par l'examen attentif des œuvres qu'elle a produites; quiconque voudra les étudier avec soin verra, comme nous-même, que les sujets qui appartiennent à la pathologie spéciale ne peuvent être introduits dans la médecine générale sans que les attributions véritables de cette dernière n'aient à en souffrir, soit que les auteurs passent avec trop de légèreté sur certains points, soit qu'ils laissent dans l'ombre des questions d'une haute importance.

C'est ainsi (pour n'en citer qu'une preuve) que les auteurs dont les ouvrages sont inscrits en tête de cet article ont omis un sujet dont la place est marquée d'avance dans tout traité de pathologie générale, nous voulons dire l'étude de l'homme; or, l'homme est le support de la maladie, et l'interprétation de celle-ci varie nécessairement suivant qu'on accepte ou qu'on rejette telle ou telle doctrine philosophique. Bien plus, il est des questions pleines d'intérêt qui ne peuvent être raisonnablement abordées qu'après une étude approfondie de la nature de l'homme; et, par exemple, quelle idée se faire du célèbre aphorisme : *Natura morborum medicatrix*, si l'on n'a pris soin d'abord de fixer le sens de ce mot *natura?* Or, nous le demandons, à qui se rapporte cette expression si souvent controversée? Ce n'est sans doute pas à quelque être mystérieux qui serait en tiers entre le malade et la maladie; c'est encore moins à la maladie elle-même; car pour admettre cette dernière hypothèse, il faudrait remettre au jour la doctrine éphémère que Cayol a tenté de faire revivre, doctrine qui se résume ainsi: la maladie est une fonction, et qu'un simple syllogisme suffit à renverser: toute fonction suppose un organe chargé de l'exécuter; mais il n'y a pas d'organe chargé de remplir cette fonction qu'on appelle maladie, donc la maladie n'est pas une fonction. Mais si le mot *natura* ne se rapporte pas à la maladie, il se rapporte au malade; c'est-à-dire à l'homme, et voilà ce qui nous autorise à dire que l'étude de la nature de l'homme fait partie intégrante de la pathologie générale. M. de Renzi seul n'a pas craint d'aborder cette question; encore ne le fait-il que d'une façon détournée et comme indirecte. Ce n'est pas, à vrai dire, l'homme qu'il étudie; mais c'est la vie dans l'état de santé, par opposition à la vie dans l'état de maladie. Ainsi il examine d'abord si la physique, la chimie, l'anatomie, le spiritualisme (1), peuvent rendre compte de la vie, et conclut par la négative; puis, étudiant les rapports existant entre la force vitale d'une part, le principe vital (*principio biotico*), les propriétés de tissu et le mélange organique (*mistione organica*) de l'autre, l'auteur conclut que ni l'un ni l'autre de ces systèmes ne peut rendre compte de la vie, que celle-ci doit être considérée comme la contemporaine et non comme le produit de l'organisation; et quant à sa cause, il s'en était expliqué plus haut dans un passage que nous croyons devoir citer : « Mais, dira-t-on, l'esprit humain n'a-t-il pas le moyen d'éviter l'erreur? Certes, il le possède; ce moyen consiste à s'arrêter à temps et à ne pas franchir les limites de l'observation pure. Demandez aux physiciens ce qu'est la *gravité;* ils vous diront que c'est une force assignée par Dieu à la matière, force en vertu de laquelle les corps tendent toujours vers le centre de la terre, d'après une loi qui est la raison inverse du carré de la distance. Demandez aux chimistes ce qu'est l'affinité: C'est, diront-ils, une force donnée par Dieu à la matière, force en vertu de laquelle deux molécules matérielles étant mises en contact ou presque en contact, s'unissent sous une forme définie, et constituent des corps déterminés. Dites alors aux physiciens: « Mais cela ne suffit pas; je voudrais savoir la nature intime de cette force, je voudrais savoir si elle dérive d'un principe particulier ou si elle résulte de l'assemblage de la matière. Le physicien sage vous répondra que la demande est vaine, déplacée et indiscrète, que les lois assignées par Dieu à la constitution des corps n'ont d'autre raison que la puissance et la sagesse infinies de la création, et qu'il ne reste à l'homme qu'à les admirer et à les reconnaître. Mais si le physicien est indiscret, alors il montera en chaire et vous parlera de tourbillons qui tournent, d'atomes crochus, de monades, d'harmonie préétablie, d'émanations subtiles et de mille autres extravagances. Croyez-vous par hasard que les physiologistes et les pathologistes fassent autrement? Quelle différence y a-t-il entre les tourbillons des physiciens et la polarité des physiologistes? » Nous avons traduit ce passage parce que, mieux que tout ce que nous aurions pu dire, il montre dans quel esprit M. de Renzi étudie les questions doctrinales; nous regrettons seulement qu'il n'ait pas séparé soigneusement l'étude de l'homme de celle de la vie et de ses lois. Toutefois, à une époque où les études philosophiques sont tellement dédaignées qu'on craint en quelque sorte de les aborder, et qu'on écarte avec empressement tout ce qui pourrait y conduire, on doit savoir gré au médecin italien de n'avoir pas imité le silence facile de la plupart des auteurs, et d'avoir insisté à plusieurs reprises sur l'importance de ces questions. Cette importance, d'ailleurs, est tellement vraie, tellement incontestable, que M. Monneret prévoit qu'on pourra lui reprocher cette lacune, et essaie de se mettre à l'abri de toute objection, en déclarant dans ses *Prolégomènes* qu'il laissera de côté « toutes ces vaines généralités qui se trouvent dans les livres du commencement de ce siècle, et que les études positives de notre époque dédaignent avec juste raison. » Or, c'est là ce que nous ne saurions admettre; nous ne pouvons penser qu'il soit inutile de s'occuper de notions générales, surtout lorsque ces notions constituent la seule base, le seul fondement de la science qu'on enseigne. Qu'on le remarque bien; nous ne nous faisons point ici le champion d'une école, encore moins le soutien d'une doctrine; peu nous importe, pour le moment, l'idée que chacun peut se faire de la nature de l'homme; nous voulons dire seulement que

(1) Nous devons avertir le lecteur que M. de Renzi établit partout la confusion la plus complète entre le spiritualisme et le dualisme.

c'est là une question primordiale dont la solution doit précéder toute autre étude, puisqu'une légère divergence au point de départ ne tarde pas à entraîner des différences capitales dans l'appréciation de tous les phénomènes pathologiques. Cela est si vrai, que les quatre grandes doctrines qui ont régné dans l'antiquité; et qui se partagent encore aujourd'hui les esprits (nous ne parlons qu'au point de vue médical), sont basées uniquement sur l'interprétation différente de la nature de l'homme. De là sont sortis, en effet, le panthéisme, avec Pythagore et Parménide ; le dualisme, avec Hippocrate; le matérialisme, avec Asclépiade de Bithynie ; le spiritualisme, avec Aristote.

Et d'ailleurs il est toujours dangereux de dédaigner, sous prétexte de stérilité, les enseignements de la philosophie lorsque l'on crée une œuvre qui ne comporte que des idées générales. Nous en trouvons une preuve irrécusable dans les diverses définitions de la maladie qui sont inscrites en tête des ouvrages qui nous occupent. Ici nous demandons la permission d'entrer dans quelques détails, que justifieront aisément la gravité et l'intérêt de cette question. Nous ne pouvons d'ailleurs prétendre, vu l'espace restreint dont nous disposons, à donner une analyse complète de quatre traités de pathologie générale ; faire connaître l'esprit et la méthode dans lesquels ils ont été conçus, tel est le seul but que nous devions nous proposer, et pour y parvenir nous ne saurions mieux faire, pensons-nous, que d'examiner successivement certains sujets qui doivent à leur importance le privilége de primer tous les autres, et qui ont toujours servi de critérium lorsqu'il s'est agi d'apprécier rapidement les tendances et les doctrines d'un auteur. A ce titre, la définition de la maladie, la manière de la concevoir réclame, on en conviendra, la première place.

M. Monneret, qui nous paraît représenter le syncrétisme moderne, définit la maladie : *Un état anormal du corps vivant caractérisé par une altération de structure ou par un trouble de fonction.* L'autorité légitime qui accompagne le nom de l'auteur, la juste considération qui s'attache à toutes ses œuvres, nous interdiraient toute critique s'il n'avait lui-même abandonné sa définition en plusieurs circonstances, nous enhardissant ainsi à formuler quelques objections. Si M. Monneret avait bien voulu oublier quelques instants son antipathie pour les subtilités de la dialectique, il aurait vu, comme nous, que cette définition est insuffisante, puisqu'elle ne s'applique pas exclusivement à l'objet qu'elle veut définir; il aurait vu que cette insuffisance tient simplement à l'absence de l'une des conditions que la logique impose à toute définition. Celle-ci, en effet, qu'elle soit essentielle ou descriptive, quel que soit le sujet qu'elle ait en vue, doit procéder *per genus proximum* et *discrimen specificum*. Or, nous voyons bien ici le genre prochain, c'est l'état anormal du corps vivant; mais où est la différence spécifique qui sépare cet état anormal particulier, auquel on donne le nom de maladie, de tous les autres états contre nature que l'homme peut présenter? On n'alléguera pas, sans doute, que la différence spécifique est instituée par l'altération de structure ou le trouble fonctionnel, puisqu'il n'est aucun des états anormaux du corps vivant qui ne se révèle par l'un ou l'autre de ces caractères : dira-t-on que le nom de maladie doit s'appliquer à tous ces états contre nature? Évidemment non, car maladie deviendrait alors synonyme de lésion ou de symptôme. En veut-on la preuve? L'homme qui vomit est dans un état anormal, cet état anormal est caractérisé par un trouble de fonction qui est ici le vomissement : donc tout vomissement est une maladie. Le même raisonnement s'appliquerait avec autant de vérité à la dyspnée, à la céphalalgie et à une foule d'autres états anormaux que M. Monneret lui-même raye du nombre des maladies. Enfin la définition que nous combattons est si réellement insuffisante que l'auteur est forcé d'en avoir une à peu près semblable pour les phénomènes morbides ou symptômes : « On appelle phénomène morbide toute espèce de changement survenu dans les propriétés vitales, physiques et chimiques des parties constituantes du corps, changement qui est appréciable pour le médecin ou pour le malade. » Qui ne retrouverait là l'état anormal du corps, caractérisé par une altération de structure ou un trouble de fonction? Où est la différence entre le symptôme et la maladie? Et pour qu'on ne nous accuse pas de mettre en avant des idées personnelles, comparons la définition que donne Boerhaave dans ses *Institutiones medicæ : « Id præternaturale quod ex morbo ut causa, in corpore ægroto fit* ita ut distingui queat tamen ab ipso morbo, et ab ejus causa proxima, *vocatur συμπτωμα morbi.* » Notre intention dans tout ceci n'est point de blâmer, mais de montrer l'importance de certaines règles fondamentales qu'on est trop porté à négliger aujourd'hui. Hâtons-nous d'ailleurs de rendre à M. Monneret cette justice qu'il n'est pas resté lui-même fidèle à sa définition; lorsqu'en effet il étudie les périodes des maladies, il a soin de dire que celles-ci nous sont connues par des actes morbides et *par leurs phénomènes, qui se succèdent dans un ordre régulier et à peu près constant.* Voilà donc un caractère de plus, et un caractère de premier ordre, et comme d'autre part l'auteur admet l'entité maladie, il se trouve posséder, en fin de compte, les principaux éléments d'une bonne définition.

Et d'ailleurs, pour se convaincre que M. Monneret professe sur la notion maladie, des idées bien plus justes que celles qu'impliquait d'abord sa définition, il suffirait de lire le chapitre qu'il a consacré aux classifications. Là, en effet, il a traité avec une clarté et une sagacité remarquables, tout ce qui a trait à l'espèce pathologique ; il en a parfaitement exposé les caractères distinctifs et la valeur ; nous transcrirons ici une phrase qui résume sa manière de voir sur ce point capital : « Notre intelligence crée ainsi des archétypes qui reproduisent d'une manière abstraite et purement subjective les espèces qui existent réellement dans la nature. Ce sont des *unités pathologiques*, abstraites si l'on veut, mais qui correspondent très exactement à l'unité matérielle et concrète que nous appelons le malade. » On ne saurait mieux dire, on ne saurait approcher plus près de l'idée philosophique. On sait, en effet, qu'il y a lieu d'admettre deux sortes d'essences : les essences d'ordre abstrait, les essences d'ordre concret. L'espèce pathologique appartient évidemment à la première *catégorie.*

L'idée d'espèce morbide est d'ailleurs tellement vraie, tellement conforme à la nature des choses qu'on est toujours forcé, sous peine de méconnaître tous les résultats de l'observation, d'en arriver là, malgré l'anathème lancé par Broussais contre les *ontologistes* (anathème qui d'ailleurs eût bien pu être retourné contre son auteur, puisqu'il consacre lui-même l'*ontologie* en employant sans cesse les mots : pneumonie, gastro-entérite, etc.) Aussi MM. Béhier et Hardy ont-ils compris, avec non moins de justesse, l'espèce pathologique, ainsi d'ailleurs que l'ont fait les auteurs les plus justement recommandables. Il ont en outre très bien montré comment la création des espèces résulte, non point d'une vue hypothétique de l'esprit, mais de la saine et rigoureuse observation; on ne peut se refuser à admettre avec eux, que des phénomènes qui se présentent constamment réunis, avec une marche, une terminaison et des résultats toujours identiques, dans des conditions toujours semblables, doivent avoir un point de départ commun, et doivent former un groupe séparé de tous les autres par des différences plus ou moins absolues; par conséquent, constituer ainsi les maladies à l'état d'individualité, c'est rester dans la simple observation des faits, c'est les classer à l'aide de leurs analogies et de leurs différences. Nous pensons que chacun s'associera à cette manière de voir.

Du reste, la définition que ces auteurs ont donnée de la maladie, quoique différente dans les termes de celle de M. Monneret, s'en rapproche beaucoup quant au fond; comme celle-ci, elle nous semble une émanation directe de celle de Galien. Nous définissons la maladie, disent MM. Béhier et Hardy : *toute modification, soit anatomique, soit physiologique, soit chimique, survenue dans l'économie accidentellement, et en dehors de toute action organique régulière.* Cette dernière condition est de la plus haute importance; elle prévient, en grande partie, la confusion entre le symptôme et la maladie, et élague du cadre des maladies, ainsi que les auteurs le font remarquer, le malaise qu'éprouvent les femmes à l'époque menstruelle, et les phénomènes qui accompagnent ou suivent la grossesse et l'accouchement, etc.; ce sont là, en effet, disent-ils, des circonstances que l'on doit regarder comme résultant seulement de l'accomplissement d'une fonction. Ceci nous semble incontestable, et nous ne saurions comprendre, pour notre part, sur quoi

se fonde M. Bouchut pour blâmer cette interprétation, et pour ranger dans les maladies le malaise plus ou moins prononcé, suivant les sujets, qui accompagne la menstruation. Ce malaise est inhérent à l'accomplissement physiologique de la fonction; s'il dépasse certaines limites, il prend un nom spécial, celui de dysménorrhée; mais pour qui la dysménorrhée est-elle une maladie?

Il est vrai de dire que M. Bouchut devait être fatalement conduit à raisonner ainsi par suite de la manière dont il conçoit la maladie. Pour lui, *c'est un désordre des forces et des parties constituantes du corps nécessaires à l'exercice des fonctions*. Mais il ne s'en tient pas là, et il est curieux de voir comment, en cherchant à développer son idée, il s'écarte de plus en plus du jalon qu'il a posé lui-même au départ, pour arriver enfin à une seconde définition, à laquelle il semble attacher un grand prix, mais qui n'est point la conséquence légitime de la première. Après avoir défini la maladie comme nous venons de le dire, l'auteur continue ainsi : « Ce qui la caractérise, quoi qu'on ait dit, c'est le trouble partiel ou général des fonctions. » Singulière inconséquence! c'était tout à l'heure un désordre des forces et des parties nécessaires à l'exercice des fonctions, et maintenant il ne s'agit plus de ce désordre des forces, etc., c'est le trouble fonctionnel qui de secondaire devient primordial. Il ne sera pas déplacé de rappeler ici Boerhaave, qui, lui aussi, a défini la maladie par les troubles fonctionnels, et qui s'écarte néanmoins, autant qu'il est possible, de la définition que nous discutons. Il dit, en effet (*loco citato*) : « *Status corporis viventis* tollens *facultatem exercendæ actionis cujuscumque vocatur morbus*. » La différence est palpable; mais poursuivons : « Il n'est pas de maladie, continue M. Bouchut, sans un désordre primitif de la puissance régulatrice des mouvements vitaux organiques. Il est impossible de rien comprendre à son développement sans faire la part de cette modification première en vertu de laquelle les fonctions de circulation, d'absorption, d'exhalation, de sentiment du tissu affecté, en même temps que sa texture intime, se troublent d'une manière plus ou moins apparente. » Et plus loin : « Une phlegmasie se développe; elle est la réaction de la faculté impressible d'un organe contre une influence morbide quelconque. » La conclusion, la voici : *Les maladies sont des impressions transformées*. — Il semblerait vraiment qu'on quitte ici le terrain de la médecine pour entrer sur celui de la fantaisie. Nous ne nous arrêterons point à faire remarquer que cette prétendue définition n'en est pas une; nous voulons seulement montrer ici qu'elle a une portée que l'auteur n'a sans doute pas soupçonnée, et qu'elle l'entraînerait un peu loin s'il voulait s'y astreindre rigoureusement. Ce n'est rien moins, en effet, que du panthéisme pur s'il en fût jamais. En effet, qu'est-ce que la puissance régulatrice des mouvements vitaux organiques dont il est parlé plus haut? C'est le principe créateur, ou tout au moins le principe vital. Par qui sont subies ces impressions transformées qui constituent la maladie? Par ce même principe évidemment; mais alors toutes ces variétés ne sont que des aspects divers par lesquels il se révèle à nous; mais alors la santé n'est qu'une face de la maladie, ou, inversement, la maladie n'est qu'une face, une transformation de la santé; dès lors tout est dans tout, la maladie est la santé. On devine le résultat, c'est la négation de toutes choses. Et pour nous borner à la médecine, que fera le médecin panthéiste, si du moins il est conséquent? Il ne fera rien, absolument rien; il observera avec intérêt la nouvelle face sous laquelle il plaît au principe de se révéler, la nouvelle transformation qu'il lui plaît de subir, voilà tout; il hésitera même à décider laquelle de la face actuelle ou de la précédente est la bonne. Nous craindrions d'insister davantage; nous avons simplement voulu montrer où peut conduire une définition qui n'obéit à aucune des règles de la logique, nous avons voulu montrer où peut mener, si l'on en déduit les conséquences rigoureuses, une prémisse trop légèrement adoptée pour point de départ. Hâtons-nous d'ajouter que M. Bouchut a complétement échappé au danger que nous signalons, et que dans une étude vraiment remarquable de la nature médicatrice et des indications thérapeutiques, il s'élève avec l'indignation du vrai médecin contre ceux qui font de la médecine une méditation sur la mort.

(*La suite à un prochain numéro.*) S. Jaccoud.

VII

VARIÉTÉS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les cours d'été de la Faculté, ouverts depuis le 2 avril 1860, ont lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacologie	Regnault	Lundi, mercredi, vendredi	A 10 h. 3/4
Accouchements, maladies des femmes et des enfants	Moreau, remplacé par M. Blot, agrégé	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Pathologie médicale	Duméril, rempl. par M. Bouchut, agrégé	Lundi, mercredi, vendredi	A 2 h.
Pathologie chirurgicale	Gosselin	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Hygiène	Bouchardat	Mardi, jeudi, samedi	A 4 h.
Histoire natur. médicale	Moquin-Tandon	Mardi, jeudi, samedi	A 11 h.
Anatomie pathologique	Cruveilhier	Mardi, jeudi, samedi	A midi.
Physiologie	Longet, remplacé par M. Verneuil, agrégé	Mardi, jeudi, samedi	A 1 h.
Thérap. et mat. médicale	Grisolle	Mardi, jeudi, samedi	A 3 h.
Médecine légale	Adelon, remplacé par M. Tardieu, agrégé	Mardi, jeudi, samedi	A 2 h.
Clinique médicale	Bouillaud	à la Charité.	
	Piorry	à la Charité.	
	Rostan, rempl. par M. Aran, agrégé	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale	Jobert (de Lamballe)	à l'Hôtel-Dieu.	
	Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements	P. Dubois	à l'hôp. de la Faculté.	
		Tous les jours, le matin.	7 à 10 h.

Nous continuons à recevoir des dons destinés à soulager l'infortune de l'honorable confrère à qui nous avons déjà transmis la somme de 300 francs, M. le docteur J. R..., qui a enseigné la chirurgie pratique à plusieurs générations d'élèves de tous les pays.

— M. le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé, a commencé le cours de médecine légale à la Faculté de médecine, hier 19 avril, à deux heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. Bouchut, suppléant de M. le professeur Duméril, commencera son cours de pathologie interne le vendredi 20 avril courant, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la Faculté, et le continuera trois fois par semaine.

— M. le docteur Hippolyte Blot, professeur agrégé désigné par la Faculté pour suppléer M. le professeur Moreau, commencera le cours d'accouchements à la Faculté de médecine le lundi 23 avril, à trois heures, et le continuera, à la même heure, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— M. Aran, agrégé à la Faculté, chargé de suppléer M. le professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu, pendant le semestre d'été, commencera ses leçons cliniques le lundi 16 avril, et les continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Visite des malades tous les jours à sept heures et demie.

— M. le docteur Tavignot ouvrira son cours pratique des maladies des yeux, lundi 23 avril, à trois heures, au dispensaire Saint-Côme, 8, rue Grégoire-de-Tours, près la rue Buci.

— M. le général Carron du Villards, inspecteur général honoraire du corps de la chirurgie militaire au Mexique, est mort récemment à Rio-Janeiro, à l'âge de cinquante-neuf ans.

— Par décret du 30 mars 1860, M. le docteur Rolland a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Yonne, à Auxerre.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 27 AVRIL 1860. N° 17.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 17 avril 1860, M. le docteur Dumont est nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Potain, nommé agrégé stagiaire.

— Par arrêtés, en date du 20 avril 1860, M. Herbet, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à ladite École, en remplacement de M. Andrieu, décédé.

M. Thuillier (Auguste), prosecteur près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur suppléant à ladite École pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, en remplacement de M. Herbet, nommé professeur adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 19 mars au 2 avril 1860.

47. BRULLÉ, Émile-Augustin-Florent, né à Tollent (Pas-de-Calais). [*De l'empoisonnement aigu par le phosphore.*]

48. GELLÉ, Marie-Ernest, né à Beauvais (Oise). [*De la valeur de la médication arsenicale dans la chorée.*]

49. HARO, François-Auguste, né à Metz (Moselle). [*De l'intermittence morbide.*]

50. MOULINET, Jean-Léonce, né à Fronsac (Gironde). [*De l'influence de la grossesse sur l'innervation.*]

51. BRUNEAU, Vital, né à Villaines-la-Juhel (Mayenne). [*Des abcès migrateurs ossifluents; diagnostic et traitement.*]

52. CHABALIEZ, Jean-Louis-Charles, né à Saint-Bonnet-le-Château (Loire). [*Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes; hygiène et prophylaxie.*]

53. LEROY, Raoul-Ant.-Auguste, né à Évreux (Eure). [*Relation médicale du voyage de* la Persévérante *dans l'océan Pacifique de 1855 à 1858.*]

54. MAUGIN, Auguste-Paul, né à Douai (Nord). [*Quelques réflexions sur la valeur de l'hypothèse en médecine.*]

55. GARNIER, Jean-Charles-Almire, né à Lavenay (Sarthe). [*Compte rendu des faits de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le service de M. Barthez, pendant l'année 1859.*]

56. LISCOAT, Dominique-François, né à Plounéourt-Trez (Finistère).

FEUILLETON.

Revue.

MINGENS AD PARIETEM.

« Je m'élance hors du vaisseau, désireux d'entendre la voix d'un mortel et d'apercevoir quelques travaux de sa main. » C'est le feuilleton qui parle ainsi, en mettant le pied sur la rive professionnelle, inquiet de savoir ce que le cours des choses médicales aura amassé pour le profit de la *Revue* mensuelle. Mais il a tort de se lamenter, le feuilleton. Un être aussi grêle, aussi chétif et qui n'est bon à rien dans ce monde, est tenu de pratiquer le précepte de Senèque : *parvo assuescere*. Or, il n'est pas absolument sans ressources en ce moment, et pour peu qu'il y mette de bonne volonté, il peut fournir à l'appétit périodique du lecteur, *mingens ad parietem*, son contingent accoutumé.

Mingens ad parietem, est-ce bien là, en effet, une définition de l'homme par la Bible? Notre dernière revue a laissé cette question dans un provisoire qui nous impose l'obligation d'y revenir. Il nous avait paru très possible que les mots rapportés par M. Trousseau se trouvassent dans le *livre des Rois*, mais en même temps très douteux qu'ils comportassent une désignation générique de l'espèce humaine (comme fait, par exemple, la définition de Platon), d'abord en raison de la singularité de l'idée, et puis parce que la place d'une caractéristique quelconque de l'homme ne nous paraissait pas devoir être dans une histoire des rois hébreux. Commençons par dire que les mots sont dans la Bible, qu'ils se trouvent exclusivement dans *les Rois*, enfin qu'ils s'appliquent à l'homme. Il suffit d'ouvrir le SACRORUM BIBLIORUM CONCORDANTIÆ, au mot *mingens*, pour être en mesure de constater qu'ils ne sont pas répétés moins de six fois dans la partie des livres saints que nous venons d'indiquer. Voici les textes :

LIVRE I, *ch.* 25. David, apprenant dans le désert que Nabal faisait tondre ses brebis, le fait prier par dix jeunes hommes de lui donner ce qu'il lui plaira (quodcumque invenerit manus tua). Ayant essuyé un refus, David fait prendre les armes à ses gens et

[*De la pneumonie des vieillards considérée dans ses rapports avec le catarrhe et la pleurésie.*]

57. GAUTIER DU DEFAIX, Frout-Ernest-Marie, né à Sigoulès (Dordogne). [*Études sur les communications des cavités gauche et droite du cœur.*]

58. NÉLATON, Charles-Eugène, né à Paris (Seine). [*Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os, ou tumeurs à myéloplaxes.*] (Avec 3 planches coloriées.)

59. BAZIRE, Pierre-Victor, né à Port-Louis (île Maurice). [*De la résection de l'articulation coxo-fémorale dans certains cas de coxalgie.*]

60. DEREINS, Jean-Baptiste, né à Troyes (Aube). [*Études premières sur les maladies des âges.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

BOURBON.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 26 avril 1860.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : ACCIDENTS NÉVRALGIQUES ET PARALYTIQUES COMPLEXES A LA SUITE D'UNE SAIGNÉE.—NÉVRALGIES REBELLES DES MOIGNONS. — QUELQUES REMARQUES SUR LES PLAIES DES NERFS ET SUR LES ACCIDENTS QUI EN RÉSULTENT. — INJECTION A L'ATROPINE CONTRE LE TÉTANOS. — ACADÉMIES : OSTÉO-MYÉLITE ; DÉSARTICULATION DE LA CUISSE; LE SULFATE DE CINCHONINE.

La Société de chirurgie a tout récemment reçu d'un praticien de province, le docteur Vinatier, une observation très intéressante qui a provoqué une discussion malheureusement trop courte. Il s'agit des accidents singuliers qui peuvent succéder à l'opération de la saignée, accidents qu'on ne peut rapporter qu'à la lésion d'un rameau nerveux intéressé par la lancette en même temps que la veine : c'est M. Robert qui a communiqué de la part de l'auteur le fait dont voici l'analyse (*Gazette des hôpitaux*, 7 et 14 avril 1860, p. 167-179) :

OBS. Une religieuse de trente-huit ans contracta, à l'âge de vingt-quatre ans, une fièvre typhoïde dont les suites, jointes à une vie très austère, l'ont jetée dans la chloro-anémie avec amaigrissement assez prononcé. En mars 1858, elle fut saignée à la médiane céphalique gauche; l'opération, peu méthodique, fut accompagnée d'une douleur très vive au point piqué. Depuis ce jour, les souffrances n'ont plus cessé, très vives, lancinantes, avec exacerbation, laissant à peine du repos; mouvements de l'avant-bras très pénibles en général, celui de pronation impossible pendant un mois. Légère diminution des douleurs en juillet 1859, mais lourdeur et gêne des mouvements dans l'avant-bras; fourmillements continus dans le pouce et le médius, douleurs très vives dans les trois premiers doigts et l'éminence hypothénar, la préhension des objets est impossible. Aucun traitement. En février 1860, l'avant-bras et la main paraissent si lourds, que la malade les soutient avec la main droite; paralysie de la main et des doigts, sauf l'annulaire et l'auriculaire; flexion de l'avant-bras, lente, pénible, fort incomplète; le bras devient pesant. Douleur toujours très vive, suivant le trajet d'une ligne brisée qui, partant de la cicatrice, descend le long du grand supinateur, puis devient externe vers le milieu de l'avant-bras, et suit le bord externe du radius, jusqu'à l'articulation du poignet. La douleur s'irradie de là aux trois premiers doigts et à la portion correspondante de la main; elle est intolérable au niveau de la cicatrice de la saignée, la pression sur un point quelconque du trajet la réveille sur-le-champ. Aucune tumeur ne put être découverte.

Traitement. — Injections sous-cutanées de sulfate d'atropine qui amènent des phénomènes très marqués d'intoxication, mais un très grand soulagement; applications de l'électricité pour remédier à la paralysie. La douleur reparaît en certains points, en d'autres on constate de l'anesthésie cutanée partielle; partout ailleurs la sensibilité du membre est normale.

Tous les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité; mais ceux de la région externe de l'avant-bras, tout en obéissant à l'excitation, ont perdu la *sensation d'activité musculaire;* refroidissement fréquent du bras, qu'on a peine à réchauffer.

A la fin de février, la douleur, qui n'avait jamais dépassé le pli du coude, paraît remonter le long du nerf radial.

M. Vinatier écrivit alors à la Société de chirurgie pour savoir s'il devait faire une opération chirurgicale, section, excision ou cautérisation du nerf. En attendant la réponse, douze nouvelles injections sous-cutanées, pommade à la strychnine en frictions, électrisation tous les jours. Ces moyens ont amené une très grande amélioration, comme l'attestent les détails longs, mais très intéressants, qui terminent l'observation.

Un régime tonique et ferrugineux est associé à la cure locale.

Quoique incomplète, cette observation, dont je ne fais ici qu'une analyse concise, est aussi remarquable au point de vue physiologique qu'au point de vue thérapeutique. Il reste cependant un point obscur : quel nerf a été blessé, le musculo-cutané ou le radial? On peut alléguer des raisons valables pour les deux hypothèses.

A propos de ces singuliers phénomènes, MM. Robert, Cloquet, Legouest, Larrey, citèrent des faits plus ou moins analogues qui tous sont d'une interprétation difficile. Nous-même, à ce propos, après avoir consulté nos notes, rappelâmes que

---

marche sur Nabal en s'écriant : « *Hæc faciat Deus inimicis David, et hæc addat, si reliquero de omnibus quæ ad ipsum pertinent, usque mane,* mingentem ad parietem. » (Verset 22.)

Ibidem. L'épouse de Nabal, effrayée, court au devant de David avec des présents, et celui-ci lui répond : « *Nisi cito venisses in occursum mihi, non remansisset Nabal usque ad lucem matutinam,* mingens ad parietem. » (Verset 34.)

LIVRE III, *ch.* 14. Jéroboam ayant un fils malade, envoie sa femme consulter Ahias. Le prophète lui répond : « *Vade et dic Jeroboam : Hæc dicit Dominus Israel... : operatus es mala super omnes qui fuerunt ante te... Idcirco ecce ego inducam mala super domum Jeroboam, et percutiam de Jeroboam* mingentem ad parietem, *et clausum et novissimum in Israel.* » (Verset 10.)

LIVRE III, *ch.* 16. Ela, fils de Baasa, régnait sur Israël. Un chef de sa cavalerie, Zambri, se révolta contre lui, le mit à mort, et monta sur son trône : « *Cumque regnasset et sedisset super solium ejus, percussit omnem domum Baasa, et non dereliquit ex eâ* mingentem ad parietem, *et propinquos et amicos ejus.* » (Verset 11.)

LIVRE III, *ch.* 21. Naboth ayant été lapidé, sur un faux témoignage, pour crime de blasphème, Jezabel excite Achab à prendre possession de la vigne de Naboth; mais le Seigneur envoie contre l'usurpateur le prophète Élie, qui lui dit : « *Ecce ego inducam super te malum, et demetam posteriora tua, et interficiam de Achab* mingentem ad parietem *et clausum et ultimum in Israel.* » (Verset 21.)

LIVRE IV, *ch.* 9. Élisée charge un des enfants des prophètes d'aller verser de l'huile sur la tête de Jehu, en lui disant, au nom du Seigneur : Je vous ai sacré roi d'Israël : « *Perdamque omnem domum Achab, et interficiam de Achab* mingentem ad parietem, *et clausum et novissimum in Israel.* » (Verset 8.)

Ainsi, par six fois, les êtres que Dieu veut exterminer sont désignés comme *pissant contre la muraille.* Mais ces êtres, quels sont-ils, et, s'ils sont de l'espèce humaine, est-ce à l'espèce tout entière et en tant qu'espèce, ou seulement à certains individus de l'espèce, que s'applique la qualification? En d'autres termes, pour la Bible, la locution *mingens ad parietem* est-elle ou non une définition *per genus* de l'homme ?

la science possédait déjà plusieurs observations semblables dans lesquelles les accidents les plus divers, mais surtout névralgiques, avaient pris naissance, soit à la suite de saignées, soit après la blessure des nerfs sous-cutanés.

Nous citions à ce propos les observations de Sabatier, Verpinet, Hamilton, qui les a empruntés lui-même à sir Ph. Crampton et à d'autres chirurgiens anglais; enfin l'observation de M. Borelli, dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a donné une analyse (t. VI, p. 63).

L'observation de M. Vinatier est d'autant plus intéressante que la guérison peut être espérée sans une opération chirurgicale, que les chirurgiens précités ont parfois pratiquée heureusement, et que les membres de la Société de chirurgie, M. Robert et nous-même en tête, considérions comme indiquée.

Il est à espérer que la suite de ce fait sera communiquée.

M. Larrey cita dans la discussion un cas de cicatrice douloureuse qui nous rappelait les névralgies parfois insupportables qu'on observe dans les moignons d'amputation. Les névromes traumatiques qui se forment à l'extrémité coupée des nerfs semblent souvent en être le siége; la section des nerfs, au-dessus de ces névromes, ou même l'extirpation de ces renflements, paraît indiquée. Ces opérations ont été pratiquées avec succès, si je ne me trompe, et il serait à désirer que les faits de ce genre fussent réunis.

J'ai lu dans un journal américain (*The North American Medico-Chirurgical Review*, mars 1859, p. 298) un cas où l'intervention chirurgicale fut plus cruelle encore, car, avant de se décider à sectionner le nerf sciatique au-dessous de l'ischion, on fit subir au membre inférieur *trois amputations successives* en remontant toujours vers le tronc.

Mon ami, M. Lefort, a trouvé dans ses lectures un cas plus effrayant encore, puisque, pour poursuivre la névralgie, on aurait osé *désarticuler la cuisse*. L'opéré guérit!!!

Notre chirurgie française est moins hardie, et pourtant de pareils faits ne laissent pas que d'être intéressants, et il serait bon qu'ils fussent connus dans leurs détails.

Qu'on nous permette d'ajouter à ces brèves indications quelques courtes remarques. En rappelant ces faits, nous ne soulevons, à la vérité, aucune question nouvelle; mais nous voudrions provoquer de nouvelles recherches sur le singulier retentissement que peut avoir sur tout l'ensemble du système nerveux périphérique la lésion si peu importante, en apparence, d'un filet nerveux quelquefois infiniment grêle.

Malgré les progrès de la physiologie normale et pathologique du système nerveux, l'interprétation des phénomènes morbides que nous voyons apparaître en pareil cas est encore remplie de difficultés et d'obscurité.

Quelles conditions président à leur apparition, à la variété des formes qu'ils affectent, au degré de gravité si variable qu'ils présentent? Nous l'ignorons.

L'étiologie, l'anatomie pathologique, ne nous en rendent un compte ni satisfaisant ni suffisant.

Dans les antécédents, nous trouvons toujours, il est vrai, une action traumatique. Nous admettons qu'il y a eu blessure d'un filet nerveux, et cette blessure, nous la constatons parfois directement. Les dissections assez rares ont quelquefois montré sur les nerfs intéressés les lésions de l'inflammation aiguë, ou bien l'existence de renflements plus ou moins volumineux, plus ou moins durs et sensibles au contact. Ces renflements tantôt montrent des traces d'inflammation récente ou ancienne, tantôt s'offrent à nous sous l'apparence de simples nodosités fibreuses parsemées çà et là de tubes nerveux plus ou moins abondants, plus ou moins altérés. Mais, sans dédaigner les notions susdites, comment expliquer la rareté des accidents en question? Les plaies sont infiniment fréquentes; la richesse nerveuse des téguments est telle que la plupart des solutions de continuité intéresse certainement quelque rameau nerveux superficiel ou profond. Le travail de cicatrisation est à bon droit considéré comme s'effectuant par un mécanisme toujours fort semblable à lui-même, et cependant à peine trouvera-t-on une fois sur mille la phlébotomie, les plaies cutanées ou profondes suivies du développement de phénomènes névralgiques ou convulsifs permanents. L'étendue de la plaie, la nature de l'agent vulnérant, son mode d'action, ne nous éclairent pas davantage. Les nerfs purement sensitifs qui rampent dans le tissu cellulaire sous-cutané donnent-ils plus sûrement naissance à ces accidents que les cordons mixtes où les fibres motrices s'associent aux fibres sensitives? Nous n'en savons rien, et l'on peut également mettre en doute l'influence assez problématique d'une section incomplète du nerf, qui n'a pas été assez souvent constatée directement.

Admettons l'influence des renflements fibreux; mais ils paraissent se produire très communément, sinon toujours, après les plaies des nerfs, comme on le constate à peu près invariablement sur les moignons d'amputations. Cependant, s'il n'est pas rare de voir des amputés atteints de quelques douleurs névralgiques, celles-ci atteignent bien rarement la ténacité et l'intensité qu'elles présentaient dans l'observation du docteur Blackman; puis, à ma connaissance, ils ne donnent lieu qu'à

Dans un article qui a été remarqué et méritait de l'être, notre collègue, M. de Castelnau, a conclu par l'affirmative. *Une fois n'est pas coutume*, a-t-il dit. Cette maxime est doublement à notre usage, premièrement en ce que nous ne sommes pas plus que lui un exegète de profession, secondement en ce que nous nous permettrons de n'être pas tout à fait de son avis.

Comme le rédacteur du MONITEUR DES SCIENCES, nous ne croyons pas digne d'une discussion sérieuse l'opinion d'après laquelle le *mingens ad parietem* devrait s'entendre du chien; non pas seulement par le motif indiqué par M. de Castelnau, à savoir, que Dieu « n'a pu considérer comme une juste punition des iniquités des rois le meurtre de leurs chiens; » mais encore parce que les arrêts de la justice divine, le jour où ils ont été exécutés, ont bien réellement frappé des êtres humains. On peut voir, par exemple, au livre IV, ch. 10, comment Jehu accomplit l'œuvre d'extermination pour laquelle il avait été choisi. « *Percussit igitur Jehu omnes qui reliqui erant de domo Achab in Jezrahel*, et universo optimates ejus, et notos et sacerdotes, *donec non remanerent ex eo reliquiæ.* » Ce n'étaient pas des chiens assurément, les notables et les prêtres de Jezrahel!

Quant à traduire, comme quelques auteurs, *mingens ad parietem* par *bêtes et gens*, c'est une pure licence, et sur ce point encore nous portons le même jugement que M. de Castelnau.

S'agit-il de l'homme à l'exclusion de la femme, comme le veulent certains commentateurs, alléguant une différence bien connue entre les deux sexes sous le rapport du mode fonctionnel qui est ici en cause? Ici, il y a lieu d'y regarder à deux fois. Notre collègue fait remarquer que Jezabel, qui avait poussé Achab vers la vigne de Naboth, a été punie la première. L'arrêt la concernait même très directement: « *Jezabel quoque comedent canes in agro Jezrahel, nec erit qui sepeliat eam* » (et, pour le dire en passant, le triste sort de cette reine, ainsi que celui des parents de Jeroboam, condamnés aussi à être mangés par les chiens, décharge entièrement la gent canine de la condamnation dont on voudrait frapper sa mémoire, puisque, loin d'avoir payé pour ses maîtres, elle s'est régalée de leur chair). Toutefois, sur l'argument de notre confrère, on pourrait faire ob-

des douleurs névralgiques parfois très vives, mais sans retentissement sur les nerfs moteurs voisins, sans phénomènes convulsifs généraux. Cette absence de relation constante entre la cause anatomique présumée et l'évolution des accidents se retrouve aussi bien dans l'histoire des névromes spontanés que dans celle de ces névromes traumatiques. L'hypertrophie plexiforme et serpentine des nerfs sous-dermiques et intradermiques était à peu près indolente dans les deux cas qu'il m'a été donné d'observer, et les tumeurs de différentes espèces décrites sous le nom de *tubercules sous-cutanés douloureux* n'offrent, avec les filets nerveux, que des rapports hypothétiques et qui restent à démontrer anatomiquement.

L'époque d'apparition des accidents n'est pas plus précise : tantôt les douleurs, vives au moment de la blessure, ne se calment jamais et vont, au contraire, en s'accroissant, ou bien elles prennent le type intermittent, irrégulier, ou bien encore elles sommeillent ordinairement pour ne se réveiller qu'après un contact, une violence directe ou une influence atmosphérique. Elles n'apparaissent, dans d'autres cas, que plus ou moins longtemps après la cicatrisation du nerf et des parties molles qui l'entourent.

Comment expliquer encore la diversité des phénomènes? leurs étroites limites dans un cas, leur diffusion étendue dans l'autre. La plaie d'un nerf, quel qu'il soit, donnera naissance (abstraction faite de la paralysie dans la sphère de distribution) à des douleurs névralgiques, ici locales, ici ascendantes, ici descendantes; tantôt la névralgie sera bornée à un point ou toute l'étendue du nerf blessé et de ses branches, tantôt elle passera aux autres branches d'un même plexus et s'irradiera sur une vaste surface.

A un degré de plus, la névrose envahit les nerfs moteurs voisins. Des groupes de muscles définis, et plus ou moins considérables, sont atteints, les uns de faiblesse, de paralysie complète ou incomplète; les autres de contractures indolentes ou douloureuses par elles-mêmes, c'est-à-dire indépendamment des douleurs siégeant dans les nerfs cutanés purement sensitifs.

Au lieu de contractures permanentes, on peut observer des mouvements convulsifs circonscrits ou généralisés, allant parfois jusqu'à produire, ou du moins à simuler les phénomènes de l'épilepsie vraie, ce qui implique une certaine participation des centres nerveux eux-mêmes aux troubles d'origine locale. Enfin, pour couronner le tableau, la même plaie nerveuse, sous des influences encore mal connues, donnera naissance aux formidables symptômes du tétanos, faux ou vrai, chronique ou aigu, curable ou foudroyant, dans lequel, en résumé, partie ou totalité du système nerveux moteur est complice ou intéressé, y compris les nerfs viscéraux et l'axe cérébro-spinal lui-même.

Ces faits, jusqu'à ce jour, ont été plutôt utilisés par les physiologistes (Marshall-Hall, Brown-Séquard) que synthétiquement étudiés par les praticiens; ils rentrent incontestablement dans la grande classe des phénomènes réflexes, dont les médecins ne s'occupent pas assez en général. Le rôle de la médecine opératoire est plus grand qu'on ne pense dans la thérapeutique de ces accidents, et le point de départ se trouvant limité à un point circonscrit du système nerveux, il est indiqué d'agir directement sur ce point, soit en le modifiant par des topiques convenables appliqués à l'extérieur ou portés sous la peau avec la seringue de Pravaz ; soit en le détruisant par des opérations *in situ*, cautérisation, excision, extirpation du nerf blessé et de la cicatrice qui renferme le névrome traumatique ; soit enfin en isolant ce dernier par des sections plus ou moins distantes et pratiquées entre lui et les centres nerveux. Si l'on se donnait la peine de rassembler tout ce que renferment les annales de la science sur ce sujet, on devrait réunir les cas de tétanos, vrais ou faux, traités par les sections nerveuses ou l'amputation de la partie malade ; les cas d'épilepsie vraie ou fausse, et d'accidents convulsifs améliorés ou guéris par des accidents traumatiques ou des opérations chirurgicales, les observations de plaies des nerfs superficiels ou profonds dont nous avons rapporté quelques exemples, et dont on pourrait grossir le nombre ; enfin, il conviendrait de rechercher dans l'histoire du névrome, des cicatrices douloureuses et des moignons sensibles, des contractures symptomatiques et des névralgies invétérées, tous les faits qui pourraient éclairer la question.

Il est certain que ce travail produirait des résultats importants pour la pratique, et l'on pourrait dès à présent prédire un succès certain à celui qui reprendrait à nouveau, après Descot et Béclard, Swan, Haighton, etc., l'étude des affections traumatiques des nerfs.

Ar. Verneuil.

Une autre question, fort intéressante également, a occupé la même Société.

Le traitement du tétanos continue à préoccuper les praticiens. Les effets du curare sont, en somme, demeurés douteux, bien que, devant cet horrible mal, chacun soit autorisé à re-

---

server que le soin de désigner nominativement, et dans un verset spécial, la femme d'Achab est loin d'être défavorable à l'hypothèse qui restreint la condamnation générale au sexe masculin. Elle la confirmerait plutôt, en plaçant l'exception à côté de la règle ; exception assez bien motivée par la coupable initiative de la reine dans l'affaire de la vigne. On remarquera même que, dans le détail des sanglantes exécutions qui ont suivi, on ne voit figurer aucune autre femme. Cela est d'autant plus à considérer que, dans d'autres épisodes de cette même histoire des Rois, où les deux sexes sont enveloppés dans la même destruction, le texte le dit très clairement : « Et percutiebat David omnem terram, nec relinquebat viventem *virum et mulierem*, tollensque oves, etc. » (Liv. I, c. 27, v. 9.) Sur ce point donc, le sentiment de *Cornélius à Lapide* est parfaitement soutenable.

Il est une troisième interprétation, moins répandue peut-être que les précédentes, et qui n'en mérite pas moins d'être rappelée. On connaît la contexture de l'*Histoire du peuple de Dieu*, par Berruyer ; c'est une traduction libre de la Bible, où, moyennant des déplacements de texte, les faits sont classés dans un ordre différent. Cette liberté de traduction, employée surtout à commenter les paroles et à amplifier le récit, a permis à l'auteur de rendre plus clairement qu'on ne peut le faire dans une traduction mot à mot le sens des textes obscurs, ou du moins celui qu'il y attache ; et l'on sait qu'il a usé de la permission jusqu'à s'attirer la censure ecclésiastique.

Or, il résulte du rapprochement des passages correspondants aux versets cités plus haut que, pour le savant jésuite, les expressions *mingens ad parietem* sont une façon pudique de désigner les hommes faits et les enfants déjà corrigés des habitudes peu séantes du premier âge. Uriner contre la muraille, au lieu d'uriner *coram populo*, est un acte de décence qui ne peut être attribué qu'à des êtres pourvus d'une certaine raison; et ainsi la peine ne pouvait frapper que des individus « ayant atteint l'âge de discrétion. » En réalité, les choses se sont passées ainsi. Quand Jehu se mit en devoir de faire honneur à la terrible parole de Dieu, il écrivit aux principaux de Samarie, aux anciens, à ceux qui nourrissaient les

prendre les essais. Une autre médication pourtant vient de donner un très beau succès dans les mains d'un des praticiens les plus distingués de province, le docteur Pescheux, de Verneuil (Eure).

Une femme, renversée par une cheminée, est atteinte, entre autres blessures, d'une fracture compliquée de la jambe. Tout allait bien, quand vers le quinzième jour, la malade est prise de trismus, puis d'opisthotonos, enfin de dysphagie absolue. Pendant cinq jours, toutes les médications sont essayées inutilement. La femme était mourante, quand M. Pescheux eut l'idée de pratiquer sur la ligne médiane de la nuque une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine (au centième). Les symptômes de l'empoisonnement atropique furent des plus prononcés. Mais à leur suite, presque tous les accidents tétaniques avaient disparu; la déglutition devint facile, la roideur à peine prononcée. Le soir une nouvelle injection dissipa ce qui restait du tétanos.

Depuis une semaine, au moment où M. Adolphe Richard a lu la lettre de M. Pescheux à la Société de chirurgie, aucun symptôme tétanique ne s'était montré. Malheureusement la femme a été prise d'une pneumonie double qui met ses jours en danger.

L'effet de l'atropine injectée n'en a pas été moins évident; et ce succès remarquable est vraiment encourageant pour l'avenir.

L'Académie des sciences et l'Académie de médecine ont entendu chacune la lecture d'un mémoire de M. Jules Roux, premier chirurgien en chef de la marine à Toulon, sur la désarticulation coxo-fémorale et sur les amputations secondaires, d'après des observations recueillies à l'armée d'Italie. Nous sommes heureux de pouvoir offrir le premier travail à nos lecteurs; nous le publierons immédiatement. M. Roux est un esprit ingénieux, sagace, à la fois inventif et pratique, dont l'intervention dans une question chirurgicale n'a jamais lieu sans avantage. Ici particulièrement il apporte des vues personnelles que la Compagnie de la rue des Saints-Pères a jugées assez importantes pour en faire le sujet d'une discussion, qui s'ouvrira dans la prochaine séance.

A la même Académie, M. Michel Lévy a lu, en son nom et au nom de ses collègues de l'armée, un document important dans la question des vertus antipériodiques de la cinchonine : c'est un exposé des expériences comparatives faites avec la quinine et avec la cinchonine dans les hôpitaux d'Alger, d'Oran, de Constantine, de Cherchell, de Rome, de la Rochelle, ainsi que dans les hôpitaux d'Orient. Nous en aurions reproduit la plus grande partie si l'auteur ne nous avait refusé son manuscrit, pour nous punir de ne pouvoir l'insérer intégralement. M. Lévy est militaire : il aime la consigne ; nous sommes civil, et nous aimons notre indépendance. Il n'y a pas grand mal de part et d'autre.

M. Bousquet a saisi ensuite l'occasion de gratifier l'Académie d'une de ces tirades attiques dont M. Piorry fait particulièrement les frais. Avec un parfait sérieux, il a prié M. Piorry de le redresser s'il se trompait; mais nous croyons bien que M. Bousquet ressemble ici à ce dialecticien bossu qui disait toujours à son adversaire : « Redressez-moi, si vous le pouvez; » à quoi l'autre répondit tranquillement : « Je ne le puis! »

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

EXAMEN CRITIQUE DES RÉSULTATS CLINIQUES DU FORCEPS-SCIE, par le docteur DIDOT, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique.

(Suite et fin. — Voir les numéros 11 et 12.)

Limite d'action du forceps-scie. — La portée de l'esprit humain est immense comme la nature, disais-je dans une autre publication; on ne lui a pas encore assigné de bornes. L'esprit individuel, au contraire, est limité et restreint comme la vie. La succession des individualités et l'héritage moral que les générations se transmettent expliquent la première de ces vérités. Pour comprendre la seconde, nous n'avons qu'à jeter les yeux autour de nous!... D'ailleurs le vieillard de Cos l'a dit : *Vita brevis, ars longa...* Cela explique suffisamment pourquoi celui qui est assez heureux pour arracher quelque secret à l'inconnu, pour faire une découverte, ne peut toujours en mesurer la portée, ou n'en déduit point toutes les conséquences possibles (Didot, *Galerie médicale belge*, 1844, p. 5). C'est, du reste, ce qui est arrivé à M. Van Huevel, comme à tous les inventeurs en général, puisqu'il a renfermé sa méthode entre des limites que ses continuateurs élargiront sans aucun doute.

Dans un mémoire publié sous les yeux, et, pour ainsi dire, sous la dictée de son maître, M. le docteur Feigneaux, ancien interne de la Maternité de Bruxelles (Feignaux, *Journal de médecine de Bruxelles*, 1849, t. II, p. 144), s'exprimait ainsi : « Au-dessous de 5 centimètres et demi (18 lignes et demie de Saint-Lambert) d'ouverture au détroit supérieur ou inférieur, l'extraction d'un enfant à terme, vivant ou mort, doit se faire par une opération sanglante sur la femme; mais au delà de 8 centimètres, à 8 centimètres et demi, sauf les cas de monstruosités, jamais les instruments tranchants ne sont nécessaires, ni sur la mère, ni sur l'enfant. En

---

enfants d'Achab : « Coupez la tête aux *fils* de votre roi, et venez nous les apporter demain, à cette même heure, à Jezrahel. » Les têtes furent coupées, apportées dans des corbeilles, et exposées *en deux tas* à l'entrée de la porte de la ville. Il y avait *soixante-dix* enfants. Comment les désigne la Bible? « *Filios regis*, septuagenta *viri*. » C'étaient donc des hommes faits, et nulle part, ni dans la sentence, ni dans la punition, il n'est question d'enfants en bas âge.

Quelle que soit la valeur de ces diverses interprétations, notre but est de montrer que celle de M. Trousseau, très habilement développée par M. de Castelnau, n'est pas une nécessité logique. Nous allons plus loin. Alors même que le *mingens ad parietem* s'appliquerait manifestement à l'être humain, sans distinction de sexe, ni d'âge, nous ne nous déciderions pas encore à y voir, avec nos confrères, une *définition de l'espèce* (*Moniteur des sciences*, 12 avril; p. 340). Notre motif est très général. Il ne nous semble pas possible d'affirmer le sens précis et rigoureux de ces mots singuliers, comme de plusieurs autres expressions de la Bible. Il faudrait pouvoir affirmer en même temps qu'ils ne se rapportent pas à quelque usage particulier, à quelque locution proverbiale d'un sens plus restreint, et qui se serait perdu dans la suite des siècles. De nos jours même, une foule d'expressions sont destinées à subir le même sort et seront, on peut le dire, d'autant plus mal comprises qu'on voudra les entendre dans leur sens le plus naturel. La langue vulgaire, dans tous les temps et dans tous les pays, est une fille de hasard; elle naît des rencontres les plus singulières, des accouplements d'idées les plus inattendus. Ici particulièrement, le texte est obscur de tous points. Si l'on s'en tenait à la première, à la seconde et à la quatrième citations, le sens littéral serait que personne des maisons de Nabal et de Baasa ne pisserait plus contre la muraille, et il serait naturel de ne voir là, comme nous le disions tout à l'heure, qu'une locution proverbiale, analogue à celle qui exprime également de nos jours une menace de mort : « Ils perdront le goût du pain. » Hæc faciat Deus... si reliquero... mingentem ad parietem — Nisi cito venisses..., non remansisset Nabal (pour *de Nabal*)... mingens ad parietem — Non dereliquit ex ea (la maison de Baasa) mingentem ad parietem; ces trois membres

conséquence, la céphalotomie n'est applicable que pour les bassins rétrécis dans les limites indiquées ci-dessus. »

L'année suivante, M. Van Huevel publiait lui-même un travail (Van Huevel, *Presse médicale belge*, 1850, p. 346) dans lequel il confirmait ce point de doctrine. « En récapitulant, dit-il, ce qui a été dit précédemment, nous rappellerons qu'au-dessous de 2 pouces (6 cent.), dans un diamètre quelconque, l'embryotomie ne doit plus être pratiquée, à moins de conditions particulières de position, de petitesse ou de putréfaction du fœtus. »

Enfin, dans un mémoire présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique, M. le docteur Marinus répète le même précepte (Marinùs, *Bulletin de l'Académie* précité, t. XI, p. 33) dans des termes plus précis encore. « Par limites convenables, dit-il, il faut entendre, comme M. Van Huevel l'enseigne, l'application du forceps-scie dans un bassin dont l'étroitesse n'est pas au-dessous de 18 lignes (ou de 55 millim.). En la supposant possible, que peut-on attendre, en effet, de la mutilation d'un fœtus à terme, si ses débris doivent blesser le canal sensible qu'ils ont à parcourir pour être extraits? Les déchirures, la contusion de la matrice et du vagin sont des accidents trop funestes pour qu'on s'expose à les produire en arrachant des os pointus et durs à travers une ouverture par trop rétrécie. Mieux vaudrait, à notre avis, l'opération césarienne, même pour extraire un fœtus mort, que l'embryotomie pratiquée dans des conditions aussi chanceuses. »

Voilà donc le programme de la méthode de M. Van Huevel exposé d'après les documents les plus récents et les plus officiels : au-dessous de 2 pouces (6 cent.), ou même de 18 lignes (55 millim.), dans un diamètre quelconque, plus d'embryotomie possible par le forceps-scie : c'est à l'opération césarienne qu'il faut demander des secours.

Je comprends une formule aussi absolue, avec un instrument dont l'emploi est nécessairement limité, ainsi que je l'ai démontré précédemment; mais cette même formule est beaucoup trop exclusive si l'on veut en faire l'application à tous les appareils du même genre, dont l'avenir pourra enrichir la pratique obstétricale ; aussi je me garderai bien de l'admettre, et de convenir avec M. Van Huevel qu'au-dessous de 2 pouces il n'y a plus d'embryotomie possible !

Loin de là, je crois que le moment n'est pas éloigné où nous pourrons poser en principe que l'embryotomie est toujours possible du moment que le céphalotome à chaîne peut être introduit. Quelques mots suffiront pour justifier cette proposition.

Il faut bien comprendre que, dans la grande majorité des difformités pelviennes, le globe utérin ne plonge jamais dans l'excavation, et se trouve fortement projeté en avant, de sorte que la tête appuie sur le bord du pubis, et ne peut être refoulée en arrière, parce que la saillie sacro-vertébrale, et particulièrement l'ensellure rachidienne, la repoussent en avant et l'y maintiennent. Si, avec de pareilles dispositions, le forceps-scie de M. Van Huevel est introduit, il n'embrasse qu'un segment crânien assez mince, et se trouve dans l'impossibilité de partager la tête en deux moitiés à peu près égales, parce qu'il manque de *longueur* et de *courbure*. C'est pour cela que, dans un grand nombre de cas, l'extraction du fragment antérieur adhérent au tronc a rencontré assez d'obstacles pour nécessiter d'énergiques tractions avec les tenettes ou avec le crochet, tandis que d'autres fois (dans 2 cas) il a fallu renoncer à une délivrance immédiate, et attendre que le relâchement des tissus rendît les manœuvres plus efficaces.

On eût sans doute évité ces inconvénients si l'auteur de la méthode eût compris que la section, qui une première fois a diminué le volume de la tête, peut et doit la diminuer encore une deuxième et une troisième fois; s'il eût compris, surtout, que tout groupe d'organes qui fait obstacle à la délivrance doit être scié et divisé pour s'accommoder aux dimensions de la filière qu'ils doivent traverser pour compléter la délivrance.

Cela est tellement vrai que, dans bon nombre de cas, le hasard a fait ce que je veux que le chirurgien fasse méthodiquement et dans un but déterminé. Ainsi l'on a vu (dans 3 cas) le tronc, la poitrine, le col, le bras ou l'épaule largement entamés par la scie, alors que l'on ne voulait diviser que le crâne, tandis que d'autres fois (dans 2 cas) le col s'est trouvé scié avec une régularité parfaite.

Si maintenant on rapproche ces effets fortuits des cas dans lesquels la simple section du crâne s'est montrée insuffisante pour procurer une délivrance rapide et facile, on est naturellement amené à en déduire le précepte général que je viens de poser, par la raison toute logique que le moyen qui se montre si avantageux pour diviser la tête doit l'être également pour réduire le volume des autres organes.

Ainsi, dans bien des circonstances (12 fois sur 51), le vide produit par l'enlèvement du segment *postérieur* s'est montré insuffisant pour loger le segment antérieur repoussé de la marge des pubis vers le sacrum, et il a fallu, pour le forcer à s'engager, exercer des tractions puissantes, soit avec la tenette à dents de loup, soit avec le crochet mousse, au risque même de briser les os du crâne. Cependant il est facile de comprendre que ces manœuvres eussent été bien moins dangereuses si l'on se fût décidé à réappliquer le forceps-scie pour pratiquer une nouvelle section des organes arrêtés au détroit abdominal.

J'en dirai autant des épaules, qui ont parfois offert une résistance assez grande (dans 6 cas) pour exiger des efforts violents, et même l'emploi de lacs ou de crochets avant que l'on parvînt à les dégager. Or, le raisonnement le plus simple nous dit que, si dans d'autres circonstances la scie a divisé *par hasard* les groupes organiques qui faisaient obstacle à la délivrance, il a par ce fait seul rendu la parturition forcée plus prompte et plus facile ; il est tout naturel encore de recourir au même moyen, au même agent, pour vaincre les mêmes résistances chaque fois qu'elles se présentent.

Je comprends que M. Van Huevel puisse redouter les introduc-

---

de phrase ne peuvent être traduits mot à mot autrement que nous ne le disons ici. Mais le texte diffère notablement des précédents aux chapitres 14 et 21 du livre III, et au chapitre 9 du livre IV. Le sens littéral est, pour le premier passage : « *Je frapperai de Jéroboam celui qui pisse contre la muraille* » ; pour le second et pour le troisième : « *Je tuerai de Jéroboam celui qui pisse*, etc. » Celui-là, dit-on, c'est l'homme comme espèce. Mais alors pourquoi le texte ajoute-t-il aussitôt : « *Et propinquos et amicos ejus?* Quand on aura tué de la maison de Baasa hommes et femmes, on ne voit pas quels parents pourront lui rester, car on sait bien que, dans le langage de l'Écriture, la maison signifie la famille. Jésus est de la *maison* de David. Outre le *mingentem*, Dieu condamne encore le *clausum*. Que signifie ce mot? Il serait pourtant bien utile de le savoir, même pour l'interprétation du *mingentem*, un sens pouvant éclairer l'autre. Rien de précis dans les traducteurs. Les plus fidèles traduisent par : « Ce qui est enclos. » Que chacun comprenne selon ses moyens. Les mots *novissimum in Israel*, *ultimum in Israel*, ne sont même pas d'une parfaite clarté. Ceux-ci entendent par *novissimum* le *dernier venu*, les autres l'assimilent à *ultimum* et le traduisent par *le dernier*. Le Seigneur détruira jusqu'au dernier dans Israël. Mais, dans Israël, on devait pisser contre la muraille tout aussi bien que dans la maison de Nabal ou de Jéroboam ; pourquoi alors ne pas désigner le tout par un même terme, s'il est générique? Il est, d'ailleurs, étrange que le Seigneur, en envoyant sacrer Jéhu *roi d'Israel*, le charge en même temps d'exterminer jusqu'au dernier être humain précisément dans Israël. A ce compte, le cadeau n'était pas très avantageux. Tout cela, nous le répétons, est plein d'obscurités, et le plus sûr, à notre sens, est de se contenter d'une petite conversation sur ce sujet intéressant, en se gardant de conclure en termes formels. Et c'est ce que nous faisons.

Occupons-nous maintenant.... de nos affaires personnelles, et renvoyons la suite de la *Revue* au prochain numéro.

Dr Aliquis.

Pour copie conforme : A. D.

tions répétées de son forceps-scie, parce que cet instrument présente des difficultés d'application qui ne seraient pas toujours inoffensives pour la mère, mais ces raisons disparaissent dès l'instant où l'accoucheur peut disposer d'un appareil plus étroit et mieux approprié au genre de manœuvre qu'il doit exécuter. C'est pourquoi je persiste à croire que l'on doit renouveler les sections chaque fois qu'une partie quelconque du fœtus oppose une résistance qui ne pourrait être vaincue que par des efforts peu modérés.

L'introduction de mon céphalotome n'exige ni effort, ni violence, ni adresse particulière; les branches glissent spontanément dans les profondeurs de l'utérus, et pour peu que l'on ait la précaution de les maintenir au centre de l'excavation, on peut hardiment étreindre et serrer tout ce que l'ovoïde aura embrassé, afin de le soumettre à l'action de la scie. On comprend qu'en atténuant ainsi le volume du fœtus par des sections répétées, il n'est plus besoin ni de tenettes à dents de loup, ni de crochets, ni même de cordons passés autour du col, du tronc ou des épaules du fœtus comme moyens d'extraction. Par le seul fait de la division, la délivrance devient, pour ainsi dire, spontanée.

Si l'on consulte les différentes observations qui sont consignées dans ce travail, on voit tout de suite que chaque opérateur n'a en vue que de réduire le volume de la tête *par une seule section*, et que tous ont préféré déployer les efforts les plus violents pour extraire les segments et le tronc plutôt que de recourir à de nouvelles applications de la chaîne. M. le docteur Marinus (*Bulletin de l'Académie* précité, t. II, p. 35) va même jusqu'à dire que « recommencer plusieurs fois l'opération pour enlever de nouveaux » segments est une complication qu'il faut tâcher d'éviter. »

Cependant M. Van Huevel (Mémoire cité, *Encyclographie belge*, t. II, p. 587, septembre 1842) disait en 1842 : « Si l'on rencon- » trait de l'obstacle, on pourrait appliquer le forceps une seconde » fois pour faire l'extraction du tronçon restant, ou pour le scier de » nouveau. L'essentiel c'est d'éviter toute violence, et de laisser » intacts les organes de la femme. » Plus tard (*Presse médicale belge*, 1850, p. 346), le même auteur avait encore prévu le cas où la division du crâne étant incomplète, l'écoulement de la substance cérébrale n'aurait produit qu'un léger abaissement du fœtus : « Quel inconvénient, dit-il, y aurait-il à détourner le clou, à désar- » ticuler les cuillers sans les retirer des organes, puis à les enfon- » cer plus profondément l'une après l'autre? Si la scie ne tombe » pas dans la première rainure, on fera une seconde section, et le » tout aura duré peut-être huit ou dix minutes de plus sans avoir » occasionné aucun embarras. »

Ces préceptes sont nettement formulés, sans doute, mais ils ne sont pas appliqués, et ne le furent jamais, puisque personne ne se décide à réintroduire le forceps pour pratiquer une section nouvelle, puisque personne ne renonce à ces manœuvres violentes qui ont pour but d'extraire les segments et le tronc du fœtus par la force des tenettes, des crochets ou des cordons. D'ailleurs la formule adoptée par M. Van Huevel se rapporte bien plus directement à l'achèvement de la section du segment crânien, restée incomplète après une première application du forceps-scie, qu'à l'indication spéciale de répéter les sections pour multiplier les segments : or, ce sont là deux choses tout à fait différentes.

M. Van Huevel et son école veulent donc éviter à tout prix les introductions répétées du forceps-scie, et en cela ils n'ont peut-être pas tort! Mais moi qui n'ai point à redouter que mon céphalotome produise une impression dangereuse sur les organes de la mère, je professe des principes tout à fait opposés, et crois être en droit de conseiller une pratique contraire, afin de simplifier et de faciliter les parturitions forcées. Pour cela il est, je le répète encore, une condition absolue qui seule peut assurer le succès : c'est d'avoir un instrument plus étroit, plus long, plus courbé que le forceps-scie, et par conséquent mieux approprié aux dispositions des bassins difformes. Or, mon céphalotome réunit, je crois, ces qualités, de sorte que je n'hésite pas à formuler ce double précepte :

1° Que l'embryotomie n'est limitée que par l'impossibilité d'introduire le céphalotome;

2° Que tout obstacle apporté à la délivrance par les organes du fœtus doit être détruit par la scie.

Ces deux propositions, déjà justifiées par les considérations qui précèdent, seront encore confirmées par les développements dans lesquels je dois entrer plus loin.

Inconvénients résultant du mode de fabrication du forceps-scie de M. Van Huevel. — Je viens d'examiner le forceps-scie de M. Van Huevel comme moyen général de délivrance dans les cas de difformité, d'angustie du bassin; j'ai rapporté toutes les observations d'application de cet instrument que l'on a livrées à la publicité; enfin je me suis livré à une critique raisonnée de la méthode et de l'appareil de l'honorable professeur de Bruxelles, et j'ai justifié cette critique en faisant construire un *céphalotome à chaîne*, que je crois exempt des imperfections que j'ai rencontrées dans le forceps-scie.

Personne ne contestera, je l'espère, l'indépendance et la sévère impartialité des opinions que j'ai émises. Maintenant, pour rester fidèle à mon programme, je dois constater le peu de vogue du forceps-scie, le peu d'empressement que les praticiens ont montré à se procurer ce magnifique instrument!

N'est-il pas bien remarquable qu'en Belgique, dans la patrie même de l'inventeur, personne, pour ainsi dire, n'ait voulu posséder l'appareil qui donnait des résultats si admirables à la Maternité de Bruxelles? N'est-il pas singulier qu'à l'école d'accouchements de l'Université de Liége on ait accueilli la méthode de M. Van Huevel avec une défaveur si tenace qu'avant le 11 février 1851 on ne l'avait jamais appliquée sur le vivant? Or, c'est précisément à cette époque que mes travaux avaient soulevé des discussions animées, soit dans la presse périodique, soit à la tribune académique, de sorte que leur publication n'est peut-être pas étrangère à ce revirement heureux.

En Angleterre et en Allemagne, c'est à peine si le forceps-scie était connu, car aucun homme de quelque valeur ne s'en était déclaré franchement partisan.

En France, on ne l'avait guère mieux accueilli. MM. P. Cazeaux et Jacquemier sont, je crois, les seuls auteurs qui s'en soient occupés, et encore ne se sont-ils pas prononcés d'une manière explicite.

L'Italie seule fit exception. Des essais furent tentés, et bientôt on comprit les avantages de la méthode belge; mais là aussi on pensa comme moi qu'elle était entachée d'imperfections qu'il ne serait pas impossible de faire disparaître.

Je suis donc forcé de signaler le peu de vogue du forceps-scie, et je le fais avec d'autant plus de liberté que les causes de cette singularité se résument en trois conditions temporaires : *nouveauté*, *imperfections*, *prix exagéré*.

La *nouveauté?* — Ne savons-nous pas combien il est difficile de faire accepter une idée nouvelle; combien d'obstacles se dressent devant celui qui veut réformer quelqu'une des pratiques entées sur les traditions d'école ou même sur la routine? L'homme est homme partout et toujours, car la science ne l'affranchit ni des faiblesses, ni des préjugés, ni des mauvaises passions qui de tout temps ont lutté contre le progrès...

Les *imperfections?* — Je les ai signalées.

Le *haut prix?* — Quoi que l'on en dise, il sera toujours un obstacle à la généralisation de l'emploi du meilleur appareil. Nous ne sommes plus aux temps où Galien *dabat opes*, et la modeste position de la généralité des accoucheurs s'accommode mal des sacrifices pécuniaires qu'exige l'acquisition d'instruments coûteux, surtout quand ces instruments ne peuvent avoir qu'une destination exceptionnelle. Les praticiens n'ont donc qu'une sympathie médiocre pour tous les appareils qui ne sont point d'un usage habituel, journalier. C'est pour cela qu'ils ont relégué le forceps-scie à côté de la scie de Heine, qui est bien cependant le meilleur *sécateur* connu, quoi qu'on ne le trouve que dans les collections publiques ou à l'étalage des fabricants.

Le *forceps-scie* de M. Van Huevel coûte aujourd'hui 190 francs; la *tenette à dents de loup* ne vaut pas moins de 25 francs. Si à ces deux sommes on ajoute le prix du *pelvimètre géométrique*, on reconnaîtra immédiatement qu'il est impossible que la généralité des accoucheurs supporte cette dépense.

La première condition de succès pour les appareils chirurgicaux gît donc dans la modicité du prix vénal. Il faut qu'ils soient acces-

sibles à toutes les fortunes, qu'ils n'exigent point de sacrifices trop onéreux de la part de ceux qui désirent se les procurer.

Pour arriver à ce résultat, j'ai dû commencer par changer le *mode de fabrication* adopté pour le forceps-scie; j'ai dû innover, sans nuire aux qualités essentielles de l'instrument lui-même. La chose n'était point facile; mais avec un interprète aussi ingénieux, aussi habile que M. Bonneels (de Bruxelles), le résultat a dépassé mes espérances. J'ai obtenu un céphalotome à chaîne, parfaitement conforme aux indications que j'ai exposées précédemment, pour le prix de 140 francs. Je reconnais cependant que, même avec une réduction aussi notable, le progrès n'est pas complet : nous devons arriver à d'autres chiffres.

La pièce essentielle du forceps-scie consiste dans une *gaine* en argent neuf, qui doit abriter les *lames dentées* et la *chaine*. Cette gaîne, comme je l'ai dit, doit être *incrustée dans les cuillers* par une opération compliquée de ciselure, puis *soudée* pour faire corps avec le tout. Ces gaînes, cachées dans l'épaisseur des branches du forceps à partir de leur origine jusqu'au tiers des cuillers, débordent ensuite, et font saillie sur la face externe de l'instrument depuis ce point jusqu'à leur terminaison. Cela vient de ce que le fer des cuillers allant en s'amincissant présente bientôt moins d'épaisseur que les gaînes elles-mêmes, de sorte que celles-ci présentent au dehors une sorte de *nervure* saillante ayant 1 ou 2 millimètres de relief.

Or, l'existence seule de cette *nervure* constitue une cause permanente d'accidents, dont la première conséquence est la mise hors de service. En effet, que l'instrument vienne à tomber sur le sol, qu'il reçoive un choc ou un coup sur cette partie, l'intérieur de la gaîne sera déformé, enfoncé; la chaîne n'aura plus assez d'espace pour se mouvoir librement, et le forceps perdra à l'instant les conditions spéciales qui l'avaient fait rechercher. Or, cet accident se présentera d'autant plus facilement dans la pratique civile que l'annonce seule d'une opération destinée à procurer la délivrance forcée occasionne plus d'émoi, plus d'embarras, plus de confusion même chez toutes les personnes qui entourent la patiente.

J'ai donc été amené à changer le mode de fabrication du forceps-scie, tout en modifiant les dispositions et les attributs de cet instrument. Les détails dans lesquels j'entrerai bientôt compléteront ma pensée, et permettront d'apprécier la portée des changements que j'ai fait subir à l'ingénieux appareil de M. Van Huevel.

Conclusion. — Je viens d'examiner sous toutes ses faces la belle découverte de M. le professeur Van Huevel, et j'ai à dessein opposé mes idées à celles du célèbre accoucheur bruxellois. Je n'ai rien omis, rien négligé des divers reproches que l'on peut adresser à sa méthode, et surtout à ses appareils. — Est-ce à dire que je ne leur rende pas justice? Est-ce à dire surtout que je nie les services qu'ils sont appelés à rendre dans la pratique des accouchements? Non, sans doute; car j'ai la satisfaction de pouvoir me dire que j'ai fait plus pour l'œuvre de M. Van Huevel qu'aucun de ceux qui se montrent aujourd'hui si officieux, si empressés auprès de l'inventeur du forceps-scie.

On m'a reproché de lui être hostile!... Mais, en vérité, qui donc parlait du forceps-scie avant les discussions que j'ai provoquées? Quel auteur s'était sérieusement occupé de cet instrument? En 1849, les premiers travaux de M. Van Huevel étaient déjà oubliés; la France, l'Angleterre, l'Allemagne gardaient le silence; de loin en loin apparaissait quelque article de journal, tombé dans l'oubli le lendemain de sa publication; bref, il n'était question du forceps-scie qu'à la Maternité de Bruxelles. Aujourd'hui, au contraire, on le connaît, on s'en occupe, on apprécie les services qu'il peut rendre, et certes personne ne me contestera le droit de revendiquer une bonne part dans ce résultat.

Mais, objectera-t-on peut-être, si le forceps-scie est si près de la perfection, si dans la généralité des cas de viciation pelvienne il peut suffire pour procurer la délivrance, à quoi bon un instrument nouveau? Dans les développements qui précèdent, j'ai longuement répondu à cette observation; je n'ai plus qu'un mot à ajouter pour compléter ma pensée.

Avec le programme de M. Van Huevel, on peut, sans doute, se contenter du forceps-scie tel qu'il est construit; mais, avec l'extension que je veux lui donner, la chose n'est plus possible : il est donc permis d'examiner.

Le champ de l'embryotomie doit s'étendre jusqu'aux limites du possible, afin de multiplier les chances et les moyens de délivrance que la science tient en réserve pour venir en aide aux malheureuses disgraciées de la nature : voilà le principe.

Pour le forceps-scie, ces limites sont fixées à une étroitesse antéro-postérieure de 2 pouces ($0^m,06$), et, par exception, de 18 lignes ($0^m,055$).

J'ai démontré qu'avec un instrument aussi simple et aussi facile à manier que mon *céphalotome à chaine*, il n'y a de bornes à son action que celles opposées à son introduction.

J'ai fait comprendre l'utilité que présente un appareil qui peut être introduit sans difficulté dans les bassins les plus difformes, et qui peut y fonctionner sans pressions, sans tiraillements et sans danger pour la femme.

J'ai prouvé les avantages que l'on obtiendrait en divisant le corps du fœtus de manière à lui permettre de franchir les filières les plus étroites.

J'ai démontré la possibilité et la convenance de saisir tête, hanches, épaules, thorax, en un mot tous les groupes d'organes, pour les réduire à un volume toujours en rapport avec les issues naturelles.

J'ai enfin établi qu'avec le forceps-scie ces différentes manœuvres seraient souvent impossibles, tandis qu'elles deviennent faciles avec un céphalotome étroit, dont l'introduction ne saurait rencontrer d'obstacles sérieux.

L'opportunité d'un instrument nouveau, applicable aux cas extrêmes aussi bien qu'aux viciations de moindre importance, ne pouvait donc plus être mise en question, et, sous ce rapport, je suis heureux, je le répète, de me trouver en communauté d'idées avec MM. P. Jacquemier, de Billy, et même avec M. Sentin, qui paraît avoir fait aussi quelques essais afin de modifier le forceps-scie.

J'attache peu d'importance à une priorité quelconque, si l'expérience clinique répétée sur une vaste échelle vient confirmer mes prévisions; je ne réclame ni honneur, ni gloire, ni aucune de ces futilités que l'on a la faiblesse de prôner bien haut!... Que M. Van Huevel conserve tout le mérite de la découverte, c'est mon désir, et certes je ne chercherai point à l'amoindrir.

Si l'honorable professeur de Bruxelles avait compris ou voulu comprendre les avances que je me crus obligé de lui faire avec une courtoisie bien désintéressée (Didot, Lettre à M. le professeur Van Huevel, *Presse médicale belge*, 24 novembre 1850, n° 48), il aurait donné son nom aux modifications que j'ai apportées à son instrument, il aurait lui-même complété sa méthode!... Mais il ne l'a pas voulu. Il a dédaigné les observations d'un critique sévère mais consciencieux; il m'a reçu en ennemi, alors que je n'avais arboré que des couleurs amies. J'ai donc été forcé de prendre la défensive, c'est-à-dire de légitimer mes publications en faisant construire un instrument exempt de la plupart des défauts que je reprochais au forceps-scie.

Je songeais si peu à me montrer opposé à la découverte de M. Van Huevel que j'avais, dès 1849, saisi l'occasion de prouver de la manière la plus positive les sentiments de justice sympathique que je professais pour sa méthode. Voici (Didot, *Mémoires de l'Académie*, t. II, p. 564) comment je m'exprimais devant l'Académie royale de médecine de Belgique : « M. Van Huevel perfectionnera son instrument, il lui fera subir des modifications plus » importantes que celles qu'il lui a déjà imprimées, il cherchera, » en un mot, à faire disparaître les désavantages qui lui sont inhérents, et ne tardera pas à doter la science, et surtout la pratique, » d'une méthode généralement applicable, d'un procédé certain. » La chose lui sera d'autant plus facile qu'il a distancé tous ses devanciers, et qu'il s'est de prime abord placé sur un terrain que » personne avant lui n'avait aussi bien exploré. »

» Malheureusement le forceps-scie exigera toujours une adresse » et une dextérité qui ne sont point le partage de tous les praticiens; malheureusement aussi le prix de l'instrument sera toujours trop élevé pour que tous les accoucheurs puissent en faire

» l'acquisition. Ne serait-il pas convenable que l'un de ces instru-» ments fût déposé dans chaque chef-lieu de canton, et mis à la » disposition des praticiens du ressort. La dépense, supportée au » marc le franc par toutes les communes, ne constituerait pas une » charge bien lourde, et dans tout le pays on serait à même de » sauver beaucoup de malheureuses qui succombent par suite des » manœuvres violentes ou des opérations tardives auxquelles les » condamne l'état actuel des choses. »

Cette proposition, reprise et développée par MM. les professeurs Lombard et Sentin, fut accueillie par l'Académie, qui décida, dans sa séance du 25 mai 1850, que l'on prierait le gouvernement de faire déposer au secrétariat des commissions médicales le *forcepsscie* de M. Van Huevel, et le *diatripteur* de M. Didot, dont il sera bientôt question.

M. Van Huevel ne m'a point compris, j'ai donc été forcé d'agir comme je l'ai fait. Accusé dans mes intentions, j'ai dû me défendre : c'était mon droit, j'en ai usé. L'avenir nous apprendra si j'ai réussi.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

CHIRURGIE. — *Fracture compliquée de la jambe. — Fausse articulation surnuméraire. — Séton. — Guérison*, par M. *Jobert* (de Lamballe). — Un homme âgé de quarante-deux ans, se promenant dans les environs de Spa, fut lancé de sa voiture le 31 juin 1856. Il en résulta une fracture grave, par cause directe, de la jambe droite.

Malgré l'application méthodique des appareils les plus usités, les deux bouts de la fracture n'étaient pas réunis au bout de quatre mois.

Pour obtenir la réunion, un séton fut glissé entre deux surfaces opposées de fragments.

Je ne dirai rien du mode opératoire, si ce n'est que la mèche à séton fut mise en contact avec le périoste sans toucher aux extrémités osseuses. Le séton demeura en place pendant dix jours, et la suppuration se tarit six jours après son extraction. Le 17 janvier, l'opération fut pratiquée. Le 12 février, la mobilité était obscure entre les fragments, et à la fin du même mois il n'y en avait plus de trace. A cette époque, le malade levait le membre et marchait.

Évidemment il n'y a eu aucune exfoliation, aucune nécrose à la suite de l'application du séton, et nécessairement le cal s'est formé sous l'influence d'une excitation du périoste, source évidente, en pareille circonstance, de toute cicatrisation osseuse, comme l'a démontré M. Flourens.

La durée du traitement a été bien différente de celle des malades chez lesquels j'ai fait l'application du séton en le plaçant entre les surfaces des extrémités des fragments, et on le comprendra facilement si l'on réfléchit que, dans le fait dont il vient d'être question, le périoste seul a fourni les moyens de cicatrisation, tandis que dans les autres cas il y a eu nécrose et bourgeonnement des bouts de l'os.

MICROGRAPHIE ATMOSPHÉRIQUE. — *Moyen de rassembler dans un espace infiniment petit tous les corpuscules normalement invisibles contenus dans un volume d'air déterminé*, par M. *F. Pouchet*. — Voici comment est construit l'instrument qui nous sert à concentrer les corpuscules atmosphériques. Il est formé d'un tube de cristal fermé hermétiquement à ses deux extrémités par des viroles en cuivre. La virole supérieure, qui est fixe, reçoit un tube en cuivre, terminé à l'extérieur par un très petit entonnoir, et à l'intérieur par une extrémité très finement étirée, et dont l'ouverture n'a pas plus de $0^{mm},50$ de diamètre. Par la virole inférieure, on introduit dans l'appareil un verre plan, circulaire, que l'on place à 1 millimètre de la pointe effilée du tube. On ferme l'appareil et l'on met ensuite son intérieur en communication avec un aspirateur à l'aide d'un tube qui traverse la virole inférieure.

Lorsque l'aspirateur agit, l'air environnant étant aspiré passe par le tube, et en sortant de l'extrémité effilée de celui-ci, vient frapper la lame de verre et dépose à sa surface tous les corpuscules atmosphériques qu'il contient, absolument par le même mécanisme que l'appareil de Marsh étend sur une lame de porcelaine les particules de métal qui en sortent. Les corpuscules les plus volumineux s'amassent tous en un petit tas central, qui n'a guère plus d'un millimètre de diamètre; et les autres seulement rayonnent un peu plus loin.

En extrayant avec soin le verre qui a reçu le jet d'air, et en l'examinant au microscope, on y trouve donc concentré, sur une surface infiniment petite, l'ensemble des corpuscules qui nageaient invisibles dans un espace d'atmosphère proportionnellement immense, et parfaitement déterminé à l'aide de la capacité de l'aspirateur qui est elle-même strictement connue.

Pour donner encore plus de précision à l'appareil et éviter qu'aucun corpuscule ne s'égare, même parmi les plus ténus et les plus légers, on peut enduire le verre d'une substance adhésive. Alors tous ceux-ci, sans exception, viennent se fixer à sa surface à l'endroit même où le courant les applique.

Tandis que mon espèce d'*aéroscope* démontre victorieusement que cette abondance de germes, dont on parle toujours, mais qu'on n'expose jamais, n'existe nullement dans l'air; par une série d'expériences comparatives, en ensemençant des corpuscules atmosphériques, dans des circonstances favorables au développement des proto-organismes, jamais je n'ai vu que le sol ensemencé fût plus fécond que celui qui ne l'était pas.

Je me propose, à l'aide de l'instrument dont il vient d'être question dans cette note, de m'occuper de l'analyse microscopique de l'air des hôpitaux et de celui des marécages et des montagnes. J'aurai l'honneur d'entretenir l'Académie de mes expériences si, comme je l'espère, elles donnent des résultats utiles à connaître.

CHIRURGIE. — *Désarticulation de la cuisse d'après des observations recueillies en 1859 chez des marins de la flotte et des blessés de l'armée d'Italie*, par M. *J. Roux*. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe.) — (Nous publierons ce travail.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Seine-Inférieure, de la Sarthe, de l'Ain, d'Indre-et-Loire, de Seine-et-Marne et de la Haute-Vienne. — *b.* Le rapport de M. *Montozon*, médecin des épidémies à Château-Gontier. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Un travail intitulé : *Assainissement de la vallée de Craville-l'Eure*, par M. le docteur *Lecadre* (du Havre). (*Commission des épidémies.*) — *b.* Une note de M. le docteur *Burq*, ayant pour titre : *Révélation des idiosyncrasies à l'aide de procédés tirés de la métallothérapie.* (*Comm.:* M. Bouvier, s'il y a lieu.) — *c.* Une note *sur l'antagonisme de la fièvre typhoïde et du tétanos chez les solipèdes*, par M. *Miquel*, vétérinaire. (*Comm.:* M. Delafond.) — *d.* Une note relative à *l'usage des eaux minérales de Vichy mêlées à la bière*, par M. *Vollier*, ingénieur. (*Comm.:* M. Tardieu, s'il y a lieu.) — *e.* Un mémoire intitulé : *Traité sur les causes de dépérissement et d'affaiblissement du genre humain, ainsi que sur les remèdes à y apporter*, par M. le docteur *Scharlau*, médecin à Stettin. (*Comm.:* M. Depaul, s'il y a lieu.)

M. *Larrey* offre en hommage : 1° une lettre de M. le docteur *Pauthier* sur la médecine, la chirurgie et les établissements de bienfaisance publique en Chine; 2° un rapport qu'il a présenté à la Société de chirurgie sur un mémoire de M. *Legouest*, relatif à la désarticulation coxo-fémorale, envisagée au point de vue de la chirurgie de l'armée.

M. *Londe* présente une brochure de M. le docteur *Postel* (de

Caen), relative à l'*histoire du magnétisme des médecins spagiristes* au XVIe siécle.

Lectures et Mémoires.

Hydrologie médicale. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport favorable à la demande en autorisation de continuer l'exploitation de la source thermale de Saint-Marcel-de-Crussol (Ardèche). Cette eau accuse 21 à 22 degrés C.; elle est carbonatée, calcaire, ferrugineuse, trés légèrement arsenicale ;

2° Un rapport sur une demande en autorisation d'exploiter la source minérale de Blousson-Sérian (Gers).

M. le rapporteur conclut à l'ajournement jusqu'à plus ample informé.

Ces conclusions sont adoptées.

Chirurgie. — M. *Jules Roux*, membre correspondant à Toulon, lit un mémoire intitulé : *Des amputations secondaires après les coups de feu, d'après des observations recueillies à Saint-Mandrier sur les blessés d'Italie.*

Des 26 faits qu'il a étudiés cliniquement, l'auteur croit pouvoir conclure :

1° Que l'ostéomyélite est inévitable après les coups de feu ; mais qu'elle guérit le plus souvent ;

2° Qu'elle envahit la totalité de l'os plus ou moins promptement, et que c'est là un fait pathologique général ;

3° Que l'amputation ou la résection secondaires, exposant à ne pas enlever tout le mal, laisse une partie d'os affecté ;

4° Qu'il faut attribuer à ces opérations partielles sur l'os primitivement atteint, ces résultats incomplets qui amènent trop souvent la mort des blessés, et qui sont peut-être la cause principale de l'insuccès des amputations secondaires ;

5° Que dans les six mois qui suivent les coups de feu, et même jusqu'à un an quand la guérison n'a pas lieu et que l'indispensable obligation d'opérer se produit, il faut, *dans la majorité des cas*, sinon *toujours*, désarticuler l'os malade et renoncer à la résection et à l'amputation dans la continuité.

Ce précepte, qui n'est encore qu'une simple proposition, deviendra une loi si l'expérience le justifie et si l'Académie le sanctionne.

Sur la proposition de M. *Larrey*, la discussion de ce travail est renvoyée à la prochaine séance.

Élections. — M. *Bouvier*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Grisolle*, *Jobert*, *Moquin-Tandon*, *Laugier*, *Barth*, *P. Dubois*, *Guérard*, *Renault*, *Caventou* et *Guibourt*, lit un rapport sur le choix de la section dans laquelle il y a lieu de déclarer une vacance. M. le rapporteur fait remarquer que des vacances devront être successivement déclarées dans les sections d'*accouchement*, de *médecine vétérinaire*, de *pharmacie*, de *pathologie chirurgicale*, d'*hygiène*, de *physique* et de *chimie médicale*. L'Académie étant composée comme il suit : médecins, 46 ; chirurgiens, 18 ; accoucheurs, 6 ; pharmaciens, chimistes, physiciens et botanistes, 20 ; médecins vétérinaires, 5 ; total, 95, la commission propose de décider que la prochaine élection aura lieu dans la *section de pathologie chirurgicale*. (*Adopté.*)

Discussion sur l'emploi thérapeutique de la cinchonine.

M. *Michel Lévy* donne l'analyse des travaux faits par les médecins militaires sur l'action du sulfate de cinchonine dans les fièvres intermittentes, par M. Laveran à Blidah, et par MM. Artigues et Barby au Pyrée, près d'Athènes, et à Varna.

« Si les observations dues à ces médecins ne conduisent point à une solution précise de tous les éléments du problème, dit l'orateur, si elles ne sont point comparables dans leurs particularités, elles ont au moins le mérite de dégager dans une évidence suffisante un certain nombre de conclusions d'un grand intérêt pour la pratique ; essayons de les formuler :

» 1° L'expectation est sans inconvénients sérieux dans les fièvres intermittentes simples, sous la réserve de conditions hygiéniques appropriées ; elle est, dans une certaine mesure, le préliminaire indispensable à la sincérité des expérimentations des succédanés du quinquina.

» 2° Une partie des succès attribués à la cinchonine n'a pas plus de valeur que ceux d'une foule d'autres substances employées à titre de fébrifuges ; il témoigne d'un fait clinique important, bien connu des anciens, à savoir de l'épuisement spontané des accès fébriles. Nous rattachons à ce mode de solution les prétendues guérisons de fièvre obtenues d'emblée par la cinchonine avant la manifestation d'un seul accès à l'hôpital, et celles de la plupart des fièvres printanières.

» 3° Quoique les fièvres de l'été et de l'automne résistent plus que celles du printemps, elles offrent encore une certaine proportion de cas qui se terminent spontanément, c'est ce que prouvent les observations de M. Laveran ; nous n'hésitons pas à y ajouter une partie de celles que nous avons fait faire au Pirée, en septembre 1854, et qui nous montrent des fièvres intermittentes guéries par une première dose de 4 à 6 décigrammes de sulfate de cinchonine ; la réflexion nous porte à faire entrer encore dans cette catégorie les fièvres que nous avons traitées en 1835 par la salicine, avec un succès apparent, dans l'hôpital de Calvi, en Corse.

» 4° Si dans des contrées aussi palustres que la Corse, l'Algérie, le Pirée et Varna, à l'époque où le dégagement miasmatique est au maximum, on constate une proportion assez forte de fièvres qui se terminent spontanément, cette proportion doit être bien autrement considérable dans nos climats très tempérés, dans les localités dont le caractère paludique est moins prononcé ou même très faible, telles que Paris et beaucoup de nos villes de l'intérieur. A l'hôpital militaire de Lille, M. de Chamberet guérissait les fièvres intermittentes avec de l'eau pure distribuée aux soldats dans des fioles qui portaient pour étiquette *protoxyde d'hydrogène*.

» 5° La dépense de sulfate de quinine, dans les hôpitaux civils comme dans l'armée, se trouvera sensiblement réduite par l'application des données qui précèdent. Le sulfate de cinchonine suffira à la plupart des fièvres qui surviennent au printemps et jusqu'au commencement de juin ; même au delà de ce terme, il réussira dans un certain nombre de fièvres d'été et d'automne. Pendant l'hiver, où l'on n'a à combattre que des fièvres récidivées sans tendance au type pernicieux, le même médicament trouvera encore sa place, précédé ou non d'une dose de sulfate de quinine, suivant le conseil de M. Moutard-Martin, ou associé à une faible quantité de sulfate de quinine, d'après les expériences prescrites par le conseil de santé des armées.

» 6° Aucun médecin militaire n'a tenté l'emploi de la cinchonine contre les fièvres pernicieuses. Cette réserve sera certainement imitée par nos confrères civils ; elle est commandée par les résultats de l'expérimentation.

» 7° Il est une autre source d'économie du précieux sel de quinine, c'est une dosation rationnelle. L'exagération des doses de ce médicament s'est étendue de l'Afrique à la France ; j'ai vu prescrire à Paris 1 gramme de sulfate de quinine contre des états fébriles qui comportaient à peine l'emploi de ce remède. Une observation impartiale démontre que, même dans les pays de marais, il est rarement nécessaire d'en élever les doses au delà de 8 décigrammes à 1 gramme. Nous avons vu réussir ces doses à Navarin, en Morée, contre les dangereuses fièvres engendrées par les émanations du marais de la Djalowa, et qui ne le cédaient point en gravité à celles de l'Algérie.

» 8° Enfin, il se fait une dépense de sulfate de quinine en pure perte contre la plupart des engorgements spléniques. D'après M. le professeur Laveran, la quinine resta sans action sur la marche de ces lésions. Nos observations nous portent à faire une distinction pratique entre les engorgements invétérés de la rate et ceux qui sont de date très récente. Ces derniers nous ont paru subir, comme l'ensemble des phénomènes qui constituent la fièvre paludique, les effets favorables de la médication. Les tumeurs plus anciennes de la rate ne sont guère modifiées par le sulfate de quinine, qu'on ne manquera pas cependant de prodiguer contre elles avec une coûteuse persévérance. »

Tels sont les enseignements d'une expérience clinique aussi multipliée que diverse par les lieux, pour arriver à une notable diminu-

tion de la dépense en quinine, et pour la remplacer souvent, sans aventure, par le sulfate de cinchonine.

Rappelons, en terminant, que dans son rapport, imprimé en 1859, le conseil de santé n'a pas manqué de faire ressortir le singulier contraste entre l'énergie toxique du sulfate de cinchonine et son insuffisance thérapeutique : c'est là un sujet qui mérite des recherches nouvelles. Dans l'administration du quinquina, les effets toxiques et thérapeutiques de la cinchonine se combinent avec ceux de la quinine ; la résultante de ces actions fait la valeur propre du quinquina ; or, si le sulfate de quinine est la ressource du médecin contre les fièvres qui résistent à l'usage du sulfate de cinchonine, il est aussi des fièvres rebelles au sulfate de quinine et qui cèdent au quinquina. Dans les fièvres fréquemment réeidivées, et dans celles qui ont entraîné un état cachectique, c'est au quinquina que nous donnons la préférence.

M. *Bousquet*. On ne peut pas prononcer ici le nom de fièvre intermittente sans qu'aussitôt il ne s'élève une voix pour parler de la rate. Je demande à M. Piorry si un homme qui n'aurait pas de rate serait, par ce seul fait, exempt de la fièvre intermittente ; en d'autres termes, si l'on peut avoir les maladies d'un organe qu'on n'a pas ou qu'on n'a plus ?

Eh bien ! il y a quelques années, un médecin de la Haute-Loire envoya à l'Académie l'observation d'un homme à qui l'on enleva la rate herniée à la suite d'une plaie de l'abdomen, et qui continua à avoir la fièvre intermittente. A l'autopsie, on ne trouva qu'un petit moignon de rate flétri, atrophié. M. Piorry dira qu'il en restait assez pour engendrer la fièvre intermittente ? La rate ne serait donc jamais trop petite pour produire les fièvres d'accès, tandis qu'il a reconnu qu'elle était souvent trop grosse pour cela.

Je demande encore à M. Piorry comment il se fait que le chien, le cheval, l'âne, le bœuf, le mouton et les animaux en général, échappent à la fièvre intermittente ? Ils ont cependant, dans leurs flancs, l'organe qui la porte ; ils ont une rate, et il est impossible que cette rate ne se gonfle pas quelquefois comme celle de l'homme.

Comment se fait-il, en outre, que la périodicité, née de la rate, selon M. Piorry, dans la fièvre intermittente, se produit dans d'autres maladies (fièvres larvées) dans lesquelles il n'existe aucune lésion de la rate ?

Est ce la lésion splénique qui suscite la fièvre d'accès ? Est-ce la fièvre d'accès qui fait gonfler la rate ? Dans la première hypothèse, tout est inexplicable, et la lésion splénique et la fièvre d'accès ; dans la seconde, on comprend du moins comment, dans le premier stade de la fièvre, pendant le frisson, alors que toute la vie semble se réfugier à l'intérieur, on comprend que le sang, refluant précipitamment sur les viscères, gonfle par préférence la rate, à cause de la mollesse même de son tissu.

Toutefois, si je conteste les théories de M. Piorry, je ne méconnais ni le mérite de ses efforts, ni l'utilité de ses recherches.

M. Piorry, à la première apparition d'une maladie, ne s'informe pas si elle est de celles qui guérissent d'elles-mêmes ; il la combat par toutes les ressources qui sont en son pouvoir, ne fût-ce que pour l'abréger et faire partager au médecin les honneurs de la guérison.

M. Piorry a découvert que le sel marin guérit merveilleusement les fièvres intermittentes. Je le crois bien ; elles guérissent souvent toutes seules. Dans le midi de la France, la médecine populaire les traite par le café sans sucre, avec ou point addition d'un peu de citron. J'ai connu un médecin espagnol qui avait appris dans son pays à les guérir en regardant longuement dans le creux de la main ; et ses succès lui avaient valu une si grande réputation qu'il lui venait des clients de dix lieues à la ronde. Aussi je me demande si, au lieu de sel marin, M. Piorry eût donné à ses malades de l'eau de Seine, il n'aurait été guère moins satisfait. Il n'est pas de plus sûr moyen de se ménager des succès que d'attaquer sans délai, au premier signal, les maladies qui se guérissent spontanément. Mais M. Piorry s'est persuadé qu'il n'y a que les médecins qui ne savent que faire qui temporisent. C'est une erreur. M. Piorry n'est pas encore arrivé à cet âge (il y viendra peut-être), où P. Franck disait à ses élèves : « Apprenez, par mon exemple, à vous méfier des promesses de la thérapeutique. Quand j'étais jeune, je croyais avoir cent remèdes différents contre chaque maladie ; aujourd'hui je prescris le même remède contre cent maladies différentes. »

Je n'ajoute plus qu'un mot, mais je le livre aux méditations de M. Piorry : c'est qu'on se trompe autant à agir quand il faut s'abstenir qu'à s'abstenir quand il faut agir.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. BRIQUET.

La correspondance comprend plusieurs fascicules du *Journal médico-chirurgical de la Nouvelle-Orléans*. L'Académie de médecine de New-York, en envoyant le compte rendu de ses séances depuis 1851 à la Société, demande, par l'organe de son président, à échanger ses travaux et à entrer en correspondance avec la Société.

Le secrétaire général annonce à la Société la perte douloureuse qu'elle vient d'éprouver, dans la personne du docteur *Camus*, membre de la Société depuis 1838, un de ses anciens présidents.

M. *Brierre de Boismont*, qui a pu assister aux obsèques du docteur Camus, lit à la Société la notice suivante, qu'il a prononcée sur sa tombe :

« Je viens, comme représentant de la Société de médecine du département de la Seine, dont M. le docteur Camus était l'un des membres les plus zélés, exprimer les regrets que nous a causés sa fin prématurée. Permettez-moi, en cette triste circonstance, d'évoquer un fait dont vous ferez tous l'application.

» Il y a quelques années, j'entrai dans une modeste chapelle au fond de la Bretagne, et je lus avec autant de surprise que d'attendrissement, inscrits sur les murs, les noms d'obscurs employés qui avaient consacré leur vie au service des malades. C'était la première réalisation que je connusse d'une des justes pensées de ce siècle, la part distributive d'éloges aux pionniers du travail et de la vie d'abnégation, toujours sacrifiés. N'est-ce pas là l'image de la destinée des médecins praticiens, ce type de tous les dévouements, avec la différence qu'ils attendent et attendront encore longtemps leur tour d'inscription ? Celui auquel nous disons aujourd'hui un dernier adieu, était un des vaillants soldats de cette glorieuse légion ; il nous avait donné, à la Société de médecine, des preuves nombreuses de la rectitude de son jugement et de la variété de ses connaissances ; lui aussi, aurait pu attacher son nom à des communications importantes ; il a préféré grossir la phalange de ces milliers de médecins qui font le bien sans bruit, pour obéir à la voix intérieure, et qui n'attendent leur récompense que du Père qui est aux cieux. Associons dans nos souvenirs la mémoire de Camus à celles de tous les hommes dont la vertu a été la règle de conduite ; leurs exemples sont les seuls enviables, les seuls que nous devions nous proposer pour modèles. »

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Lezioni di patologia generale, dettate da SALVATORE DE RENZI, professore di patologia generale e d'igiene nel real collegio medico-chirurgico napolitano. 1 vol. grand in-8. Napoli, 1856.

Traité de pathologie générale, par M. ED. MONNERET, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. 2 vol. in-8. Paris, 1857, Béchet jeune, libraire-éditeur.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. 1 vol. in-8, avec figures d'anatomie pathologique générale. Paris, 1857, J.-B. Baillière et fils.

Pathologie générale et séméiologie, par MM. J. BÉHIER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de

l'hôpital Beaujon, etc., et A. Hardy, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. 1 vol. in-8, deuxième édition. Paris, 1858, Labé.

(Suite et fin. — Voir le numéro 16.)

Le professeur de Renzi définit la maladie « *un désordre de la force et du type organiques, qui se manifeste presque toujours par un ensemble d'actes physiques, chimiques et organiques, souvent douloureux et désordonnés* (disordinati), *lesquels sont produits en partie par la cause morbifique, en partie par la réaction conservatrice et réorganisatrice de la loi vitale.* »

Nous ne donnerions qu'une notion tout à fait insuffisante de la pensée de l'auteur, si nous nous bornions à inscrire ici cette définition; il a senti lui-même la nécessité d'en commenter les diverses propositions, d'en justifier les différents termes; il nous paraît donc utile de le suivre dans cette voie, nous réservant d'examiner ensuite à quelle doctrine il se rattache, et de montrer que sa définition, quoique plus philosophique, n'échappe pas complétement aux objections que nous avons formulées contre les précédentes. Lorsque j'avance que la maladie est *un désordre de la force et du type organiques*, je comprends par là, dit M. de Renzi, non-seulement l'aberration et l'arrêt primitifs de l'évolution typique, mais aussi l'altération lente et cachée de l'acte nutritif et sécréteur, le désordre qui apparaît dans les fonctions et dans la puissance vitale. En ajoutant que *ce désordre se manifeste presque toujours par un ensemble d'actes physiques, chimiques et organiques*, je tiens compte de l'ensemble des symptômes, des lésions primitives et secondaires, soit que ces lésions se manifestent visiblement, soit que le raisonnement seul conduise à les admettre, en tant que chaque phénomène doive trouver son siége et son explication.

En qualifiant ces actes de *douloureux et désordonnés*, l'auteur veut indiquer leurs tendances dangereuses; il veut exprimer, en outre, l'activité nécessaire (*attività necessaria*) de chaque acte morbide, et l'enchaînement successif des causes et des effets; il tient compte enfin, par là, de l'altération consécutive des propriétés de tissu, de la sensibilité qui manifeste la douleur, de la contractilité qui manifeste le désordre.

En disant que ces actes sont *en partie produits par la cause morbifique*, il entend faire la part des influences étiologiques, de la lésion primitive amenée par l'action de la cause morbigène, des rapports existant nécessairement entre l'agent et le produit.

En disant enfin (et ceci est, ce nous semble, le point important de la doctrine) que ces actes sont *en partie produits par la réaction conservatrice et réorganisatrice de la loi vitale*, M. de Renzi veut montrer « l'activité nécessaire, évidente, incontestable de la vie; activité qui, au milieu des obstacles de la maladie, manifeste une tendance constante à la conservation de l'organisme et à la reconstitution de la liberté fonctionnelle; activité qui nous montre la lésion morbide, non point isolée ou supportée passivement, mais unie à la vie;... non pas que la réaction doive toujours être, en fin de compte, conservatrice et réorganisatrice, mais ses tendances sont telles; et si les perturbations des conditions organiques lui font manquer le but, en apportant avec elles de nouvelles lésions, de nouveaux dangers, ceux-ci ne doivent point être attribués à la loi vitale. Dans l'état physiologique, en effet, la force vitale domine et modifie les causes qui menacent l'être vivant; mais dans l'état pathologique, les fonctions conservatrices et nutritives, qui ne peuvent s'interrompre, s'exercent parfois d'une façon vicieuse aux dépens de l'être qu'elles corrompent, qu'elles consument, qu'elles tuent. Cette manière de définir la maladie présente, en outre, l'avantage de renfermer en elle les lois générales de la thérapeutique; car celle-ci doit, d'une part détruire les effets de la cause morbigène, d'autre part diriger et seconder ceux de la réaction conservatrice. Or, elle peut y arriver par plusieurs voies, soit en détruisant la cause même dans sa première manifestation nuisible et empêchant ainsi la succession des actes morbides; soit en s'opposant aux effets de cette cause d'après la loi des contraires (*contraria contrariis*); soit enfin en aidant et en provoquant les actes salutaires de la réaction conservatrice (*similia similibus*). »

Voilà, certes, une série de déductions intéressantes qui ont le mérite d'être la conséquence légitime de la proposition primitive, et de montrer comment la définition même de la maladie peut renfermer, outre les caractères propres de celle-ci, le sommaire des indications thérapeutiques. Cela est vrai, nous le reconnaissons volontiers; mais le lecteur sera frappé sans doute comme nous de la séparation complète que M. de Renzi établit dans tout cet exposé entre le principe vital, réactionnel, conservateur, et l'organisme malade, séparation que suffirait à prouver cette phrase déjà citée plus haut : « activité de la vie qui, *au milieu des obstacles de la maladie*, manifeste une tendance constante à la conservation de l'organisme, etc. » Le principe vital, conservant son activité inaltérée au milieu des obstacles de la maladie, n'en souffre évidemment pas; donc nous avions raison de dire que l'auteur établit une séparation complète entre le corps matériel supportant seul les effets de la maladie et le principe vital conservateur. Chacun peut maintenant reconnaître cette doctrine et lui assigner l'un quelconque des noms qu'elle porte : c'est l'*animisme moderne* ou *celui de Stahl*, c'est la doctrine antique du *dualisme*, c'est enfin, pour employer l'expression philosophique, la doctrine de l'*union accidentelle*. Or, une telle doctrine est-elle applicable en médecine? Nous ne le pensons vraiment pas. En effet, si le principe vital, distinct du corps, doit guérir, ou du moins tendre à guérir le mal du corps, il en résulte qu'en face d'une maladie quelconque (comme l'avance, au reste, M. de Renzi), nous aurons deux ordres de phénomènes à observer : les uns, provenant du corps qui souffre, nous révèlent la maladie, ils sont nuisibles; les autres, provenant du principe vital qui lutte, nous en révèlent les efforts, ils sont salutaires. La conséquence se prévoit; il faut prendre pour base des indications thérapeutiques la considération de ces deux ordres de phénomènes si tranchés, il faut, en un mot, combattre les uns par la loi des contraires, favoriser les autres par la loi des semblables (*interpres et minister*). Jusqu'ici rien de mieux; mais que suppose une telle conclusion? C'est que le médecin pourra constamment et nettement distinguer les *phénomènes morbides matériels* des *phénomènes vitaux médicateurs*. Or, quel est le critérium pour faire à coup sûr cette distinction fondamentale? La marche ultérieure de la maladie, dira-t-on. Il est de fait que, lorsque celle-ci approche de sa terminaison (quelle quelle soit d'ailleurs), ces deux ordres de phénomènes, intimement unis jusque-là et inséparables pour le médecin, peuvent parfois être saisis, être interprétés isolément; mais il sera un peu tard, convenons-en, pour poser alors ses indications thérapeutiques.

Du reste, il faut bien le dire, l'auteur italien ne tient pas beaucoup ni à sa définition, ni à la base qu'il donne à la thérapeutique, ni à l'indépendance du principe vital, car, dans le chapitre qui suit immédiatement celui que nous venons d'analyser si longuement, il s'élève contre les animistes purs, il avoue que la force vitale ne peut être considérée isolée des molécules matérielles, qu'elle ne serait pas ce qu'elle est sans la matière organique ou, inversement, qu'entre elles deux est un rapport spécifique nécessaire. Il eût bien dû s'expliquer enfin sur ce rapport; est-ce encore l'*union accidentelle*, comme plus haut? ou bien est-ce l'*union substantielle*, comme tendrait à le faire croire la citation actuelle? Nous ne savons. Toujours est-il qu'il y a là une contradiction que nous sommes heureux de signaler, puisqu'elle nous montre que M. de Renzi est plus près peut-être du spiritualisme que de la doctrine à laquelle se rapporte sa définition.

Celle-ci, du reste, nous semble encore passible d'un autre reproche; elle ne met pas complétement à l'abri de la confusion entre le symptôme et la maladie; deux idées fondamentales, selon nous, y sont absentes, celle de durée (exprimée dans la plupart des auteurs par le mot *état*) et celle d'une évolution régulière et constante.

Après l'étude de la maladie dans ses caractères essentiels et descriptifs se place naturellement celle des éléments qui la constituent; celle-ci est le complément de celle-là. Un examen rapide de cette question nous permettra d'avoir enfin une idée exacte et complète des doctrines si différentes de nos auteurs.

Le médecin de Naples admet que dans toute maladie quatre élé-

ments concourent à produire l'état morbide, savoir: « 1° l'élément vital, 2° l'élément organico-plastique, 3° l'élément organico-dynamique, 4° l'élément étiologique. Les trois premiers sont subjectifs et inhérents au corps organisé ; le dernier est objectif. Voyons ce qui les caractérise. Les manifestations principales de l'élément vital en état de maladie sont : l'hétéromorphie par laquelle le type organique demeure altéré ou arrêté dans la vie intra-utérine, — l'ataxie par suite de laquelle la chimie organique, n'étant plus soumise aux lois vitales, dissocie la matière organique, — la tendance à régulariser les mouvements anormaux et les productions atypiques provenant de la cause morbifique, — l'effort éliminateur par lequel la loi vitale sépare et cherche à expulser tout ce qui est contraire aux opérations organiques, — la préparation de la matière à éliminer (coction des anciens), — l'ordre et la conformité des maladies dépendant de ce que la matière organique est tellement disposée, d'après les lois vitales, qu'elle ne peut être modifiée que d'une manière uniforme par les causes morbigènes. C'est là ce qui constitue l'unité des maladies, leur régularité et la constance de leur cours, — enfin, l'unité et la généralisation des maladies, parce que le principe vital est un, ainsi que la matière organique, parce que les organes sont dans une dépendance mutuelle, parce que la manifestation des phénomènes est uniforme.

« L'élément organico-plastique se révèle par l'arrêt de l'évolution organique, envisagé non plus comme phénomène essentiellement vital, mais comme fait brut de l'organisme restant incomplet, — l'altération partielle de la composition et des rapports organiques, — l'altération de la matière organique par défaut dans sa composition, — le désordre local produit par une action chimique ou mécanique, — l'engorgement des tissus par des substances fluides ou aériformes, à la suite d'une sécrétion augmentée ou empêchée, ou d'une fluxion anormale produite par un irritant local.

Les caractères de l'élément organico-dynamique sont : l'exaltation des forces, la faiblesse et l'irritation physiologique.

Quant à l'élément étiologique, il comprend tout ce qui, dans la nature, a la faculté de modifier l'organisme humain de façon à l'écarter de son type normal. Ces modificateurs, quelque nombreux qu'ils soient, sont rapportés par l'auteur à deux groupes seulement : l'un comprend les modificateurs à action lente (ce sont évidemment les causes prédisposantes); le second renferme ceux qui, soit par leur nature, soit par la quantité, soit par les conditions subjectives de l'organisme, produisent la maladie par une action immédiate, et la produisent d'autant plus facilement que la prédisposition était plus grande. »

Ces quatre éléments constituants de tout état morbide, dérivent directement, comme on peut le voir, de la définition même de la maladie, telle que l'a donnée M. de Renzi. Ils ne sont que la consécration, en quelque sorte, de ses caractères essentiels, auxquels ils sont empruntés. Nous allons voir MM. Monneret et Bouchut chercher les leurs dans un autre ordre d'idées, et envisager à un tout autre point de vue la constitution de la maladie.

M. Monneret désigne sous le nom d'*élément prochain ou immédiat des maladies*, tout état morbide, local ou général, primitif, non décomposable en un ou plusieurs actes morbides, et qui entre comme partie constituante de la maladie, quel que soit son siége. Cet élément est : 1° lésion du solide ; 2° lésion du liquide ; 3° lésion de propriété vitale. Il doit être idiopathique, irréductible en une autre lésion ou en un autre trouble fontionnel. Nous croyons devoir donner ici le tableau de ces éléments prochains, tel qu'il est consigné dans l'ouvrage de M. Monneret, parce que c'est là un des traits les plus caractéristiques de cette œuvre, et que d'ailleurs toute cette doctrine appartient en propre au savant médecin de l'hôpital Necker.

I. *Éléments prochains consistant dans un trouble des propriétés vitales.* 1° *Irritabilité :* sthénie, asthénie, ataxie, sympathie ; 2° *contractilité :* spasme, paralysie; 3° *sensibilité :* hypéresthésie, anesthésie, douleur; 4° *troubles de l'intelligence :* délire.

II. *Eléments prochains consistant dans une altération du sang.* Pléthore, anémie, défibrination, perte d'albumine, altération du sang par les virus, les poisons, les venins.

III. *Éléments prochains consistant dans une lésion simultanée des liquides et des solides.* État puerpéral, pyémie, état typhoïde, bilieux, scrofuleux, rhumatismal, goutteux.

IV. *Éléments prochains consistant dans une altération locale commune à tous les solides.* 1° *Lésion de calorification :* fièvre ; 2° *lésion de circulation :* hypérémie, anémie, inflammation, hémorrhagie ; 3° *lésion de sécrétion :* hydropisies, hétérorinies, acrinies ; 4° *lésion de nutrition :* hypertrophie, atrophie, ulcération, induration, ramollissement, gangrène ; 5° *formation d'un produit homologue ou hétérologue :* tubercule, cancer.

A côté de ces éléments, que M. Monneret emprunte tour à tour aux manifestations symptomatiques, aux lésions et au malade lui-même, procédé qui, d'ailleurs, pourrait se soutenir aussi bien que tout autre, voici ceux que M. Bouchut admet dans la constitution des maladies : « Les uns sont dynamiques, les autres organiques, matériels.

» Les principaux dynamiques sont : la fièvre, la douleur, le spasme, l'élément catarrhal, la fluxion, l'inflammation, l'adynamie, la malignité, l'atonie, l'intermittence, l'habitude, les éléments spécifiques, diathésiques, etc.

» Les éléments morbides organiques sont : l'anémie, la pléthore, l'état putride ou septique, l'état muqueux, bilieux, les éléments matériels homœomorphes, les corps étrangers, les obstacles, les continuités vicieuses et les solutions de continuité. »

Il est aisé de voir que M. Bouchut prend ici le mot élément dans le sens le plus étendu, et qu'il s'écarte complétement, comme il le dit lui-même, de Barthez et de Lordat. Pour eux, en effet, l'élément morbide est une affection simple ou altération du principe vital, donnant lieu à des symptômes constants bien dessinés. Pour Bérard, c'est l'affection essentielle qui constitue la maladie. Quissac enfin (*De la doctrine des éléments et de son application à la médecine pratique*, Montpellier, 1850), dont M. Bouchut ne s'éloigne pas moins, distingue les affections en *élémentaires* et en *spéciales non élémentaires*. Il définit l'élément ou l'affection élémentaire, un état morbide général simple, avec ou sans fièvre, avec ou sans lésion locale, ayant des caractères propres, offrant des indications spéciales et pouvant se rencontrer dans la plus grande partie des maladies. C'est là son caractère pathognomonique. Il appelle *affections spéciales non élémentaires* celles qui ne sont pas susceptibles de se présenter dans le plus grand nombre des maladies, bien que d'ailleurs elles aient quelques caractères spéciaux, et qu'elles offrent des indications qui leur sont propres.

Les éléments proprement dits sont au nombre de onze : élément fébrile, inflammatoire, catarrhal, bilieux, muqueux, adynamique, ataxique, malin, périodique, nerveux, fluxionnaire.

M. Bouchut donne au contraire le nom d'élément à toutes les causes morbifiques, et à toutes les lésions affectives ou localisées que l'on observe dans les maladies. De cette manière, le nombre des éléments morbides se trouve multiplié à l'infini, et comprend tous les éléments dynamiques et organopathiques connus. Or, si nous ne nous trompons pas, c'est précisément cette extension exagérée donnée au mot élément, qui fait le danger de la doctrine professée par le médecin de Sainte-Eugénie ; car, d'une part, il ruine la doctrine des éléments proprement dite, puisque ses préceptes conduisent non pas à admettre et à étudier des éléments, mais simplement à faire de l'analyse clinique ; et, d'un autre côté, il ruine l'entité morbide, car la notion maladie est incompatible avec la doctrine des éléments organopathiques.

On a d'ailleurs vu cette doctrine à l'œuvre. — Qui ne serait en outre frappé de l'arbitraire qui a présidé à la division de ces prétendus éléments? Pourquoi l'inflammation dans les éléments dynamiques, et l'état muqueux dans les éléments organiques? Pourquoi enfin regarder l'obstacle naturel ou accidentel au cours des matières dans l'intestin (nous citons textuellement), ou un corps étranger dans le genou, comme un élément morbide? N'est-ce pas établir la confusion la plus complète entre l'élément morbide et la cause prochaine de la maladie ? En effet: « Causa proxima morbi » appellatur tota illa simul quæ totum jam præsentem directe

» constituit; hæc semper est integra, sufficiens, præsens, totius » morbi, sive simplex fuerit, sive composita. Hujus præsentia » ponit, continuat morbum. Hujus absentia cum tollit. » (Bœrhaave, *Institutiones medicæ.*)

D'ailleurs, pour dire toute notre pensée, nous ne voyons qu'arbitraire et confusion dans toute cette question; non-seulement les auteurs ne s'entendent pas sur le nombre des éléments à admettre, conséquence toute naturelle du défaut d'entente sur la signification même du mot élément, mais ils ne savent même pas à quelle source il convient au juste de les puiser; l'un, et nous avons pris soin de le montrer, s'adressant à l'essence même de la maladie; le second, tantôt aux phénomènes symptomatiques, tantôt à l'état du malade; le troisième enfin, prenant un peu partout, et admettant même comme élément la cause prochaine des maladies. En voilà plus qu'il n'en faut pour justifier le reproche de confusion que nous venons de formuler. Quant à l'arbitraire, il n'est pas moins évident. On met la fièvre dans les éléments morbides, soit; mais on pourrait, avec non moins de raison, ne pas s'arrêter là et la décomposer en modification de la chaleur, de la circulation, de la respiration. Nous pourrions en dire autant de l'un quelconque de ces soi-disant éléments. Qu'est-ce donc que des éléments que l'on peut décomposer à leur tour? Veut-on une dernière preuve, qui montre jusqu'à l'évidence combien toutes ces divisions sont *artificielles?* M. Monneret range l'inflammation dans les éléments prochains, consistant dans une altération locale commune à tous les solides. Or, comment se fait-il que deux pages plus loin l'auteur écrive : « L'inflammation est une *maladie composée* », lui qui définissait naguère l'élément prochain un état morbide local ou général, primitif, *non décomposable* en un ou plusieurs actes morbides?

Dans un tel état de choses, nous croyons la voie suivie par MM. Béhier et Hardy beaucoup plus sûre, et surtout plus conforme à la vérité. Ils n'ont même pas abordé cette question si obscure et si utile des éléments. Ils n'ont pas oublié, et nous les en félicitons, que la maladie est une, que la clinique ne l'analyse que pour en établir le diagnostic, mais qu'une fois cela fait, toute division ne peut être qu'artificielle ou hypothétique. Ce n'est que par une assimilation dangereuse et impossible à soutenir, que l'on pourrait appliquer à la médecine les procédés de la chimie. Celle-ci peut établir des éléments, parce qu'elle décompose des corps, parce que les résultats de cette décomposition, qu'on les appelle éléments ou principes immédiats, peuvent exister seuls et par eux-mêmes, parce qu'ils ne sauraient subir une décomposition nouvelle sans cesser d'être. Qu'y a-t-il de pareil en médecine? Enfin, et ce n'est pas là notre argument le moins sérieux, le médecin qui transporterait dans sa pratique la doctrine des éléments et qui voudrait y rester fidèle, serait contraint à faire uniquement de la médecine de symptômes; car ce n'est plus une maladie qu'il a devant lui, c'est encore moins un malade, mais c'est la réunion d'un plus ou moins grand nombre d'éléments subordonnés ou indépendants, qui doivent seuls lui fournir ses indications. Or, qu'est cela, si ce n'est la médecine des symptômes, c'est-à-dire la négation de la maladie en même temps que de l'art médical?

Puisque l'examen des éléments morbides nous a amené à parler de l'*affection*, nous pensons qu'il ne sera pas hors de propos d'indiquer l'interprétation qu'a reçue, dans les ouvrages qui nous occupent, ce terme sur la valeur duquel, il faut bien le dire, on est encore loin de s'entendre. Ce sera un utile complément à l'étude de la maladie elle-même. MM. Béhier et Hardy déclarent que toute distinction entre l'affection et la maladie est superflue ou tout au moins subtile, et ils prennent indifféremment ces deux mots l'un pour l'autre. Mais ils ont soin en même temps de rappeler que cette synonymie n'a pas toujours été acceptée par tous les auteurs, et que l'école de Montpellier, en particulier, assigne à ces mots deux sens bien distincts. Pour elle, en effet, l'*état morbide* comprend trois degrés différents : l'*indisposition*, l'*affection* et la *maladie*. L'*indisposition* est un état intermédiaire qui n'est ni la santé, ni la maladie, mais qui conduit presque toujours de l'une à l'autre; c'est l'effet produit sur l'économie par un modificateur quelconque, sans réaction de la nature, avec tolérance momentanée; c'est le premier élément de la maladie. L'*affection* est cet état de la vie dans lequel l'économie, affectée passivement par une cause morbifique, est le siége d'une lésion organique ou vitale. L'économie est plus profondément affectée, plus compromise que dans l'indisposition; il y a une altération manifeste dans l'organisation matérielle ou un trouble fonctionnel très caractérisé; mais la nature est encore passive, elle supporte le mal sans réagir, sans opposer précisément une action en sens contraire. La *maladie* est le troisième et le plus haut degré de l'état morbide; c'est un état complexe dans lequel une affection et une réaction se trouvent en présence. Après avoir ainsi exposé cette doctrine, et l'avoir soumise à une saine critique, après avoir montré surtout que si elle est admise il faut voir dans la maladie, non plus un mal, une œuvre de destruction, mais, au contraire, un acte bienfaisant de la nature, un acte éminemment salutaire et réparateur, les auteurs concluent qu'une telle théorie doit être repoussée, et qu'ils ne feront, pour leur part, aucune distinction entre l'affection et la maladie. C'est là leur droit incontestable, surtout après l'examen préalable dont ils ont fait précéder cette conclusion; et d'ailleurs, en repoussant cette distinction, ils restent fidèles à la doctrine de Galien, qui lui non plus ne reconnaissait pas de différence entre ces deux termes.

MM. Monneret et Bouchut, au contraire, prennent le mot *affection* et le mot *maladie* dans deux sens différents; mais nous croyons qu'ils auraient sagement fait de donner leurs motifs, et de justifier leur interprétation. M. Monneret déclare se ranger à l'opinion des anciens : « Ceux-ci, dit-il, appelaient affection, πάθος, πάθημα, *affectio*, l'état général qui provoque l'état local, auquel ils réservaient le nom de maladie, νόσος, νόσημα, *morbus*. Ainsi, pour eux, l'affection était très distincte de la maladie. » Et plus loin : « La maladie ou la détermination morbide locale, pour me servir de l'expression de Cullen, caractérise un très grand nombre d'affections. » Ce n'est pas là d'ailleurs une distinction fortuite, et à laquelle l'auteur attache peu d'importance, car il y revient encore, et d'une façon plus précise peut-être, à propos de l'inflammation; citons encore textuellement : « Un des éléments de l'inflammation peut faire défaut; les autres serviront toujours à la caractériser. L'hypérémie avec extravasation de fibrine ou de pus n'appartient qu'à la phlogose. Il en est de même de l'augmentation absolue de la fibrine du sang. Elle fait partie de cette classe de maladies générales que les anciens appelaient *affection*. En effet, avant même que nous apercevions la lésion locale (la maladie), le frisson, la fièvre, l'affaiblissement, l'altération du sang, indiquent déjà un état morbide général, ou bien ces deux éléments se montrent en même temps; dans tous les cas, ils marchent d'une manière parallèle pendant toute la durée de l'inflammation. Ainsi la coexistence d'une *maladie* avec une *affection* caractérise la phlogose. » Voilà donc la lésion locale transformée en maladie, et cela tout simplement pour avoir changé le sens ordinaire des termes, et avoir établi une confusion dangereuse entre l'entité morbide et la détermination morbide de Cullen.

Du reste, M. Bouchut prend le mot affection exactement dans le même sens. « La maladie est l'état particulier du corps troublé dans une partie ou dans l'ensemble de ses fonctions. L'affection est, au contraire, un terme d'une signification infiniment plus générale et plus vague, exprimant à la fois une souffrance vague, indéterminée, une viciation générale de l'économie, plus qu'une altération circonscrite et déterminée... Si l'on veut juger par un exemple de l'utilité de cette distinction, je dirai : la pneumonie, l'apoplexie, la péritonite, etc., sont des maladies; la scrofule, la peste, le typhus sont des affections qui se traduisent par des maladies du sang, du poumon, des glandes, etc. »

Eh bien! nous le répétons, une telle interprétation aurait besoin d'être justifiée; il n'est pas exact de dire que les anciens avaient adopté cette opinion, puisque nous avons déjà vu Galien et ses sectateurs s'en éloigner; il fallait donc au moins préciser. Il fallait de plus discuter la doctrine toute différente de Montpellier, telle que nous l'avons rapportée plus haut; il fallait, en outre, examiner avec soin si une telle manière de voir n'était pas dangereuse; or, elle l'est, en effet, puisqu'elle a conduit M. Monneret lui-même à confondre la lésion avec la maladie dans le passage que nous avons

cité; et cependant M. Monneret, il faut le reconnaître, proteste, en maintes circonstances, contre une telle assimilation; il fallait enfin rechercher si le mot affection n'aurait pas un sens plus précis, plus déterminé, plus conforme à la conception de l'entité *maladie*, et qui tend à être généralement adopté. Oui, ce sens existe, et il méritait d'être discuté. Nous pensons, quant à nous, qu'on doit regarder l'affection comme un état morbide simple ou complexe, mais secondaire, dépendant d'une *maladie* primitive, à laquelle il se rattache par la communauté d'origine et de nature. Tel est le sens que donnent à ce mot, parmi plusieurs médecins que nous pourrions citer, MM. Tardieu et Bazin. On peut différer sur les termes de la définition, mais ce qui en ressort bien évidemment, c'est que toujours la maladie prime l'affection, celle-ci n'étant qu'une dépendance, une manifestation de la première. Aux exemples cités par M. Bouchut nous pouvons opposer une foule d'expressions à bon droit consacrées : l'*affection intestinale* de la fièvre typhoïde, les *affections cutanées*, *articulaires*, *viscérales* de la scrofule, de la syphilis, de la goutte viennent déposer en notre faveur, et, s'il était besoin d'autres preuves, l'*affection pharyngienne* de la scarlatine, les *affections dyspeptiques* de l'asthme, les *affections névralgiques* de la chlorose, et bien d'autres encore seraient là pour témoigner de la vérité.

Nous dirons quelques mots, en terminant, de la Séméiologie que MM. Béhier et Bouchut ont jointe à leur *Pathologie générale*. Cette branche de la médecine était fort négligée, et depuis les ouvrages remarquables de Grüner (*Semiotice physiologicam et pathologicam generalem complexa*, Halæ Magdeburgicæ, 1775), de Double (*Séméiologie générale* ou *Traité des signes et de leur valeur dans les maladies*, Paris, 1811), de Landré-Beauvais (*Séméiotique* ou *Traité des signes des maladies*, Paris, 1818) elle était à peu près tombée dans l'oubli. Et cependant chacun sait, sans que nous ayons besoin d'y insister, de quelle importance est l'étude approfondie des signes, tant pour le diagnostic que pour le pronostic; chacun sait combien il est utile de les connaître, non-seulement dans leur valeur absolue, si nous pouvons ainsi dire, mais aussi dans celle qu'ils empruntent aux circonstances variées dans lesquelles nous sommes appelés à les constater. C'est précisément, du reste, en raison des détails précis, souvent minutieux en apparence, qu'il faut consacrer à l'étude de chaque signe, en raison des points de vue divers sous lesquels on doit les considérer tous, que la séméiologie est une des parties les plus difficiles de la médecine, soit qu'il s'agisse de l'étudier, soit qu'il s'agisse de l'enseigner. Aussi tous ceux qui s'occupent d'études médicales remercieront, nous en sommes certain, MM. Béhier et Bouchut d'avoir publié une *Séméiologie* qu'ils ont pris soin de mettre au niveau des connaissances actuelles, et dans laquelle ils ont fait entrer les signes si importants fournis par les investigations physiques et chimiques.

Cette dernière partie occupe dans leur ouvrage une étendue méritée, et MM. Béhier et Hardy l'ont rendue aussi complète et aussi instructive que possible en joignant à l'étude de chaque signe les considérations historiques et théoriques qui s'y rapportent naturellement. Notre impartialité nous oblige en outre à reconnaître que ces deux auteurs ont été plus complets que M. Bouchut, et qu'ils ont beaucoup mieux atteint le véritable but de la séméiotique. M. Bouchut, en effet, se borne, à propos de chaque signe, à énumérer les phénomènes par lesquels il se révèle, les moyens de le reconnaître avec certitude, mais surtout les différentes causes qui peuvent lui donner naissance. Or, si c'est là une partie importante de la séméiologie, il faut bien avouer que ce n'est pas tout. Ce qu'il importe avant tout d'étudier, ce sont les différents caractères que peut offrir un signe donné. S'agit-il du vomissement, il faut successivement passer en revue sa fréquence, sa facilité, son retour périodique ou non, sa durée, l'époque de son apparition, etc., et ce n'est qu'alors qu'on est en droit de se livrer à l'étude des matières vomies; mais il ne suffit pas encore de se livrer en revue tous les caractères indiqués, il faut surtout faire voir que les variations de ces divers caractères se lient le plus souvent à des causes différentes, afin de pouvoir remplir le but réel et essentiel de la séméiologie. Celle-ci se propose, en effet, de résoudre un problème qui nous semble pouvoir être formulé ainsi : Un signe étant donné, remonter à la connaissance de sa cause par l'examen attentif de tous les caractères qui lui appartiennent. Ce but n'a point échappé à MM. Béhier et Hardy, et nous sommes heureux de dire ici qu'ils l'ont atteint, quoiqu'ils aient été obligés de se restreindre dans d'étroites limites. Nous les remercions en outre d'avoir fait précéder leur pathologie spéciale de l'étude de la médecine générale et de la séméiologie. Une première édition de ce volume, rapidement enlevée, prouve assez qu'ils ont satisfait à un besoin réel, et qu'ils ont rempli une lacune regrettable. Il serait difficile, en effet, de se livrer avec fruit à l'étude des maladies en particulier, si l'on n'a pris soin de se familiariser d'abord avec les attributs qui leur sont communs, et de se bien pénétrer de la valeur des signes qu'elles présentent dans leur cours.

S. Jaccoud.

V

VARIÉTÉS.

Flexions utérines. — Rectification.

En présence de MM. les docteurs *Cazalis*, *Hérard*, *Moutard-Martin*, *Cahen*, *Giraud-Teulon* et *Cusco*; après les explications échangées sur le sujet de la réunion, M. *Dunal*, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, s'est engagé à publier en tête de tous les exemplaires de son ouvrage sur les déviations utérines la déclaration suivante :

AVIS AU LECTEUR.

« Depuis la publication de cet ouvrage, l'auteur a reçu de M. le docteur Cusco (de Paris) une réclamation revendicatrice d'un certain nombre de passages empruntés à sa thèse SUR L'ANTÉFLEXION ET LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS, publiée en 1853, et qui ont été insérés, sans désignation d'origine, dans les présentes études sur les déviations utérines. L'auteur reconnaît que l'historique et le chapitre qui traite des flexions utérines sont en grande partie la reproduction de la thèse précitée.

» Dans le principe, ce mémoire n'était pas destiné à la publicité; c'est par un oubli, qu'il regrette, que l'auteur a négligé de rappeler la source à laquelle il avait puisé.

Signé Benjamin Dunal, D.-M.-M.

Paris, le 20 avril 1860.

La déclaration qui précède sera publiée dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, et communiquée à M. le président de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier.

En conséquence de l'exécution loyale et complète, par M. Dunal, de cette convention, M. Cusco déclare renoncer à donner toute autre suite à sa réclamation.

Cazalis, Benjamin Dunal, E. Moutard-Martin, Hérard, Giraud-Teulon, Cahen, Cusco.

P. S. M. Dunal est venu exprès, et spontanément, de Montpellier pour donner cette satisfaction à M. Cusco. On s'absout soi-même d'une faute en la réparant de cette manière. A. D.

Dans le budget présenté au Corps législatif, M. le ministre de l'instruction publique demande 75,000 fr. pour augmenter de 2,500 fr. le traitement des dix-huit professeurs de la Faculté des sciences de Paris, et celui des douze professeurs de la Faculté des lettres. Il est en outre demandé, dans le même but, 70,000 fr. pour augmentation des traitements des vingt-huit professeurs du Collége de France, et 43,000 fr. pour les seize professeurs du Muséum d'histoire naturelle. C'est la reprise de l'ancien projet qui avait échoué au conseil d'État, et dont nous avons parlé à propos de l'incident Longet.

— M. Dujardin, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Rennes, membre correspondant de l'Institut, vient de mourir dans cette ville.

— L'Académie de médecine de Madrid n'a pas décerné de prix dans sa séance annuelle du 2 février dernier, sur la question « Des avantages et » des inconvénients de la vaccine et des revaccinations. » Elle a accordé un accessit au mémoire du docteur C. Peyrani, médecin militaire à Turin, et un autre à M. A. Obieta (de Bilbao).

Elle a mis au concours, pour 1860, les deux questions suivantes :

1° Indiquer les analogies et les différences des maladies dénommées par les auteurs espagnols *tabardillo pintado* et *fiebre punticular*, et celles appelées aujourd'hui fièvre typhoïde et typhus.

2° Déterminer la part des auteurs espagnols dans la découverte de la circulation du sang.

Un prix et un accessit sont attachés à chacune de ces questions.

Les mémoires doivent être écrits en espagnol et être parvenus *franco*, et dans les formes académiques, le 1[er] octobre 1860.

— M. le docteur Félix Bron vient d'être désigné, à l'unanimité, par MM. les professeurs de l'École de médecine de Lyon, pour remplir les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— M. Claude Bernard, membre de l'Institut, commencera le second semestre du cours de médecine, au Collége de France, vendredi 27 avril, à une heure.

CONFÉRENCES PUBLIQUES SUR LES MALADIES DES ORGANES URINAIRES ET GÉNITAUX. — M. le docteur Aug. Mercier commencera ces conférences rue de Seine, 10, le jeudi 3 mai, de trois à cinq heures, et les continuera tous les jeudis, aux mêmes heures.

— M. le docteur Foucher, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, commencera son cours public de chirurgie le lundi 7 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— M. le professeur Jobert (de Lamballe) a commencé son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, mardi dernier, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— Nous avons reçu de M. Topinard une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

— La Société de chirurgie a procédé à l'élection d'un membre titulaire et de cinq membres correspondants nationaux. Ont été nommés : *membre titulaire*, M. Bauchet ; *membres correspondants*, MM. Roybard, Dieulafoy, Putégnat, Perrin et Rochard.

— Les juges du concours qui doit s'ouvrir le 30 avril prochain pour deux places de médecin au Bureau central sont : MM. Lallier, Duplay, Cazalis et Louis Desormeaux, *titulaires;* MM. Pidoux et Guersant, *suppléants.*

— M. le docteur Delvaux, ancien bourgmestre de Rochefort (Belgique) et ancien membre du conseil provincial de Namur, vient de mourir dans sa soixante-quinzième année.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 30 avril, à six heures et demie, dans les salons des *Trois frères provençaux.* Ceux de MM. les membres correspondants ou associés étrangers présents à Paris qui désireraient prendre part à cette fête confraternelle, sont priés de vouloir bien en informer MM. les docteurs Brierre de Boismont et Legrand du Saulle, commissaires.

— La générosité du corps médical est exploitée depuis quelque temps par un individu qui opère dans les conditions suivantes :

Dans une lettre touchante qu'il adresse à des médecins connus pour avoir publié des livres, il leur expose qu'il est élève en médecine, et dans un état si voisin de la misère, qu'il ne peut se procurer l'ouvrage du médecin ou du professeur, dont il a cependant un pressant besoin pour préparer un examen. On devine le reste. L'auteur bienveillant adresse au soi-disant malheureux étudiant un bon pour prendre son livre chez l'éditeur, qui s'empresse de le remettre au porteur ; celui-ci n'a rien de plus pressé que d'aller *le laver* chez le bouquiniste voisin, et le produit converti passe ensuite chez le débitant d'absinthe le plus proche.

Espérons qu'il nous suffira de signaler cette manœuvre pour que nos confrères n'en soient plus victimes, et pour que cet individu abandonne une voie qui pourrait bien le conduire devant la police correctionnelle.

— La *Presse médicale belge* donne les renseignements suivants, à propos de la mort de M. le ~~docteur Guislain~~ :

« En mourant, M. Guislain a légué aux hospices civils de Gand la somme de 50,000 francs; de plus, sa belle bibliothèque et son magnifique cabinet de tableaux, qui doivent être placés dans l'établissement modèle d'aliénés construit hors la porte de Bruges, sur les indications du savant défunt. Son buste en marbre que lui ont offert ses anciens élèves, est légué à la ville de Gand.

» Par arrêté royal du 12 de ce mois, le gouvernement a décidé de faire exécuter le buste en marbre de M. le professeur Guislain, qui sera ensuite placé dans la grande salle de l'Académie de médecine. »

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — M. le docteur Moulin a fait don à l'Association d'une rente perpétuelle de 1,500 fr., pour fonder au lycée Saint-Louis une bourse gratuite en faveur du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, pauvre et malheureux, vivant ou décédé, membre ou non de l'Association ; ce sont les termes de l'acte de donation.

L'Association choisit et désigne le boursier, chaque fois que la bourse est devenue vacante, et le premier élève appelé à profiter de la fondation de M. Moulin, devra entrer au lycée Saint-Louis au plus tard à la rentrée des classes de l'année 1860.

La commission générale, qui représente l'Association et agit pour elle, appelée à désigner le boursier qui doit entrer au lycée en octobre prochain, afin de s'entourer de toutes les garanties nécessaires, tient à connaître, avant le 3 juillet, tous les candidats à la bourse fondée par M. Moulin.

Toutes les demandes relatives à cette bourse devront donc être adressées, avant le 3 juillet prochain, soit à M. le baron P. Dubois, président, soit à M. Louis Orfila, secrétaire général, soit à M. Vosseur, trésorier. Passé ce délai, aucune demande ne pourra être prise en considération.

Le secrétaire général, ORFILA.

VI

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PARALYSIE PROGRESSIVE, par le docteur *Henry Bonnet*, médecin adjoint à l'Asile d'aliénés de Fains. In-8 de 72 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 25

LEÇONS DE CHIMIE ÉLÉMENTAIRE APPLIQUÉE AUX ARTS INDUSTRIELS, par *J. Girardin*. 4ᵉ édition, entièrement refondue, avec figures et échantillons de teintures et d'indiennes intercalés dans le texte. Vol. I : *Chimie inorganique*, avec 330 figures dans le texte. Paris, Victor Masson. 15 fr.

MANUEL DE MICROSCOPIE APPLIQUÉE A LA MÉDECINE, par le docteur *M.-P. Coulier*. In-18 de IV-328 pages et 12 planches. Paris, Dozobry, E. Magdeleine et Comp. 5 fr.

MYOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN (Recherches myologiques), par *W. Kühne*. Grand in-8. Leipzig, Veit et Comp. 5 fr. 50

UEBER EINIGE VERHÆLTNISSE DES BINOCULAREN SEHENS (Sur la vue binoculaire), par *G.-Th. Fechner*. Grand in-8. Leipzig, Hirzel. 7 fr. 50

A NEW AND RATIONAL EXPLANATION OF THE DISEASES PECULIAR TO INFANTS AND MOTHERS, WITH OBVIOUS SUGGESTIONS FOR THEIR PREVENTION AND CURE (Exposition nouvelle et rationnelle des maladies particulières aux enfants et aux mères ; leur prévention et traitement), par *T. Ballard*. In-8. Londres, Churchill. 6 fr. 25

DEAFNESS AND DISEASES OF THE EAR, THE FALLACIES OF PRESENT TREATMENT EXPOSED AND REMEDIES SUGGESTED, FROM THE EXPERIENCE OF HALF-A-CENTURY (Surdité et maladies de l'oreille, exposant les défauts du traitement actuel et indiquant des remèdes, basé sur une expérience d'un demi-siècle), par *W. Wright*. In-8. Londres, Newby. 14 fr. 50

SEARCHINGS AFTER TRUTH BY A PHYSICIAN (La vérité cherchée par un médecin). In-8. Londres, Longman. 8 fr. 25

THE PATHOLOGY AND TREATMENT OF VENEREAL DISEASES ; COMPRISING THE MOST RECENT DOCTRINES ON THE SUBJECT (Pathologie et traitement des maladies vénériennes, comprenant les doctrines les plus récentes sur ce sujet), par *J. Harrison*. In-8. Londres, Simpkin. 10 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr.— 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger, Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 4 MAI 1860. N° 18.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 28 avril 1860, M. NÉLATON, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Dolbeau.

M. TILLAUX est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Nélaton, appelé à d'autres fonctions.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 3 mai 1860.

DU LIEU OU IL CONVIENT DE PRATIQUER LES AMPUTATIONS SECONDAIRES ET LES AMPUTATIONS SUCCESSIVES (1) APRÈS LES ANCIENNES FRACTURES PAR ARMES A FEU.—DE L'OSTÉOMYÉLITE GÉNÉRALISÉE. — DU CHOIX ENTRE LES AMPUTATIONS DANS LA CONTINUITÉ ET LA CONTIGUÏTÉ SUIVANT LES CAS ET SUIVANT LES RÉGIONS. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : PULVÉRISATION DES EAUX MÉDICAMENTEUSES.

L'Académie de médecine était depuis assez longtemps plongée dans le sommeil, en ce qui concerne la chirurgie; elle vient d'en être tirée par un des chirurgiens de province les plus actifs, les plus instruits, M. Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon.

Il a remis en question la vieille querelle non vidée du lieu d'élection dans les amputations secondaires, et remis en pré-

(1) Les termes d'*amputations secondaires* et d'*amputations consécutives* sont considérés comme à peu près synonymes. M. Larrey voudrait avec raison qu'on distinguât les cas où le membre est opéré *pour la première fois* par section ou résection de ceux dans lesquels les résultats de la première opération n'ayant pas procuré la guérison, on se voit forcé d'avoir recours à *une seconde amputation* plus près du tronc. L'épithète de *consécutive* indiquerait l'époque de l'opération, et si, après avoir déjà coupé ou réséqué, on faisait une seconde amputation, celle-ci serait dite *secondaire*. Je préférerais la dénommer *successive*, parce qu'il est toujours difficile de faire cesser la confusion des mots quand elle a passé dans l'usage. Mieux vaut, pour un fait spécial, avoir un terme spécial.

Il est bien entendu qu'une amputation successive est toujours secondaire quant à l'époque du premier accident, et consécutive à une première opération, amputation, désarticulation ou résection.

FEUILLETON.

Revue.

SOMMAIRE. — Encore *Mingens ad parietem*. — Définition peu connue de la maladie. — Clôture de la souscription R... — Mort de M. Robiquet. — Danger couru par MM. les internes et les externes. — Traitement nouveau de la surdité.

Redeo ad vomitum meum. Cette image peu propre, et tirée de l'Écriture, forme un début à point pour un petit retour à la question biblique soulevée par M. Trousseau. Le sens du *mingens ad parietem* s'est un peu éclairci depuis notre dernier feuilleton, et il s'est éclairci conformément aux présomptions que nous avions cru pouvoir tirer de l'examen des textes. Il devient de moins en moins vraisemblable que ces mots s'appliquent à une définition de l'espèce humaine, et tout porte à croire qu'ils se rapportent, comme nous le disions, à un trait de mœurs antiques.

La REVUE MÉDICALE, à qui cette question d'exegèse revenait plus particulièrement, vient d'en faire l'objet d'une dissertation instructive où nous trouvons plusieurs indications qui étaient venues également à notre connaissance ces jours derniers. Nous reproduirons d'abord une partie de l'article de M. Sales-Girons, puis nous ferons connaître un document dont nous devons la communication à M. U. West, d'Alford (Lincolnshire).

« C'est moins, dit M. Sales-Girons, la pudeur pour l'organe externe que la honte pour la matière ou le liquide excrété qui a présidé aux deux situations principales qu'ont prises les hommes pour donner cours à cette fonction (la miction). La circoncision étant un article de religion dans l'Orient, justifie ce que nous disons pour l'organe. Quant aux deux positions, on les devine : l'homme a uriné accroupi ou debout; mais dans l'un ou l'autre cas, c'est de la vue et du contact du liquide qu'il a fallu se préserver. Or, sous ce rapport, la position accroupie était la mieux appropriée; qu'on tienne compte des vêtements orientaux.

» Mais il paraît que ce n'était pas la plus commode pour l'homme, car il ne s'agit ici que de l'homme. Dans l'histoire ancienne et orientale, la femme ne compte pas; les manières qu'elle adopte pour son usage sont sans conséquence.

sence les amputations dans la continuité et les désarticulations.

Les lésions qui ont nécessité le sacrifice des membres provenant d'anciennes blessures par armes de guerre et les opérations ayant été pratiquées sur nos soldats revenant blessés d'Italie, les chirurgiens d'armée les plus autorisés, MM. Larrey et Legouest, ont relevé le gant jeté par leur confrère de la marine, et le débat s'est engagé. Puisse-t-il être décisif, ou sinon soulever du moins de nouveaux problèmes, faire cesser quelques incertitudes.

La plupart des chirurgiens de Paris actuellement vivants, sans avoir été à la guerre, ont pu acquérir une certaine expérience sur les plaies d'armes à feu avec fracas des os. Sans doute ils interviendront. Ne serait-il d'ailleurs pas permis de rapprocher de ces lésions à cause exclusive, les fractures compliquées, si fréquentes dans nos hôpitaux, et qui, à défaut de similitude complète, me paraissent offrir au moins une grande analogie avec les premières, en tant que rendant parfois nécessaire l'amputation secondaire.

Puis, nous autres chirurgiens citadins, nous avons l'occasion de pratiquer des amputations successives qui me paraissent cette fois très comparables à celles qu'a pu exécuter M. J. Roux, l'influence de la cause de la première mutilation ayant alors perdu son caractère spécial.

En étendant un peu le cercle sans le déformer, chacun pourrait dire son petit mot, ce qui ne serait pas un mal.

La discussion pendante présente un vice radical. Forcé de restreindre son travail aux proportions d'une lecture académique, M. J. Roux n'a pu qu'indiquer les points culminants sur lesquels il base ses conclusions, et les lacunes qu'on pourrait lui reprocher aujourd'hui, n'existent sans doute ni dans son manuscrit dogmatique, ni dans les observations qui étayent ses doctrines. Toujours est-il que la salutaire coutume s'étant établie de ne juger les procès scientifiques que sur pièces, faute de celles-ci, le verdict peut être erroné ou injuste. Nous ferons cependant de notre mieux ; nous avons d'ailleurs eu la bonne fortune de passer plus d'une heure avec l'auteur, il a eu l'obligeance de nous montrer ses dessins et ses pièces anatomiques, il a bien voulu répondre à nos objections, et si nous ne lui donnons pas raison entière sur tous les points, au moins conviendrons-nous volontiers, qu'après examen, nous avons trouvé beaucoup moins singulières qu'à première lecture les propositions doctrinales qui résument son travail.

Les lecteurs trouveront plus loin (p. 292) le mémoire de M. J. Roux. Ils liront la lettre que M. Legouest a adressée à l'Académie, et le discours très bien pensé que M. Larrey vient de prononcer. Aussi, sans suivre la discussion pas à pas, nous allons poser la question à notre manière, et pour chercher à la résoudre autant qu'elle le puisse être, nous prendrons les arguments partout où ils nous sembleront solides.

Soit la fracture d'un membre par une balle. Le blessé échappe aux accidents primitifs d'hémorrhagie, d'inflammation phlegmoneuse, de suppuration abondante, mais la guérison ne s'achève pas. Le membre est tuméfié, sillonné de fistules et de clapiers entretenus par l'ostéite, la carie, la nécrose; l'état général est plus ou moins altéré, et l'on craint, dans un temps plus ou moins éloigné, une issue funeste. L'amputation est indiquée, *où faudra-t-il la pratiquer?*

Telle est la question à laquelle la discussion académique doit répondre. En la circonscrivant ainsi, on la simplifie, car on évite d'y mêler les amputations immédiates et les amputations primitives, puis les arguments pour ou contre la conservation imprudente ou le sacrifice prématuré du membre, enfin on se met sur le terrain même du demandant, dont tous les malades ayant précisément couru les chances de la conservation et échappé aux accidents primitifs, étaient blessés depuis deux mois en moyenne, lorsque le problème de l'amputation a été de nouveau posé pour eux.

A cette demande où faut-il amputer? la chirurgie classique répond d'une manière vague (je ne dis pas erronée) qu'il faut faire la section à un endroit quelconque, à la condition d'enlever toutes les parties malades et de s'éloigner cependant le plus possible du tronc.

M. Jules Roux dit, au contraire : Amputez, comme règle dans l'articulation supérieure de l'os blessé, de manière à retrancher cet os *en totalité*, quand bien même la lésion porterait *dans son tiers moyen et même au-dessous, et que l'état des parties molles dans le tiers supérieur permettrait de songer à une section proche de l'épiphyse supérieure.*

Voici un premier élément de dissidence : il faut en accepter les termes, car il serait superflu de discuter d'autres faits sur lesquels tout le monde est d'accord. C'est ainsi que s'il s'agit d'un coup de feu portant sur le tiers supérieur du fémur ou de l'humérus, tous les chirurgiens qui croiront l'amputation nécessaire feront les désarticulations coxo-fémorale et scapulo-humérale, de préférence à l'amputation trop rapprochée des trochanters fémoraux ou des tubérosités humérales.

Je dis que tout le monde est d'accord, cela n'est pas exact;

» La commodité donc se trouva de bonne heure aux prises avec la convenance, et les peuples de l'Orient, si on peut l'induire des histoires d'Hérodote, ce voyageur infatigable, les nations orientales, disons-nous, fonctionnaient debout, puisqu'il est tout surpris en Égypte de voir les Égyptiens fonctionner de l'autre manière. Voici son remarquable passage à ce sujet, chap. 85 :

« J'allonge mon récit sur l'Égypte à cause des choses surprenantes que j'y rencontre. Non-seulement les Égyptiens ont un autre ciel et un autre fleuve que les autres peuples; mais ils ont aussi des lois et des usages au rebours de ce que j'ai vu jusqu'ici. Ainsi les femmes vont au marché et font les emplètes, tandis que les hommes demeurent chez eux et tissent la toile. Les hommes portent les fardeaux sur la tête, tandis que les femmes les portent sur l'épaule; les femmes urinent debout et les hommes urinent accroupis. Ils vont à la garderobe dans l'intérieur de la maison et mangent au dehors dans la rue, disant qu'il convient de faire à l'écart les choses qui sont nécessaires et honteuses, et en public celles qui ne sont point honteuses. »

» La surprise d'Hérodote est très instructive en ce qu'elle justifie ce que nous disions ci-devant, à savoir, que la commodité, pour les hommes de la station droite, l'avait emporté sur la convenance de la position accroupie. Cependant, il faut croire que les tribus d'Israël, les plus fidèles, celles qui observaient plus religieusement la loi, ne cédaient pas à cette considération et urinaient dans la dernière position. S'il en était ainsi, on pourrait opiner que la principauté de Nabal, dans le Carmel, n'était pas de ce nombre, et que c'est dans un sens de mépris distinctif que David, le pieux guerrier, aurait dit qu'il allait en finir avec ces *mingentes ad parietem;* comme les Romains auraient dit des Francs ces *chausses courtes* (Bracati).

» Et, d'ailleurs, soyons-en convaincus, pour que David s'emporte si vivement à l'égard de la maison de Nabal, il ne faut pas qu'elle ait seulement tondu ses moutons (1), il faut que l'irréligion la dis-

(1) Notre confrère se trompe sur le fait historique. Ce ne sont pas les brebis de David que Nabal faisait tondre, mais ses propres brebis, et David ne lui demandait que

car si la lésion est très près de l'articulation supérieure, les uns tenteront encore la résection, d'autres, pour l'avant-bras et la jambe franchiront même l'article sain et iront couper le fémur et l'humérus; en d'autres termes, ceux-ci resteront en deçà, ceux-là passeront au delà du principe de M. J. Roux, qui, dans cette double occurrence, s'en tient à la désarticulation pure et simple de l'os blessé. Mais ce sont là des éléments secondaires qu'on fera bien de résoudre si l'on peut, mais qu'on pourra négliger au besoin.

Mettons dans tout son jour le paradoxe de M. J. Roux. Une balle a brisé les condyles fémoraux, l'extrémité inférieure de l'humérus, les os de la jambe ou de l'avant-bras, près des malléoles ou près du poignet. Désarticuler la hanche, l'épaule, le genou, le coude et au lieu d'amputer dans la continuité entre les jointures susdites et la lésion, voici ce qui paraît énorme. Et pourquoi de si grands sacrifices, pourquoi violer le principe antique et solennel de fuir le plus possible le voisinage du tronc, pourquoi ces amputations si résolument *centripètes ?* L'expérience m'a appris, répond M. J. Roux : 1° qu'en fixant le lieu de section on se préoccupe trop exclusivement de l'état des parties molles de la racine du membre, et pas assez de l'état de l'os et de sa cavité médullaire.

2° Que, lorsqu'un certain laps de temps s'est écoulé après la lésion et que la marche vers la guérison est suspendue, il existe une ostéomyélite au deuxième degré, presque inguérissable, presque incapable de résolution.

3° Que cette ostéomyélite est étendue d'un bout à l'autre de l'os et n'est arrêtée que par la surface diarthrodiale.

4° Que, malgré l'intégrité plus ou moins grande des parties molles, si on porte la scie sur des os ainsi affectés, la grande majorité des opérés succombent ou gardent des moignons et des foyers de résection qui nécessitent plus tard une amputation successive, et entraînent de nouvelles chances de mort.

M. J. Roux a sur ce point des convictions si arrêtées que si dans le cours d'une amputation dans la continuité et après avoir scié l'os, il constate sur la surface de section les signes de l'ostéomyélite arrivée au deuxième degré, il porte sur-le-champ et sans tergiverser le couteau dans l'articulation située au-dessus, car il n'espère guère conserver son malade en conservant le bout de l'os altéré.

On réplique à M. J. Roux : 1° *que l'ostéomyélite n'est pas aussi constante qu'il le dit;* cela ne suffit pas, il faudrait lui dire : Sur tant de sujets opérés ou autopsiés à l'époque que vous fixez et dans les conditions que vous précisez, tant de fois il y avait ostéomyélite, tant de fois cette lésion manquait.

2° *Que l'ostéomyélite, quand elle existe, est souvent susceptible de guérison spontanée.* M. J. Roux ne le conteste pas, il l'a dit lui-même, seulement il n'admet guère cette terminaison heureuse que pour le premier degré dit d'hypérémie.

3° *Que la distinction est bien difficile cliniquement et anatomiquement entre le premier et le second degré, entre la variété bénigne et la variété grave.* M. J. Roux l'admet, mais il s'engage à donner des deux formes une description anatomique qui rendra la distinction facile; quand cette promesse sera remplie nous jugerons. D'ailleurs, ajoute-t-il, l'observation clinique m'a démontré à la longue que si, du troisième au sixième mois environ, la place ne guérit pas, la suppuration continue abondante, et l'état général est mauvais, l'existence de l'ostéomyélite au deuxième degré peut être affirmée. L'anatomie pathologique du membre, avec ou sans amputation, prouve cette assertion *à posteriori*, et dès lors n'est plus indispensable au diagnostic, ni par conséquent à l'établissement des indications opératoires.

4° *Que les chirurgiens ont bien souvent, en amputant dans la continuité, trouvé la moelle et l'os atteints des lésions de l'ostéomyélite grave et qu'ils ont cependant sauvé des malades, que la suppuration du canal médullaire elle-même n'est pas nécessairement mortelle.* Je ne sais pas exactement ce que répondra M. J. Roux à ces objections. Je crois cependant qu'il attache une grande importance à l'époque où ces opérations tardives ont été effectuées, car, après avoir duré un certain nombre de mois à l'état de deuxième degré, l'ostéomyélite tue les blessés ou entre lentement dans une quatrième période de guérison secondaire ou de réparation osseuse dans laquelle son pronostic change notablement pour devenir meilleur, soit qu'on n'opère pas, soit qu'on opère à cause de l'état général et de l'état local des parties molles.

Pour ma part, je dirai mon avis en passant. Pour ne prendre que les faits bien présents à ma mémoire, trois fois dans des amputations j'ai coupé l'os dans un point où la moelle présentait les caractères de l'ostéomyélite au moins au deuxième degré. 1er cas. Lésion organique ancienne ayant succédé à un traumatisme ancien : amputation dans l'épaisseur des condyles du tibia ; guérison. 2e cas. Lésion organique des os du tarse et métatarse, ramollissement de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné : amputation sus-malléolaire ; guérison. 3e cas. Plaie contuse du genou, arthrite suraiguë suppurée, abcès péri-articulaires, état général très grave, premiers symptômes d'infection purulente, amputation du fémur à la partie moyenne deux mois environ après l'accident primitif et pres-

---

tingue par un côté quelconque. Or, l'impiété dans Israël affectait peut-être d'uriner debout et contre les murs, comme elle affecte chez nous tout autre irrévérence de nos jours. Qu'on le remarque, l'expression qui nous occupe ne vient jamais dans le texte qu'à propos d'hommes que le respect des grandes traditions ne recommande pas d'une manière notoire. Ce Nabal, qui meurt pour ainsi dire dans le vin, qu'en pouvons-nous attendre de respectueux pour les traditions d'Israël ? L'Écriture le décrit en trois mots : *vir durus, maliciosus, pessimus*. Le *mingens ad parietem* dit tout cela. Enfin, la position accroupie doit être difficile pour l'homme ivre, surtout lorsqu'il s'agit de se relever

» La miction, nous le répétons, était donc moins honteuse à cause de l'organe qu'à cause de la matière. C'est le liquide qui est impur; c'est de son contact, c'est de sa vue qu'il fallait se garer. Les Hébreux appellent l'urine *l'eau des pieds*, pour dire probablement qu'elle ne doit jamais partir de plus haut, et qu'elle est indigne de l'homme qui se respecte. Le Talmud est formel et inflexible sur ce précepte : « N'urinez pas contre la muraille de votre voisin, » et si vous parlez à quelqu'un durant la fonction, que ce soit au » moins à trois palmes de distances. »

» Hésiode, dans son poëme *Des œuvres et des jours*, n'est déjà que l'écho de ce même précepte de l'antique loi : « N'urinez pas » debout, dit-il, en vous tournant vers le soleil, et souvenez-vous-en. » N'urinez pas non plus en marchant ni en vous agitant, que ce » soit sur la route ou hors de la route. L'homme qui connaît les » bonnes règles s'accroupit au pied du mur de l'étable, bien fermée. » N'urinez jamais enfin dans les rivières, ni dans les fontaines, » dans les fontaines surtout. »

» De ces citations prises aux sources les plus élevées, nous sera-t-il permis de déduire, comme règle générale, que la loi des peuples primitifs, et partant des Hébreux, est que l'homme pieux et bienséant doit uriner accroupi. Si donc il est une race, une tribu dans Israël qui urine debout, ne nous étonnons pas que l'Écriture

l'assistance. C'est pour le punir de son refus qu'il allait l'exterminer sans l'intervention d'Abigaïl.

que *in extremis;* ostéomyélite trèsmarquée du fémur; mort le onzième jour d'hémorrhagie secondaire, alors qu'on pouvait espérer la guérison.

Voici des résultats favorables qui sembleraient opposés à l'opinion de M. J. Roux; il n'en est pas moins vrai que je crois la section au milieu d'un os enflammé une chose grave, et, par conséquent, l'ostéomyélite une cause commune de mort après les amputations.

En effet, des questions de ce genre se tranchent avec des chiffres et de longues séries, et non avec quelques faits isolés. Il ne faut plus démontrer, ce que personne ne conteste, que l'on peut sauver quelques malades amputés dans ces circonstances défavorables, il faut montrer combien on en sauve; et si la proportion des succès est plus considérable en amputant suivant les anciennes données qu'en désarticulant au-dessus, comme le veut M. J. Roux, il sera manifeste que l'ostéomyélite est un fantôme moins alarmant qu'on ne le pense.

De tous côtés on est ramené à une question de statistique, et si l'on doit s'en rapporter aux chiffres, M. J. Roux, en appliquant ses préceptes, a obtenu des résultats vraiment surprenants, et, certes, magnifiques.

Avant d'avoir admis les principes que nous avons exposés, M. Roux et ses collègues à l'hôpital de Toulon, pratiquent 5 amputations secondaires dans la continuité (1 jambe, 4 cuisses), plus 3 résections de l'épaule et 1 du péroné, en tout 9 cas. Il y eut 5 morts après la résection de l'épaule, et 2 récidives qui nécessitèrent l'amputation successive dans l'articulation de l'épaule : ces malades guérirent.

M. J. Roux, assisté de M. Arlaud, son collègue, entreprit une nouvelle série d'observations, dans lesquelles l'os fut désarticulé d'emblée. Les chiffres bruts donnent 22 opérations, 22 guérisons, parmi lesquelles on ne compte pas moins de 4 désarticulations coxo-fémorales. Les autres sont ainsi réparties: désarticulations de l'épaule, 13; du genou, 1; tibio-tarsienne, 3.

Que répondre à une telle statistique? que les chiffres ne sont pas assez nombreux, que l'on a eu le bonheur de rencontrer une série heureuse, qu'il ne faudrait pas s'attendre à voir se continuer une telle chance, etc., etc.? Tous ces arguments sont faibles; il est préférable de reproduire, à l'exemple de M. Larrey, des relevés contradictoires d'amputations et de désarticulations secondaires; puis, après avoir mis les chiffres en présence, il conviendra de rechercher attentivement, dans toutes les circonstances des faits, des temps et des lieux, l'explication des résultats. Le hasard a ses caprices, c'est vrai, mais le caprice est une chose passagère en soi, et quand il paraît durer trop longtemps et se reproduire trop souvent, c'est que quelque vérité, quelque principe méconnu se cachent dans la série heureuse ou malheureuse, vérité ou principe qu'il convient de dégager à force de patience ou de perspicacité.

M. J. Roux répondra dans la séance suivante, et nous espérons entendre encore d'autres orateurs. Nous reprendrons donc la plume au besoin.

Ar. Verneuil.

L'ingénieuse idée dela pulvérisation des eaux médicamenteuses, émise et réalisée en applications diverses par M. le docteur Sales-Girons, a été, on le sait, le point de départ de plusieurs inventions destinées à varier et à étendre les avantages de la méthode. Quelle que soit la valeur de ces inventions, à notre collègue revient certainement le mérite de les avoir inspirées et en grande partie de les avoir rendues praticables.

C'est seulement sous le bénéfice de cette réserve que nous approuvons l'Académie d'avoir voté des remercîments à la fois pour M. Sales-Girons, pour M. Mathieu (fabricant d'instruments), et pour M. Mathieu (de la Drôme), après un rapport élégant et précis de M. Gavarret.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Désarticulation de la cuisse, d'après les observations recueillies a Saint-Mandrier (1859) sur des marins de la flotte et des blessés de l'armée d'Italie, par M. le docteur Jules Roux, premier chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc. (Mémoire lu à l'Académie des sciences le 16 avril 1860.)

Depuis le jour où l'Académie de chirurgie a mis au concours la possibilité de l'amputation coxo-fémorale (année 1759), cette question importante n'a pas cessé de marcher dans la voie du progrès. La pratique a signalé les résultats obtenus; l'art a multiplié, en les fixant mieux, les procédés opératoires; la science a posé les indications et déterminé le moment où il faut opérer.

A cette brillante conquête de la chirurgie moderne se rattachent les travaux des chirurgiens les plus illustres, Delpech, Dupuytren,

---

l'appelle sévèrement du nom qui marque son schisme ou sa désobéissance, et que la maison de Nabal l'insensé, puisqu'il s'agit d'elle ici, soit désignée dans la sentence de David comme *mingens ad parietem*.

» Comment font les Juifs aujourd'hui, j'entends les juifs fidèles observateurs de la tradition? Il est probable que Dieu leur pardonne de faire comme ils peuvent dans la condition d'hôtes ou d'exilés qui leur est faite parmi les nations étrangères. Mais les Turcs, qui sont encore chez eux et qui ne sont qu'une branche sévèrement séparée de l'arbre, les Turcs aimeraient mieux mourir *quam mingere ad parietes*. Busbèque, un voyageur qui a parcouru dans tous les sens l'empire religieux de Mahomet, a pu écrire sans exception peut-être : *Demissis coxis, veluti mulieres lotium reddunt.*

» Enfin, la France a des soldats arabes dont je n'ai point à qualifier le courage. Les Turcos ont eu beau prendre au commerce des Français tout ce qu'il y a de bon et de leste dans nos mœurs, ils ont gardé sur ce point la loi du prophète, et le ridicule de la position, pour des militaires, qu'on ne leur épargne pas, ne les a point atteints : c'est toujours *Demissis coxis, veluti mulieres sic lotium reddunt*, avec le soin de bien relever leurs vêtements pour les sauver des éclaboussures. Ainsi faisait Mahomet lui-même, disent les textes sacrés. »

Nous ne devons pas oublier de le dire, cette explication, notre confrère, M. Sales-Girons, ne la présente qu'en seconde ligne, regardant comme plus probable que la Bible a entendu parler des chiens. Mais, ici encore, ce ne serait, suivant lui, qu'une manière métaphorique de désigner une population impie. Aurélien disait : « Je ne laisserai pas *un chien* dans Thyane, » comme on dirait aujourd'hui : *pas une âme*. David a pu traiter de chien ses ennemis et les ennemis de Dieu. Cette autre version de la *Revue*, qui s'accorderait encore avec le sens de nos réserves, a le défaut d'être tirée d'un peu loin, car il faudrait admettre deux extensions successives d'une même locution, c'est-à-dire qu'elle était d'abord devenue synonyme du chien; puis, que, sous cette signification, elle avait été appliquée aux impies.

Roux, Velpeau, Blandin, Gerdy, Vidal (de Cassis), Sédillot, Baudens, Foullioy, Heyfelder, Guthrie, etc., etc.; au milieu d'eux domine le grand nom de Larrey.

Cette désarticulation est d'origine assez récente pour que l'on puisse compter les guerres, les champs de bataille, les hôpitaux où elle a été pratiquée, les hommes qui l'ont accomplie, les succès et les revers dont elle a été suivie.

Sur ce sujet de premier ordre, les débats n'étant pas encore clos, malgré les travaux d'un grand nombre d'auteurs, les discussions académiques et les importants rapports de M. Rayer à l'Institut (1845), de MM. Chassaignac et Larrey fils, à la Société de chirurgie (1854-1855), j'apporte aujourd'hui le contingent de la chirurgie de la marine, et six nouvelles opérations faites dernièrement dans mon service, à l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon, depuis que cet établissement, ouvert à l'occasion de la guerre d'Italie, a reçu 465 blessés autrichiens, 3,970 malades de la guerre, et 1,543 de la marine.

Les cas heureux de désarticulation de la cuisse sont assez nombreux; ceux dont le résultat a été funeste, certainement plus grands, sont moins connus. C'est ce que démontrent les statistiques publiées par MM. Sand-Kox, Smith, Legouest, et celle que je vais bientôt faire connaître.

Deux de mes maîtres, MM. Sper et Foullioy, premiers chirurgiens en chef de la marine, avaient seuls, dans nos écoles, pratiqué la désarticulation qui nous occupe, le premier avec insuccès, pour un coup de feu qui venait de fracasser le tiers supérieur du fémur droit, sur un condamné du bagne de Toulon (1825); le second à Brest, en 1842, guérit le matelot à qui il avait désarticulé le fémur droit pour un ostéosarcome de l'extrémité inférieure de l'os. Le troisième dans nos écoles, j'ai accompli cette amputation à l'hôpital de Cherbourg, pour un cas d'angioleucite profonde grave, avec suppuration des plus abondantes. Le malade succomba le quinzième jour. (Voy. *Gazette médicale de Paris*, 1849.)

A Brest, en 1858, M. Marcellin Duval, alors premier chirurgien en chef de la marine, extirpa la cuisse gauche à un ouvrier dont le membre inférieur tout entier avait été dilacéré par une machine à vapeur. Le malade, qui avait perdu très peu de sang pendant l'opération, succomba quatre heures après à des accidents tétaniques.

En Crimée, M. le docteur Marroin, chirurgien en chef de la flotte française, aujourd'hui professeur aux écoles de médecine navale, a désarticulé la cuisse à un militaire blessé d'un coup de feu qui avait brisé en éclats le grand trochanter. La mort survint peu de temps après l'opération.

En 1856, M. Prat, chirurgien de 1re classe du port de Toulon, pratiqua la même opération à Taïti, sur un soldat d'infanterie de marine atteint de carie au tiers supérieur du fémur droit. Assisté de deux aides très peu expérimentés, l'opérateur lia d'abord l'artère crurale sous le ligament de Fallope. Malgré cette précaution, dictée par la prudence, M. Prat avoue qu'il perdit son malade à la suite d'une hémorrhagie due à la crurale profonde, que l'autopsie démontra naître d'un point élevé de l'iliaque externe.

Telle est, je crois, l'histoire de l'amputation coxo-fémorale dans nos écoles; complétons-la par les observations succinctes des six opérations pratiquées dans mes salles.

Les nombreux blessés de l'armée d'Italie réunis à Saint-Mandrier, attiraient depuis quelque temps toute notre attention, lorsque le 3 novembre surgit inopinément, sur un bâtiment de la flotte, mouillé en rade de Toulon, un de ces accidents qui jettent la consternation dans les équipages et le découragement dans le cœur des médecins.

Sur la frégate à vapeur *le d'Assas*, deux matelots tombèrent en même temps de la mâture sur le pont, l'un de la vergue du petit perroquet, entraînant dans sa chute le second, qu'il rencontra sur la vergue du petit hunier. Transportés à Saint-Mandrier vers onze heures du matin, ils reçurent les soins les plus empressés. Les résultats de cette chute terrible furent les suivants :

Premier fait : *Lebrisse.* — Chez Lebrisse (Corontin), on observait : commotion des centres nerveux sans perte de connaissance, sans trouble trop prononcé des facultés intellectuelles, fracture de l'avant-bras gauche, fracture comminutive de la cuisse du même côté (tiers supérieur), plaie très étendue dans le pli de l'aine, déchirure de la veine crurale sous le ligament de Fallope, hémorrhagie, infiltration sanguine très abondante, menaçant le membre de gangrène prochaine, pouls petit, fréquent, respiration assez facile, etc., etc.

Deuxième fait : *Toutaine.* — Chez Toutaine (Jean-Marie), on notait : commotion cérébrale considérable avec perte de connaissance, symptômes persistants de la contusion du cerveau, fracture de plusieurs côtes gauches, sans trouble prononcé de la respiration, fracture comminutive de la cuisse droite (tiers supérieur), plaie des téguments, lésion profonde de la veine crurale, infiltration sanguine, hémorrhagie quand on cesse de comprimer la plaie, volume énorme de la cuisse, qui est violacée ; pouls petit, fréquent, agitation, etc., etc.

Ces lésions nombreuses, graves et presque les mêmes, menaçaient évidemment l'existence des deux blessés, mais des exemples attestent que l'opération pouvait encore sauver la vie des malades, tandis que l'hémorrhagie et la gangrène des membres auraient certainement amené la mort. Dans cette conjoncture, la plus délicate entre toutes, nul chirurgien n'aurait affirmé qu'en conjurant les accidents immédiats les plus redoutables, l'hémorrhagie, le sphacèle des membres, par l'amputation, il ne restât pas quelques chances de sauver les jours des blessés. Ces chances, il a été de notre devoir de les tenter, sans trop attendre à cause de la lésion de la veine fémorale, de la perte de sang, de l'infiltration croissante déjà énorme, de la gangrène inévitable du membre.

Le soir du même jour, à quatre heures, je pratiquai la désarticulation coxo-fémorale à Lebrisse, et je confiai à M. le docteur Ar-

---

Voici maintenant le document dont nous parlons plus haut. C'est un passage d'un vieux *Polisynopsis*. Nous en donnons la traduction :

« *Si reliquero mingentem ad parietem. Q.* Que signifie cette phrase? *R.* Le sens en est : Je ne laisserai pas même un chien.

Les chiens ont l'habitude de pisser contre les murs. C'est ainsi qu'Aurélien dit dans Flavius Vopiscus : « L'histoire rapporte qu'étant venu à Thyane et l'ayant trouvée fermée, il s'écria dans son courroux : Je ne laisserai pas un chien dans cette ville. » C'est dans le même sens qu'aujourd'hui, à propos de toute sorte de massacre, nous disons qu'on n'a laissé ni chien ni chat.

Il y a des esprits qui rejettent cette interprétation; car suivant eux l'expression *mingens ad parietem* ne convient pas à toute espèce de chiens, mais aux mâles seuls, lorsqu'ils ont six ou huit mois. Témoin Aristote en son histoire, 6, 20; Pline, 10, 63, 2. A suivre cette interprétation, vous ne trouvez plus aucun sens à ces mots : « Je l'exterminerai pissant contre la muraille, enfermé et délaissé dans Israël » (I *Reg.*, XIV, 10; *L.* XXI, 21, 1, 2; *Reg.*, 8).

« *R.* 2. D'autres comprennent qu'il s'agit des mâles ou des hommes. Car les hommes pissent contre la muraille, tandis que les femmes n'en usent pas ainsi. C'est en ce sens qu'il faut entendre la phrase dans les endroits déjà cités, I *Reg.*, 14.

» En effet lorsque Jéhu accomplit l'oracle il ne mit à mort que les mâles (II *Reg.*, X, 11), mais il épargna les femmes à l'exception de Jézabel, touchant laquelle il y avait une prophétie particulière (II *Reg.*, VII, VIII, 9, 10), car l'autre prédiction ne regardait que les mâles. Et ils n'égorgeaient que les hommes dans leurs guerres sanglantes (*Gen.*, 34; *Deut.*, XX, 13, 14).

» C'est en vain qu'un savant objecte qu'en Orient les hommes ne pissent pas contre la muraille, mais s'accroupissent pour cela à la manière des femmes. C'est, dit-il, une habitude propre aux Européens dont les habits se prêtent à cette position, mais elle est étrangère aux Asiatiques qui portent de larges vêtements. Ceci n'est vrai que des seuls Persans. Les Turcs pissent comme nous contre les murs, témoin Olear. *Pers. Itin.* 1, 5, p. 570. Ainsi faisaient les Grecs, comme le révèlent à la fois et la vie d'Esope, et Laërte qui nous montre Diogène, imitateur de la gent canine, pissant sur des gens qui lui

laud, second chirurgien en chef de la marine, la même opération sur Toutaine.

Après ces deux grandes mutilations accomplies dans le sommeil anesthésique, et qui furent bien supportées, les malades avaient certainement recouvré quelques chances de guérison...., chances très faibles, à la vérité, mais telles qu'en courent les soldats chez lesquels on pratique de semblables opérations, lorsque, sur les champs de bataille, leurs membres ont été emportés et leurs viscères commotionnés par les boulets. Les deux opérés succombèrent dans la nuit, cinq et huit heures après l'opération! Triste dénoûment pour tant d'abnégation chirurgicale, et navrant spectacle que celui de deux jeunes matelots en quelque sorte enlacés par un sort rigoureux et confondus dans la même chute, la même blessure, la même opération, le même résultat fatal!

En face de ces faits de chirurgie, les plus grands par la blessure, le danger, les opérations qu'ils réclament, la plupart des chirurgiens se résignent à une abstention fondée en apparence sur le raisonnement, mais qui procède au fond du manque d'habitude, du défaut de ressources suffisantes, de l'absence d'aides exercés, du poids écrasant, de la responsabilité que fait peser sur eux le monde. Mais, dans un hôpital de premier ordre, l'horizon du devoir s'agrandit avec les moyens qu'on possède pour l'accomplir! Aussi, s'il est, à la rigueur, tolérable de s'abstenir dans les premières conditions, dans les secondes il faut admettre l'obligation d'agir.

Ces opérations si graves, si difficiles, d'une responsabilité si grande, unique moyen de prolonger la vie, ajoutent assez peu à la lésion principale qui amène inévitablement la mort. L'extirpation primitive de la cuisse à la suite des violentes lésions physiques, ne compte jusqu'à présent que de rares succès. Les chirurgiens doivent faire les plus grands efforts pour diminuer la mortalité après cette redoutable opération. La temporisation, l'éthérisme le plus complet, l'hémostasie la plus active, la réunion immédiate, le drainage, les cataplasmes émollients longtemps continués, sont des ressources précieuses dont il est permis d'espérer beaucoup.

Troisième fait : *Lelostec.* — Le 16 novembre 1859, je dus pratiquer l'amputation coxo-fémorale chez Lelostec (François), matelot de 1re classe, qui, sur le vaisseau *le Redoutable*, était tombé de la grande vergue sur le pont.

Porté à l'hôpital de la marine de Toulon le 22 décembre 1858, je le trouvai dans l'état suivant : fracture comminutive de la cuisse droite au tiers inférieur, plaie étendue, saillie du fragment supérieur, peu d'écoulement de sang, commotion cérébrale, perte de connaissance, agitation extrême, persistance des symptômes de la contusion du cerveau; pouls fort, fréquent, etc., etc.

Quatre jours après, le 27 décembre, les symptômes graves s'étant amendés, le malade reprit connaissance, la plaie fournissant beaucoup de pus, j'amputai la cuisse à sa partie moyenne (méthode à lambeau).

L'opéré parut guérir. En juin 1859, il fut envoyé à Saint-Mandrier. Là, des abcès successifs, la nécrose, l'ostéomyélite, avec ses phénomènes d'infection purulente, menacèrent plusieurs fois les jours du blessé. Le 16 novembre suivant, les plaies du moignon, ulcérées, laissant écouler un pus noirâtre et fétide, le moignon induré jusqu'au pli de l'aine et parsemé de plaques, de rubans d'angioleucite, le volume énorme de la portion restante du fémur, enfin l'état d'épuisement du malade, me décidèrent à pratiquer la désarticulation coxo-fémorale. Lelostec est aujourd'hui parfaitement guéri, après soixante et onze jours de soins assidus, dont aucune complication sérieuse n'est venue entraver la marche régulière. (Voy. observation I.)

Quatrième fait : *Vittarel.* — Le 4 novembre, vint à l'hôpital de Saint-Mandrier, Vittarel (Joseph), fusilier au 65e de ligne, atteint, dans la belle et sanglante journée de Magenta, d'un coup de feu au tiers supérieur de la cuisse. Le fémur, fracturé par une balle, était consolidé; mais à travers les plaies d'entrée et de sortie du projectile, je pus extraire six esquilles. Le cal, volumineux, était entouré de pus sanieux coulant par les plaies grisâtres et par une contre-ouverture faite à la partie inférieure externe de la cuisse. Vittarel, pâle, très amaigri, dormait peu, toussait beaucoup, ne pouvait supporter que des bouillons et de légers potages.

Des injections chlorurées, iodées, poussées à travers un drain passé dans les ouvertures et le trajet du projectile, des pansements méthodiques, les toniques, les opiacés, etc., n'ayant apporté qu'un faible soulagement au blessé, qui réclamait l'amputation, je désarticulai le fémur gauche le 26 novembre. Après soixante-six jours de traitement, Vittarel est complétement guéri. (Voy. observation II.)

Cinquième fait : *Legalau.* — Dans le mémorable combat de Montebello, Legalau (Louis), fusilier au 84e de ligne, reçut à la cuisse droite une balle qui lui fractura le fémur à sa partie moyenne. Arrivé à l'hôpital Saint-Mandrier le 27 octobre, le blessé montrait avec satisfaction un fragment de plomb et quatre esquilles volumineuses, détachées de son fémur, dont la fracture était consolidée. Les plaies d'entrée et de sortie du projectile n'étaient pas cicatrisées. Deux plaies, ouvertures d'abcès, étaient restées fistuleuses. L'état général était bon, on pouvait rigoureusement espérer une guérison tardive, mais complète, lorsque les choses changèrent de face; le membre se tuméfia, rougit, devint douloureux, les plaies se rouvrirent plus largement, devinrent grisâtres, donnèrent issue à du pus fétide. Bientôt la fièvre s'alluma, le sommeil fut nul, l'appétit se perdit, les forces diminuèrent, des plaies de position devinrent imminentes. Le malade, exténué, demanda l'amputation, qui fut pratiquée dans l'articulation coxo-fémorale en ma présence par M. le docteur Arlaud. Depuis le 7 décembre, jour de l'opération, Legalau a été de mieux en mieux, et le 3 février sa guérison était complète (cinquante-huitième jour). (Voy. observation III.)

Dans l'ordre des amputations coxo-fémorales faites successivement dans mes salles, il me reste à parler de la dernière.

---

avaient jeté des os à ronger, et Esychius dans les œuvres duquel nous voyons les Athéniens pissant contre l'enceinte du temple d'Apollon, et enfin Hérodote qui, pour prouver que les Egyptiens dans la plupart des actes de la vie se conduisent au rebours des autres peuples, dit: entre mille traits caractéristiques, les femmes pissent debout, les hommes assis; ainsi chez les Romains. (Voy. *Lucrèce*, vers 10, 20.)

« Pour les Hébreux, la loi du Talmud nous apprend que nul ne doit pisser contre le mur de son voisin, si ce n'est à une distance de trois pas. Le savant ajoute que les Hébreux appellent l'urine l'eau des pieds, parce que, en s'asseyant, ils la laissent couler entre leurs pieds. Ignore-t-il donc que, pour les Hébreux, le mot *pied* signifie tout ce qui est au-dessous du ventre, et particulièrement les parties sexuelles d'où s'échappe l'urine. (V. Ad *Gen.*, 49-10, *Deut.*, 28-57. Si *mingens ad parietem* ne s'applique ni au chien, ni à l'homme, comme le prétend notre savant, à qui donc appliquerons-nous ces mots : « A l'enfant, répond-il, à l'enfant qui ne rougit pas de pisser contre la muraille. » Cela n'est pas admissible, car, excluant les hommes, vous excluez aussi les enfants, puisque nous employons ici le mot hommes pour l'opposer, non aux enfants, mais aux femmes. Mais il est clair que ce qui suit ne peut s'entendre des hommes faits seulement : v. 34 : Dieu m'a défendu de te perdre. — Si le savant était dans le vrai, Abigaïl eût été à l'abri de tout danger.

« S'il fallait exclure quelqu'un de la définition, ce seraient les enfants plutôt que tous autres, car, par cela même qu'ils n'ont point de pudeur, ils pissent en vue de tout le monde aussi bien que contre la muraille. Quand les Hébreux veulent exprimer qu'ils ne laisseront rien debout, ils disent : Que le seigneur me perde, si je ne ravage tout ce que possède Nabal. D'autres traduisent différemment le passage : *Siquidquam relictum fuerit appensum ad parietem.* — On lisait : *ponentes* ou *positos ad parietem.* Cette version est insignifiante et absurde.

» Plus loin: *Mingentem ad parietem, clausum et novissimum. Clausum* se rapporte ici, soit aux trésors qu'on renferme, à tout objet de prix, que d'ordinaire on garde et qu'on serre avec soin, soit à

Sixième fait : *Dubois*. — Un matelot de 1re classe, âgé de trente ans, Dubois (Abraham), à la taille moyenne, au tempérament lymphatique, était depuis quinze mois à l'hôpital, pour une tumeur blanche du genou droit. Les moyens les plus rationnels étaient employés avec une persévérance digne d'une meilleure issue, lorsqu'une inflammation aiguë ayant envahi le genou, produisit dans toute l'étendue de la cuisse une vaste collection purulente, s'étendant jusqu'à la fosse iliaque externe, le fémur offrant d'ailleurs jusqu'à sa partie moyenne une augmentation de volume facile à apprécier. Je me décidai à désarticuler l'os le 20 décembre, à cinq heures du soir.

Cette opération a été suivie du résultat le plus heureux. La guérison était complète le 8 mars 1860 (soixante-dix-neuvième jour). (Voy. observation IV.)

Afin de ne pas abuser des moments de l'Académie, j'ai rapporté brièvement l'histoire de chacune des six amputations coxo-fémorales faites dans mes salles, renvoyant, pour des détails plus complets, aux observations cliniques consignées à la fin de ce mémoire.

Le tableau ci-contre donne la statistique des désarticulations de la hanche faites dans les écoles de médecine navale.

Procédé opératoire. — Parmi les procédés opératoires qu'on peut mettre en usage dans cette désarticulation, il faut remarquer celui du baron Larrey. Comme ce grand chirurgien, nous avons presque toujours donné la préférence à la méthode à lambeau en nous arrêtant, toutefois, au procédé à un seul lambeau antérieur, nous inspirant des idées de MM. Plantade, Manec, Ashmead, Baudens, Velpeau, plus que des déterminations de Béclard, de Lalouette et de Delpech.

Chez les deux premiers opérés seulement, nous avons préalablement pratiqué la ligature de l'artère fémorale, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope ; chacune de ces ligatures mérite de nous arrêter un moment.

J'avais à peine achevé, sur le trajet du vaisseau, l'incision nécessaire, que, tombant sur des tissus décollés et déchirés, sans cesse remplis de sang noir que nulle compression ne pouvait tarir, j'ai dû renoncer à voir les parties et me résoudre à faire, à l'aide du toucher seul, les ligatures : 1° de l'artère fémorale au-dessus de la profonde ; 2° de la veine du même nom au-dessus et au-dessous de sa déchirure.

La pièce pathologique de cette opération préliminaire accomplie dans des conditions insolites, montre que les fils ont convenablement étreint les vaisseaux, et que celui passé au-dessous de la crevasse de la veine a, en même temps, compris l'artère fémorale profonde.

M. le docteur Arlaud avait, sur son malade, lié avec précision l'artère fémorale, et cependant il avait à peine taillé le lambeau antérieur, qu'un jet de sang effrayant obscurcissait ses yeux, couvrait son visage, et s'arrêtait heureusement sous la pression de mon doigt; c'était le courant de la fémorale profonde qui, naissant bien au-dessus du ligament de Fallope, avait ainsi échappé à l'étreinte de la ligature.

Désarticulations coxo-fémorales.

CHIRURGIENS.	CAUSES.	NOMBRE.	RÉSULTATS. Guéris.	RÉSULTATS. Morts.	AGES.	DE LA LÉSION à l'opération.
I. Immédiates ou primitives (*plusieurs heures ou plusieurs jours après l'accident*).						
Sper (Toulon).....	Coup de feu, tiers supérieur du fémur........	1	»	1		
Marroin (Crimée)....	Coup de feu, tiers supérieur du fémur........	1	»	1		
Marcellin Duval (Brest)..	Broiement par machine à vapeur.........	1	»	1	34 ans	35 heures.
Jules Roux (Toulon)...	Traumatisme, chute d'un lieu élevé..........	1	»	1	25 ans.	6 heures.
Arlaud (Toulon).....	Traumatisme, chute d'un lieu élevé..........	1	»	1	22 ans.	7 heures.
	Total......	5	»	5		
II. Médiates ou secondaires (*plusieurs semaines, plusieurs mois après l'accident ou la maladie*).						
Jules Roux (Cherbourg).	Angioleucite profonde....	1	»	1	52 ans.	42 jours.
Id. (Toulon)...	Ostéomyélite........	1	1	»	21 ans.	11 mois.
Id. (Toulon)...	Coup de balle, tiers supérieur du fémur.........	1	1	»	24 ans.	5 mois.
Arlaud (Toulon).....	Coup de balle, tiers moyen du fémur.........	1	1	»	25 ans.	7 mois.
	Total......	4	3	1		
III. Ultérieures ou consécutives (*une ou plusieurs années après l'accident ou la maladie*).						
Foullioy (Brest).....	Ostéosarcome extr. inf. du fémur (Acad. des sc., 1843)	1	1	»		
Prat (Taïti).......	Carie, tiers supérieur du fémur...........	1	»	1	26 ans.	3 ans.
Jules Roux (Toulon)...	Tubercules du tiers inférieur du fémur et du genou...	1	1	»	30 ans.	17 mois.
	Total......	3	2	1		
	Total général..	12	5	7		

Manuel opératoire. — Voici comment j'ai procédé : le malade, couché presque horizontalement, les aides convenablement dis-

ceux qui s'enferment dans les villes, dans les citadelles ou les remparts, pour se soustraire aux fureurs de l'ennemi; soit enfin à tout homme fait prisonnier par l'ennemi et incarcéré ; ou bien encore à celui qui, ayant tout d'abord échappé à l'impétuosité de l'ennemi lors de son irruption, a fini par tomber entre ses mains. *Derelictum* s'applique également à un pécule, à des bœufs, à des brebis abandonnés dans un champ, ou à ceux qui n'ont pas été tués par le premier choc de l'ennemi, mais paraissent s'être jetés au devant de lui (1). »

On reconnaît dans ce texte une partie des citations et arguments de la Revue médicale, et aussi des considérations que nous avions fait valoir précédemment contre l'interprétation de M. Trousseau. En présence de ces données nouvelles, l'explication qui nous semble la plus plausible est la suivante :

La transgression du précepte d'uriner accroupi chez un peuple où la loi, qui était la loi du Seigneur, ne se dépouillait jamais du caractère sacré, devait noter d'impiété celui qui s'en rendait coupable. Et il est dès lors concevable que David, que Dieu même, par la bouche d'Ahias ou du prophète Élie, désignent par ce trait les victimes marquées de la colère divine, soit que réellement elles aient violé le précepte d'uriner accroupi, soit que les expressions qui rendent le fait aient acquis, comme nous le disions il y a huit jours, un sens proverbial étendu à toutes sortes d'impiétés. On pourrait citer dans notre langue plusieurs exemples analogues. Ainsi, le mot *parpaillot*, qui primitivement ne s'appliquait qu'aux calvinistes, et qui a une étymologie toute locale (par-pa-yo), atteint aujourd'hui tout incrédule en matière religieuse. Dans un ordre inverse, le nom de *cagot* (littéralement *chien goth*), qui avait été donné jadis aux crétins des Pyrénées, s'entend maintenant d'un dévot outré. On ne devrait donc pas s'étonner si, dans le langage des Hébreux, un *mingens ad parietem* était simplement un impie, un infidèle. Il resterait encore à comprendre pourquoi, dans le livre des *Rois*, cette désignation est invariablement faite au singulier, et suivie d'une menace collective contre les parents et amis

(1) Dans ce document, les numéros des Livres des *Rois* se rapportent à la Bible anglaise, qui ne les classe pas comme notre Bible.

posés, le cachet chirurgical prêt à comprimer l'artère fémorale sur le pubis, les vapeurs du chloroforme inhalées dans mon sac ou le cornet à éthérisation sont poussées jusqu'au relâchement des muscles et à l'insensibilité de la conjonctive.

La main, armée d'un bistouri convexe de moyenne dimension, fait alors à la partie antérieure de la cuisse une incision demi-elliptique à convexité inférieure, commençant en dedans sur la face interne du membre, à 6 centimètres du périnée, passant à 20 centimètres de la partie moyenne de l'arcade crurale, et finissant en dehors, immédiatement en avant du grand trochanter, à 8 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau, le tissu cellulaire graisseux, l'aponévrose ainsi divisés, le lambeau est rapidement disséqué sur tous ses points dans l'étendue de 3 centimètres.

A cette incision cutanée faite de dehors en dedans en succède une autre musculaire en sens contraire, de dedans en dehors, pour ouvrir l'articulation et couper les muscles. On la fait avec un long couteau interosseux qui, enfoncé d'un angle de la plaie à l'autre, en passant sur la tête du fémur, est conduit ensuite de la racine du lambeau à son sommet, coupant ainsi une partie des muscles antérieurs jusqu'au niveau de la dissection de la peau.

Le lambeau antérieur *musculo-cutané*, ainsi achevé, est rapidement relevé et comprimé au besoin sur les vaisseaux ouverts, Toutes les artères sont liées; la compression de la fémorale devient désormais inutile. Nous n'avons jamais omis de lier à la surface saignante du lambeau la veine crurale, qui donne toujours beaucoup de sang.

Ensuite, avec un bistouri convexe, on divise en arrière du membre la peau restée intacte à l'aide d'une incision demi-circulaire, suivant le pli de la fesse, et allant d'un angle du lambeau à l'autre; on dissèque encore cette portion de peau vers la racine du membre, dans la profondeur de 3 centimètres; on attaque alors, toujours avec le bistouri, la capsule articulaire, le ligament interne, les muscles fessiers à leurs insertions au grand trochanter. Enfin, on engage un long couteau derrière la tête et le col du fémur, et l'on coupe obliquement tous les muscles postérieurs jusqu'à la limite de la dissection de la peau.

Aussitôt il est utile de remplir la plaie de plusieurs éponges et d'exercer sur elle une pression susceptible de comprimer les vaisseaux ouverts et d'y arrêter le cours du sang. On ôte ensuite, l'une après l'autre, ces éponges, en ayant soin de lier chaque fois les vaisseaux que le défaut de compression permet de reconnaître au sang qui s'en échappe.

Un ou plusieurs drains sont laissés dans la plaie; les ligatures sont ramassées en faisceaux dans la partie la plus déclive; dix points de suture entortillée la réunissent de chaque côté; elle reste ouverte en bas seulement; un grand linge cératé, un immense gâteau de charpie, deux compresses longuettes disposées en croix, un triangle fixé en ceinture au-dessus des os iliaques, tandis que la pointe inférieure est ramenée de bas en haut pour recouvrir le moignon et maintenir toutes les pièces d'appareil, constituent le pansement.

Pour synthétiser ce procédé à lambeau antérieur que j'ai suivi dans son principe, en le modifiant peut-être dans son application, je le réduirai à deux temps à peu près égaux.

Premier temps. — Lambeau antérieur, incision de la peau de dehors en dedans, dissection particlle de cette peau, incision des muscles de dedans en dehors, ligature des vaisseaux.

Deuxième temps. — Incision de la peau postérieure, dissection partielle de cette peau, désarticulation de l'os, incision des muscles postérieurs, ligature des vaisseaux.

Tel est le procédé que j'ai suivi sur trois opérés, et M. Arlaud sur deux. Chez le blessé que j'ai amputé le premier, la forte contusion et la plaie profonde des parties internes de la cuisse ont dicté le procédé que j'ai dû choisir, procédé à un seul lambeau latéral externe.

Résumé clinique. — Je vais résumer les principaux faits relatifs à ces six désarticulations coxo-fémorales.

L'anesthésie a été poussée fort loin chez tous ces malades, les deux premiers exceptés. Non-seulement la résolution musculaire et l'insensibilité ont duré chaque fois plus d'une demi-heure; mais la pâleur de la face, la petitesse du pouls, ont trahi une prostration voisine de la syncope.

La ligature préliminaire de l'artère n'a été faite que deux fois chez les malades qui ont succombé. La seule compression de l'artère crurale sur le pubis a suffi chez les quatre blessés qui ont guéri. Dans les six opérations, toutes les artères donnant du sang ont été liées avec soin; il en a été de même de la veine crurale et des veines principales, chaque opération a nécessité en moyenne seize ligatures.

Des drains, des tubes plongeurs en caoutchouc vulcanisé ou une bandelette cératée, sont restés à demeure dans la plaie pendant vingt-cinq à trente jours environ.

Dix points de suture entortillée, quelques bandelettes agglutinatives, ont maintenu les rapports du lambeau.

La réunion immédiate a donc été tentée sur les vastes surfaces traumatiques, excepté sur les points tenus écartés par les drains, les tubes plongeurs, les ligatures.

Le premier appareil enlevé le second ou le troisième jour, à cause de la fétidité du pus; deux pansements par vingt-quatre heures; injections émollientes, le plus souvent assez fortement chlorurées, poussées dans la plaie à travers les drains à chaque pansement; au cinquième jour, enlèvement des épingles, des sutures; grands soins hygiéniques autour des malades; à chaque pansement emploi de pièces nouvelles d'appareil, de draps d'alèze; fréquents renouvellements des objets de couchage et même de lit; alimentation la plus légère, mais la plus substantielle possible; vin de Bordeaux; long usage de la décoction de quinquina et de l'alcoolature d'aconit (3 grammes dans une potion). Tels ont été les modes de pansements, l'alimentation, les médicaments prescrits.

---

du chef de tribu, et même contre toute la tribu (*et propinquos et amicos ejus;* ou *clausum et novissimum in Israel*); car le mot *novissimus*, dont Cicéron évitait de se servir, est synonyme d'*extremus*, suivant le commentaire de Varron : la condamnation frappait donc jusqu'au dernier dans Israël. Peut-être le *mingens ad parietem* était-il le chef seulement. Mais cette difficulté n'affecte pas sérieusement l'explication précédente (1).

— Un de nos collaborateurs faisait l'autre jour une querelle savante à plusieurs auteurs de *Pathologie générale* sur la définition de la *maladie*. Ceci nous a rappelé un texte qu'on ne cite guère dans nos traités classiques. Dans l'ancienne Rome, où la vente des esclaves était sujette à redhibition pour cause de *vice* ou de *maladie*, il était très important de définir ces deux états anormaux, et même, pour la saine interprétation de la lettre, de les bien distinguer l'un de l'autre. Cette question incombait donc naturellement aux *édiles curules* et aux jurisconsultes. Or, voici comment elle était résolue par le jurisconsulte Labéon, suivant la citation de Cœlius Sabinus : « La maladie est un état contre nature du corps qui en altère les fonctions; *Morbus est habitus cujusque corporis contrà naturam, qui usum ejus facit deteriorem.* » Cette définition courte et claire, dégagée de tout esprit de système, où les mots *contrà naturam*, si l'on n'en force pas trop le sens, expriment bien l'état morbide; où l'on spécifie le rapport de la cause (*habitus corporis contrà naturam*) à l'effet (*usum deteriorem*), vaut celle de la plupart de nos traités; et le principal reproche qu'on pourrait lui adresser intéresserait moins la science que l'interprétation de la loi romaine. Son tort, en effet, venant de ce qu'elle ne renferme pas l'idée de travail morbide *actuel*, de *processus* ou *mouvement* pathologique, est de pouvoir s'adapter au *vice* et de rendre dès lors la définition de celui-ci très difficile. Aussi, notre jurisconsulte tourne-t-il la difficulté plutôt qu'il ne la résout : « Le

(1) Ceci était écrit quand nous avons reçu d'un honorable confrère, M. le docteur Messier, une lettre où, exprimant l'opinion que la locution *mingere ad parietem* est un terme de mépris, il nous rappelle un passage du roman *le Véloce*, d'Alexandre Dumas, constatant le mépris profond des musulmans de Tunis pour ceux qui pissent debout.

Peu à peu le sommeil, l'appétit, sont revenus; cependant des états muqueux, irréguliers, ont exigé l'emploi de purgatifs salins.

La cicatrisation rapide sur les bords du vaste lambeau a été heureusement retardée sur quelques points par les drains et la persistance de quelques ligatures.

Le pus peu abondant, grisâtre et fétide au début, a pris des caractères normaux en augmentant de quantité.

L'état phlegmoneux du moignon s'est montré plus d'une fois, a donné lieu à des abcès partiels que l'instrument tranchant a incisés, ou qui, le plus souvent, se sont fait jour par les points encore ouverts de la plaie extérieure. Nous croyons avoir heureusement combattu ces inflammations et les avoir prévenues peut-être par l'emploi longtemps continué d'un vaste cataplasme de farine de lin enveloppant le moignon.

La guérison complète a eu lieu les 71e, 66e, 58e et 79e jours après l'opération.

Prothèse. — Pour assurer la station et la marche toujours difficiles après la désarticulation coxo-fémorale, nous avons dû songer aux appareils de prothèse. Après une étude approfondie de ces appareils, j'ai donné la préférence à celui inventé par feu M. Foullioy, inspecteur général du service de santé de la marine, appareil que ce chirurgien distingué avait fait connaître à l'Académie des sciences, dans un mémoire qu'il avait eu l'honneur de lui adresser.

Afin de rendre ce membre artificiel moins coûteux et plus facile à construire partout, je l'ai modifié en substituant le bois à l'acier, les articulations en bois à celles en métal. La planche qui accompagne ce travail fera bien connaître les modifications que j'ai apportées à l'appareil de M. Foullioy en restant fidèle aux principes établis par ce chirurgien recommandable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Chirurgie anglaise.

Monsieur le rédacteur,

M. Léon Lefort, dans les numéros du 13 et du 20 avril de votre excellent journal, rend compte d'une étude sur l'organisation de la médecine, l'hygiène, les pansements et la mortalité dans les hôpitaux anglais, que je publiai après une tournée dans les stations médicales les plus célèbres de la Grande-Bretagne (*Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise*, Paris, 1860). Je ne tiens à aborder qu'un seul point.

M'appuyant sur le chiffre de 1,200 cas d'amputations traumatiques, au moins, j'ai établi incidemment la mortalité plus élevée des amputations secondaires relativement aux primitives. « Cette proposition, dit M. Lefort, contraire à ce que nous voyons à Paris, est aussi, suivant nous, contraire à la réalité des faits. » J'avouerai, d'abord, avoir été conduit à ces recherches, non par l'abondance des matériaux que j'avais en main, mais par le vœu énoncé en 1856 à la Société de chirurgie. Jugeant cette question intéressante et irrésolue, elle manifestait le désir que de nouvelles statistiques vinssent l'élucider. Elle n'avait donc aucune conviction, et je ne sache pas qu'elle en ait acquis depuis. Mon très distingué confrère oppose à mon résultat la diversité des acceptions données en France aux mots « primitif et secondaire. » Cependant il a pu constater les précautions infinies que j'ai prises pour rester dans l'esprit et des praticiens anglais et des observations, pour rejeter les cas incertains, et pour définir rigoureusement la valeur que j'attachais à mes expressions. Et s'il s'en tient à la pensée et non aux mots, il devra reconnaître l'exactitude de mon assertion ainsi formulée : « Les amputations traumatiques pratiquées dans les vingt-quatre ou trente-six heures, quarante-huit heures au plus, avant qu'un accident, une complication, une réaction exagérée en soient venus modifier le pronostic et provoquer une opération rejetée jusque-là, sont moins graves que celles pratiquées plus tard. » Libre ensuite à M. Lefort de partager les amputations secondaires en intermédiaires et secondaires proprement dites (ou plus éloignées), comme je l'ai fait moi-même page 113 et suivante.

Je termine en m'associant à la proposition de M. Marjolin, reproduite par M. Lefort.

La conclusion fondamentale de mon travail est ainsi conçue : La mortalité, dans les grandes amputations en général et en particulier, est considérablement plus forte à Paris qu'à Londres. J'en ai rattaché les principales causes : 1° à l'hygiène supérieure des hôpitaux ; 2° à l'alimentation copieuse ; 3° à la supériorité des pansements, chez nos voisins d'outre-Manche. Pour arriver à cet important résultat et aux conclusions d'un autre ordre, qui forment la troisième partie de ma thèse, rien n'a été plus facile, quant à l'Angleterre, où je suis parvenu à réunir au delà de 3,000 cas d'amputations. En effet, tous les hôpitaux conservent des registres tenus, soit par l'un des élèves, soit par le directeur lui-même, qui est ordinairement médecin. Bon nombre impriment chaque année le bulletin sommaire des malades internes et externes traités dans l'établissement, des opérations, des décès, etc. Les publications périodiques fourmillent de relevés sur tous les cas de même nature observés dans un même hôpital, durant un laps de dix à cent années et davantage. Le journal MEDICAL TIMES a donné le résumé trimestriel de toutes les opérations pratiquées à Londres et dans la province, pendant une période continue de plusieurs années. Les ressources créées par cet usage et cette abnégation sont immenses. Quelle opposition j'ai trouvée chez nous ! L'administration de l'assistance publique n'a pas répondu à ma demande de consulter ses registres, quoique je me fusse muni des meilleures recommandations. Je n'ai découvert qu'une seule statistique étendue et sérieuse, celle de M. Malgaigne, datant de dix-huit ans.

Avec la fièvre de progrès et d'innovation qui anime aujourd'hui les sphères sociale et scientifique, la chirurgie ne saurait reculer devant une création d'une utilité incontestable. Comme le pense avec raison M. Marjolin, il faudrait que les chefs de service, c'est-à-dire la Société de chirurgie, ou les internes, c'est-à-dire la Société anatomique, prissent l'initiative, et que chacun se mît en devoir de consigner en quelques lignes l'histoire succincte de chaque malade sur un registre qui, tous les ans, serait déposé aux archives de la Société. Dans le service de M. Lelut, à la Salpêtrière, j'étais chargé d'un travail semblable, et destiné, je crois, à la préfecture de Police. Je dois déclarer à mes anciens collègues que

---

bégayement, dit-il, et l'embarras de la prononciation (*atypus*) sont plutôt des vices que des maladies ; ainsi, un cheval qui mord ou qui rue est vicieux, et non malade. Celui qui est malade est en même temps vicieux ; mais le contraire n'est pas vrai. » A la bonne heure ; mais le bégayement n'en vient pas moins d'un *habitus corporis* qui rend l'exercice de la parole *deteriorem* ; et partant c'est, aux termes de la définition, une maladie. Il serait curieux de voir, si nous entrions dans plus de détails, combien les difficultés auxquelles était alors sujette la détermination des vices redhibitoires chez les esclaves ressemblent à celles que rencontre l'application de notre Code relativement à la redhibition des animaux, et parfois celle de notre loi sur le recrutement militaire ou le recensement de la garde nationale. La myopie et l'absence des dents y sont un objet fréquent de contestations.

— Après ces savantes excursions dans le domaine de l'érudition, rentrons un peu chez nous et voyons si quelque chose peut intéresser de plus près la curiosité médicale.

Eh ! oui. Nous avons à remplir une mission douloureuse, qui n'est pas néanmoins sans douceur. Ce pauvre et cher confrère auprès de qui nous avons été les intermédiaires d'une générosité cachée, il va mourir. Nous sommes assuré que ces derniers mots ne tomberont pas sous ses yeux ; mais dût-il les voir, que nous ne les effacerions pas, car ils seraient pour lui un message de consolation et d'espérance. Avec la sérénité d'un honnête homme, il nous a parlé à peu près comme il suit : « Je sais le compte de mes jours ; il m'en reste moins qu'il n'en faut pour épuiser le petit trésor que m'ont fait des mains amies. Veuillez donc prier mes élèves de ne plus le grossir. S'il en est qui me destinaient encore quelque témoignage de sympathie, qu'ils le gardent pour ceux qui, plus malheureux que moi, sont menacés de vivre. Et puisque c'est vous qui m'avez transmis leurs dons, transmettez-leur tout ce que je puis leur rendre, l'expression d'une reconnaissance profonde, et que la mort, j'espère, n'épuisera pas. »

Fidèle à cette recommandation, nous donnons avis que la souscription ouverte au profit de M. R. est fermée.

jamais ce très léger surcroît de besogne n'a nui à mes occupations ni réclamé plus d'un quart d'heure chaque jour. C'est une habitude à prendre.

Agréez, etc. Dr PAUL TOPINARD.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

CHIRURGIE. — *Remarques à l'occasion d'un mémoire de M. Jacquemont sur l'emploi du plâtre coaltaré dans la pourriture d'hôpital;* extrait d'une note de M. *Deleau*. — Je ne prétends pas blâmer l'usage du plâtre coaltaré, dit l'auteur, mais je dois défendre le perchlorure de fer, médicament dont je signale tous les jours les propriétés thérapeutiques, sous différentes formes, toutes exactement dosées pour l'usage interne et externe.

J'ignore le mode d'application du perchlorure de fer par M. Jacquemont; mais si ce praticien voulait prendre la peine de formuler une pommade de 8 grammes de solution normale avec 30 grammes d'axonge, il aurait tout à la fois l'avantage de désinfecter une plaie sans avoir ni couche de chair enlevée à chaque pansement, ni eschare, ni creusement de plaie à combler. Il obtiendrait, au contraire, une plaie rose-vermeille, privée d'excroissances charnues, et une cicatrisation plus rapide et plus uniforme. (*Comm. :* MM. Chevreul, Velpeau, Cloquet.)

CHIMIE. — M. *Van den Broek* adresse des exemplaires de deux mémoires qu'il a publiés en 1858 et 1859, et y joint des extraits écrits en français de ces deux mémoires, dont l'un a pour objet *la fermentation du jus de raisin*, et l'autre *la putréfaction des substances animales dans l'état frais*.

Mes recherches, dit l'auteur, prouvent d'une manière plus directe et plus rigoureuse que celle de M. Pasteur, la *théorie végétative* de la fermentation, et démontrent en outre d'une manière tout aussi péremptoire : 1° que l'oxygène n'a aucune influence sur la fermentation du jus de raisin ni sur la putréfaction, et 2° que c'est un ferment organique qui produit la putréfaction sans le secours de l'atmosphère, qui n'en est que le véhicule.

CHIMIE ORGANIQUE. — *Remarques sur la transformation de la matière amylacée en glucose et dextrine*, par M. *F. Musculus*. — D'après l'opinion admise dans la science, l'amidon et la fécule, avant de se transformer en glucose par l'action des acides étendus, arriveraient d'abord à l'état de dextrine, qui ne serait qu'une modification moléculaire de ces corps pour devenir ensuite glucose en fixant 4 équivalents d'eau. Les recherches de M. Musculus sur ce sujet lui ont donné la conviction que les choses ne se passent pas ainsi; que la formation de la dextrine et du glucose est plutôt le résultat d'une décomposition de la matière amylacée qu'une simple hydratation. Ses expériences ont eu pour résultat d'établir les faits suivants : 1° la diastase n'a pas d'action sur la dextrine; 2° le glucose et la dextrine apparaissent simultanément et sont toujours dans le même rapport; 3° l'acide sulfurique étendu agit d'abord comme la diastase; il s'en distingue en ce que la réaction continue après la disparition de l'amidon, mais avec une extrême lenteur; 4° l'apparition simultanée de la dextrine et du glucose se manifeste avec l'acide sulfurique comme avec la diastase, et le rapport est le même.

Voici maintenant les conclusions pratiques que l'auteur tire de ses observations : 1° Dans la fabrication du glucose, où l'on regarde la réaction comme terminée quand la teinture d'iode ne bleuit plus la liqueur et qu'il n'y a plus de précipité avec l'alcool, une grande quantité de dextrine reste mélangée avec le sucre, et comme ce corps ne fermente pas avec la levûre, il cause un grand préjudice au consommateur. Il faut donc que les fabricants, s'ils veulent obtenir un bon produit, emploient une température plus élevée en opérant en vase clos et laissant en contact plus longtemps. 2° La grande résistance que la dextrine présente à l'action de l'acide sulfurique dilué peut fournir un moyen de doser facilement un mélange de sucre de canne et de dextrine; une ébullition d'une minute suffit pour modifier tout le sucre et le rendre apte à réagir sur le tartrate cupropotassique; pendant ce temps la dextrine n'éprouve aucun changement. S'il y avait en même temps de l'amidon, on s'en débarrasserait par la diastase, qui n'a d'action ni sur le sucre de canne ni sur la dextrine. 3° L'énorme quantité d'orge que les brasseurs sont obligés d'employer pour produire un liquide peu riche en alcool trouve son explication dans la manière d'agir de la diastase : les deux tiers de l'amidon passent dans la bière à l'état de dextrine, qui, du reste, donne à cette boisson une consistance un peu gommeuse, très recherchée par les amateurs. 4° Dans la fabrication de l'eau-de-vie de grains où on produit le sucre avec de l'orge germé, il y a une perte inévitable des deux tiers.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Guépin*, à l'occasion d'une communication faite précédemment à l'Académie par M. *de Martini*, concernant l'action de la santonine sur la vue et son action thérapeutique, adresse de Nantes une note sur les résultats qu'il a lui-même obtenus et qui diffèrent à plusieurs égards de ceux du savant italien.

La santonine, dit M. Guépin, est une substance impressionnable à la lumière. Elle jaunit au soleil et jaunit aussi dans l'économie : c'est alors qu'elle colore les urines et qu'elle fait voir les objets jaunes.

Le chiffre des malades que j'ai soumis à la santonine dépasse 70. En général, à la seconde dose les urines ont été colorées et les malades ont vu le papier blanc de couleur jaune. Il y a des malades chez lesquels la coloration des urines persistant, la vision jaune n'a pas continué. Chez des malades atteints d'atrophie des ar-

---

— Une mort consommée, et une mort bien regrettable, est celle de M. Robiquet, enlevé, dit-on, par une perforation intestinale. M. Robiquet était un esprit ouvert et curieux, qui s'est appliqué avec succès à plusieurs ordres de connaissances. Il a publié de nombreux travaux sur la pharmacie pratique. On connaît particulièrement ses recherches sur le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, sur la crême de tartre soluble, sur le sirop de codéine, dont il a fait l'expérimentation sur lui-même. C'est lui qui a imaginé de conserver le caustique solidifié dans des gaînes de gutta-percha. Sa thèse sur les théories comparées de Symmer et de Francklin, relatives à l'unicité ou à la dualité du fluide électrique, lui a fait beaucoup d'honneur. L'étude de la photographie l'avait aussi tenté, et il a écrit sur cette découverte un ouvrage spécial. Sa vie donc avait été fructueusement et honorablement remplie, et il est enlevé au moment même où il allait jouir de la récompense accordée à son mérite. Il y a quelques mois à peine que M. Robiquet a été nommé professeur à l'École de pharmacie de Paris.

— L'administration centrale des hôpitaux vient d'être prise d'un accès inquiétant d'économie que le retour d'un air tiède et tempéré a heureusement calmé. Les élèves internes qu'elle ne pouvait loger recevaient depuis longtemps une indemnité de 400 francs; les externes obligés de faire le service dans des hôpitaux situés loin du centre avaient droit au déjeûner. Sans respect aucun pour les lois de l'hygiène qui prescrivent l'habitation de logements salubres et de ne déjeûner ni trop tôt, ni trop tard, l'administration avait eu l'idée de réduire l'indemnité des internes à 300 francs, et de supprimer l'humble ration des externes; de sorte que, si l'accès eût duré, les premiers eussent été réduits à vivre dans des sous-sols et les seconds à déjeûner avec l'aurore ou sous les rayons perpendiculaires du soleil. Mais, grâce à un avis contraire des chefs de service, on dit que rien ne sera changé quant au genre d'économie qui intéresse le plus MM. les élèves, nous voulons dire leur propre économie domestique.

— Pour finir, deux mots qu'on est libre de ne pas écouter, car

tères de la rétine, chez d'autres atteints de choroïdites subaiguës chroniques avec résorption du pigment, je n'ai pas eu de coloration jaune. Chez quelques-uns de ces derniers les objets ont pris à la lumière une teinte *blanchâtre*.

Dans presque toutes les choroïdites aiguës, guéries avec des exsuda plus ou moins colorés, j'ai obtenu une amélioration visuelle facile à constater, mais bien peu sensible à l'ophthalmoscope. Chez ces malades la santonine produisait presque toujours des maux de tête.

Chez les malades atteints jadis d'iritis simples ou d'irido-choroïdites avec exsuda, généralement la santonine produit de bons effets : la force visuelle augmente sans disparition des exsuda.

Souvent, chez ces malades, l'administration de la santonine produit de légères envies de vomir. J'ai vu aussi un léger exsuda se produire passivement à droite sans aucune douleur pendant l'administration de la santonine, tandis que la vision s'améliorait à gauche.

En somme, à la dose de 2 grammes en cinq jours et en dix doses, la santonine produit de bons résultats dans la dernière période des iritis, des irido-choroïdites et des choroïdites à exsudations plastiques lorsqu'il n'existe plus d'état inflammatoire. Dans les autres maladies de l'œil, c'est autre chose. J'ai vu des résultats médiocres, nuls et mauvais de la santonine employée seule.

Cette substance associe très bien son action soit à celle de l'atropine, soit à celle des altérants et des résolutifs employés dans le traitement des maladies internes de l'œil. D'où il résulte qu'elle est destinée à devenir d'un fréquent usage en ophthalmologie ; mais à une condition, c'est que le praticien ne confonde jamais les amauroses iridiennes, irido-choroïdiennes, choroïdiennes et rétiniennes avec exsuda, avec des amauroses d'un second ordre.

Anatomie. — M. *Papenheim*, qui avait précédemment adressé une note sur les *lymphatiques des poumons et du diaphragme*, communique quelques-uns des nouveaux résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur ce sujet. Partant de ce fait communément admis que l'abstinence d'aliments favorise l'afflux de la lymphe dans les vaisseaux, il aurait voulu se mettre dans les circonstances les plus favorables pour l'observation, mais ne l'a pu que rarement. Quoi qu'il en soit, il lui a semblé que même une abstinence d'assez courte durée pouvait suffire ; du moins il a vu, sur une jument qui avait été destinée à la dissection, après trois heures seulement d'abstinence, le système lymphatique des plus développés. Sur cet animal il a pu s'assurer que la plèvre pulmonaire est très riche en vaisseaux lymphatiques, moins que le foie cependant. En détachant cette membrane, ce qu'on peut faire avec les doigts et le manche du scalpel, on constate que la plèvre envoie des prolongations membraneuses entre les lobes et lobules. Dès qu'on a saisi un vaisseau lymphatique pleural, on le poursuit dans cette prolongation plus ou moins profondément. Il existe d'ailleurs une couche externe et une couche interne de lymphatique, et c'est l'interne qui envoie ses rameaux entre les lobules : c'est en quoi ces vaisseaux se distinguent de ceux de la rate et peut-être du foie, ceux de ces derniers organes ne pénétrant point dans les profondeurs de l'organe glanduleux.

Les lymphatiques du diaphragme constituent aussi deux couches et envoient des prolongements entre les fibres ; mais ici les vaisseaux sont plus gros et plus nombreux à la couche interne qu'à l'externe.

La plèvre de la face thoracique du diaphragme semble plus riche en lymphatique que celle de la face abdominale ; dans la plèvre pulmonaire, la portion interne semble être aussi plus riche que la portion externe ou costale.

L'auteur a poursuivi également la recherche des lymphatiques dans d'autres séreuses, au péricarde, sur les glandes surrénales. Enfin il a étudié les lymphatiques du périoste qui sont nombreux dans la couche cellulaire, mais d'un très petit diamètre.

Il remarque que pour toutes ces observations, il faut prendre les pièces extrêmement fraîches, car l'évaporation agit très promptement pour vider les vaisseaux, et telle surface qui au premier moment en présentait un très riche réseau, en paraît, au bout d'un certain temps, complétement dépourvue.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de feu M. *de Humboldt*. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 49, M. Ehrenberg obtient 24 suffrages, M. Liebig 16, M. Vöhler 4, M. Murchison 2, MM. Airy, de la Rive et Steiner, chacun 1.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Le nombre des votants étant 52, M. Ehrenberg obtient 30 suffrages, M. Liebig 21, M. Vöhler 1.

M. Ehrenberg, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 1er MAI 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département des Côtes-du-Nord. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les rapports de MM. les docteurs *Regnault*, *Izarié*, *Crouzet*, *Bruguière* et *Silve*, sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier), des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), de Balaruc (Hérault), de Siradan (Hautes-Pyrénées) et de Digne (Basses-Alpes). (*Commission des eaux minérales.*) — *c.* La recette d'un remède contre le rhumatisme, par M. le docteur *Mousset*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une notice sur l'iode naissant, par M. le docteur *Ber-*

---

ils s'adressent précisément aux sourds. Chacun a pu lire dans le Moniteur universel un rapport adressé, au nom d'une commission, par M. Béhier à M. le ministre de l'instruction publique sur un nouveau traitement de la surdité, découvert et appliqué avec succès sur elle-même par mademoiselle Cleret. L'inventeur est actuellement dans une maison d'aliénés, et c'est l'impossibilité de poursuivre des expériences concurremment avec elle qui a déterminé la commission à adresser son rapport ; mais les résultats acquis sont déjà suffisants pour appeler sérieusement l'attention sur le nouveau moyen, qui consiste simplement à verser chaque jour de quatre à huit gouttes d'acide sulfurique dans le conduit auditif externe. Chez vingt-sept individus soumis à ce traitement, dont une bonne partie (on ne dit pas le chiffre exact) étaient *sourds-muets*, il y a eu *constamment* une amélioration notable ; deux ou trois enfants atteints de surdi-matité complète ont fini par *bien entendre*. Et pourtant, comme nous le disions, la maladie de mademoiselle Cleret a interrompu la plupart des traitements commencés !

La pauvre demoiselle, déjà institutrice privée, avait intention de fonder un établissement public. Avec de tels succès, nul doute que les malheureux privés de l'ouïe ne fussent accourus en foule, et l'on eût pu écrire bientôt sur sa maison : *le Sourd ou l'auberge pleine*. Hélas ! c'est cette perspective peut-être qui a dérangé sa raison !

Dr Aliquis.

— Les médecins militaires dont les noms suivent viennent d'être désignés pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains : MM. Wahu, médecin principal; Boulian et Lecœur, médecins-majors de 1re classe; Parent, Peigné et Tessier, médecins aides-majors de 1re classe; Lomel, pharmacien-major de 2e classe; et Senaux, pharmacien aide-major de 1re classe.

---

nard. (*Comm.*: MM. Bussy, Poggiale et Chatin.) — *b*. Une statistique relative à une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1858 dans l'arrondissement de Parthenay (Deux-Sèvres), par M. le docteur *Albert*. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une note sur une nouvelle préparation de vin de quinquina à la pepsine, par M. *Adrian*, pharmacien à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. Une note sur les propriétés de l'eau bitumineuse naturelle de Visos, par M. le docteur *Combes*. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Une lettre de M. le directeur général de l'assistance publique, qui demande l'avis de l'Académie sur l'appareil balnéaire de M. *Mathieu* (de la Drôme). (*Comm.*: MM. Patissier, Poiseuille, Henry et Gavarret.) — *f*. Deux lettres de MM. les docteurs *Michaux* (de Louvain) et *Châtelain* (de Neuveville), qui sollicitent le titre de membres correspondants (*Renvoi à la commission.*)

M. *Barth* fait hommage, au nom de M. le docteur *Besnier*, d'un mémoire imprimé sur l'étranglement interne.

M. *Poiseuille*, au nom de M. *Marey*, présente un appareil (sphygmographe) destiné à mesurer et à représenter par des lignes la force de contraction du cœur et des pulsations de l'artère radiale.

Lectures.

M. *Gavarret*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Patissier, O. Henry et Poiseuille, lit un rapport sur les appareils pulvérisateurs des eaux médicales et médicamenteuses, présentés par MM. *Sales-Girons*, *Mathieu* (coutelier), et *Mathieu* (de la Drôme).

Les deux premiers appareils ont pour but de faire arriver dans les voies respiratoires de l'eau réduite en poussière, et chargée de substances médicamenteuses.

Celui de M. Mathieu (de la Drôme) inaugure un nouveau système de balnéation, dans lequel trois ou quatre litres de liquide réduits en poussière remplacent les deux ou trois hectolitres d'eau contenus dans une baignoire ordinaire. Le liquide, enfermé dans une boîte de cuivre est très finement divisé par un courant d'air, fourni par une soufflerie fonctionnant sous une pression de 5 à 6 centimètres de mercure. Le baigneur étant assis dans une boîte de bois analogue à celle dont on se sert pour les fumigations, le jet de gaz et de liquide divisé s'échappe par un orifice d'écoulement situé au niveau des genoux, s'élève obliquement en s'étalant et se résout en une pluie d'une excessive ténuité qui arrose incessamment de haut en bas le corps du malade. Ajoutons que la tête peut à volonté être tenue en dehors de la boîte ou rester exposée à l'action de la pluie, dont il est facile de régler la température.

Cet appareil a été expérimenté avec succès par M. Hardy à l'hôpital Saint-Louis.

On a donné des bains à l'amidon, au sulfate de potassium, à l'iodure de potassium, au deutochlorure de mercure, des bains d'eaux minérales naturelles et d'eau de mer. De bons résultats ont été obtenus dans des cas de psoriasis, d'eczéma, de pityriasis versicolor, de prurigo, d'engorgements ganglionnaires, etc.

La commission propose d'adresser des remercîments aux auteurs de ces diverses communications, et, après quelques observations de M. *Devergie*, sur la proposition de M. *Gavarret*, l'Académie décide que la commission à laquelle a été renvoyée la lettre de M. *Husson* continuera les expériences de M. Hardy et adressera un rapport à M. le directeur général de l'assistance publique.

Discussion sur les amputations secondaires, à la suite des coups de feu.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre adressée par M. *Legouest*, professeur au Val-de-Grâce, renfermant quelques documents révélés par la statistique chirurgicale de l'armée d'Orient.

M. Legouest soutient que l'expérimentation et la clinique ne justifient pas complétement l'opinion de M. Roux sur la manifestation inévitable de l'ostéomyélite à la suite des coups de feu avec fracture. Cependant il reconnaît que cette complication se montre quelquefois, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

« Les résultats de la chirurgie consécutive, obtenus en Orient sur le membre inférieur, ajoute M. Legouest, ne sont pas de nature à faire admettre sans conteste que l'ostéomyélite est toujours généralisée, et nécessite constamment la désarticulation, comme le professe M. Roux. »

Après avoir rappelé les conclusions d'un travail sur la chirurgie militaire contemporaine, qu'il a publié en 1859 dans les *Archives*, M. Legouest termine en « signalant le résultat comparatif du traitement par l'amputation et par la non-amputation de toutes les fractures de la cuisse par coups de feu, observées en Orient. Ce résultat n'est favorable ni à l'opinion des partisans de l'amputation, ni à l'avis de ceux qui admettent la fréquence de l'ostéomyélite. En effet, il semble exister cinq fois plus de chances de guérir d'une fracture de la cuisse par coup de feu sans amputation que par l'amputation. »

M. *Larrey*: « La pensée fondamentale émise et soutenue par M. Roux, c'est qu'à la suite des coups de feu l'inflammation traumatique se développant dans les os, comme dans les parties molles, constitue ce que l'on appelle l'*ostéomyélite*. Cette complication grave de la blessure est, pour M. Roux, fatalement inséparable de toute lésion osseuse, lorsque surtout le tissu spongieux des os larges et courts, les extrémités articulaires et le canal médullaire des os longs ont été entamés par le projectile.

Cette proposition est beaucoup trop absolue. Tous les chirurgiens ont observé des lésions des os par coups de feu qui n'ont pas été suivies d'ostéomyélite. Le tissu spongieux des os est un tissu souvent inerte et presque insensible à la pénétration des projectiles d'armes à feu. Il se laisse entamer, creuser, perforer de part en part et supporte même impunément la présence et le contact, fixe ou prolongé, des balles et plus particulièrement des balles ordinaires sphériques. »

Tous les ouvrages de chirurgie militaire fournissent des exemples de faits de ce genre. M. Larrey en cite quelques-uns très curieux, empruntés à l'expérience de son père ou à son observation personnelle.

Le canal médullaire des os longs, continue M. Larrey, ne semble pas lui-même absolument condamné à l'ostéomyélite par le passage ou le séjour prolongé des projectiles d'armes à feu, dans sa cavité. L'orateur a communiqué à la Société de chirurgie, de la part de M. Clot-Bey, un cas de pénétration d'une balle dans le canal médullaire du tibia, et de son séjour dans cette cavité pendant quatre mois sans amener d'inflammation. Ces réserves faites, M. Larrey reconnaît que M. J. Roux a observé l'ostéomyélite mieux que personne. Il regrette seulement que l'auteur n'ait pas exposé au moins les principaux symptômes de cette grave complication, qu'il n'ait pas fait connaître et précisé assez nettement les caractères anatomiques des trois périodes d'hypérémie ou de résolution, de ramollissement ou d'amputation, de suppuration ou de mort, qu'il reconnaît à l'ostéomyélite.

M. Larrey passe en revue ces trois périodes, et il combat comme étant trop absolues les propositions suivantes émises par M. J. Roux, savoir :

1° Que dans la première période, ou d'hypérémie, la plaie osseuse doit *toujours* suppurer ;

2° Que la seconde période, ou de ramollissement, coïncidait avec un *état pathologique spécial* de la moelle qui entraîne la *plus fréquente* nécessité de l'ablation des membres.

M. Larrey pense que dans la deuxième période, où d'ailleurs la ligne de démarcation qui la sépare de la première n'est pas toujours parfaitement tranchée, il peut exister encore des chances favorables à la résolution, et que, par conséquent, il ne faut pas faire du passage de la maladie à cette deuxième période une indication presque absolue d'amputation.

Quant à la troisième période, que M. Roux appelle de *suppuration* ou de *mort*, et dans laquelle ce chirurgien pose l'indication *absolue* de l'ablation des membres, M. Larrey n'accepte pas sans réserve cette conclusion. « Si, dit-il, l'ostéomyélite suppurée se borne à l'os primitivement lésé, si la forme de l'inflammation est chronique, exempte d'accidents consécutifs, autres que celui-là même, j'hésiterais à prendre le parti de l'amputation, sauf à recourir plus tard à cette dernière extrémité de l'art, lorsque j'aurais constaté l'impuissance des ressources de la nature.

» La suppuration du canal médullaire peut guérir sans entraîner de nécrose, et même quand cette nécrose s'est produite, la guérison peut s'obtenir avec l'élimination d'un séquestre représentant parfois la totalité d'une diaphyse. Mais si l'extraction de l'os nécrosé

ou la résection de l'articulation malade reste insuffisante ou impraticable, nous admettons la nécessité de l'amputation secondaire, alors surtout que la vie du malade est prochainement compromise. »

M. Larrey examine ensuite la question du siége précis où, d'après M. Roux, doit être pratiquée l'amputation consécutive dans la phase phlegmoneuse et surtout dans l'état d'ostéomyélite. Si l'on opère dans la continuité du membre ou de l'os, et à distance variable au-dessus de la lésion traumatique, d'après les indications habituelles, on risque de trouver l'os malade ou enflammé au delà du point où la section a été faite, et d'aggraver les accidents ou d'en provoquer de nouveaux. Aussi, M. Roux n'hésite-t-il pas à s'écarter, comme il le déclare, des préceptes les plus dangereux en s'inspirant du grand principe qui prescrit d'enlever le mal en totalité. Il faut donc, ajoute-t-il, presque toujours pratiquer la désarticulation de l'os atteint d'ostéomyélite.

Une telle doctrine, dit M. Larrey, si elle pouvait être adoptée sans contrôle, deviendrait, pour ainsi dire, la chirurgie révolutionnaire des amputations. Elle repose en partie sur l'examen de pièces anatomiques qui ont été soumises à l'Académie; mais ces pièces, dans l'opinion de M. Larrey, ne justifient pas les appréhensions de M. Roux d'une manière aussi absolue qu'il a voulu l'établir.

Au reste, le principe adopté par M. Roux n'est pas nouveau, au moins pour certains membres, dans l'histoire des blessures par armes à feu. C'est ainsi que dans les fractures les plus compliquées de l'extrémité supérieure de l'humérus, si elles ne comportent pas la résection, Larrey préférait la désarticulation du bras à son amputation dans un point trop élevé. On a eu aussi recours à la désarticulation du coude plutôt que d'amputer l'avant bras trop près de l'articulation. Mais les résultats de cette pratique n'ont pas répondu à l'espérance qu'on en avait conçue. Ainsi, en Crimée, sur 33 amputations primitives du coude, il y a eu 28 morts, et sur 31 désarticulations consécutives, 24 morts. Pour la désarticulation du genou, les résultats ont été plus déplorables encore en Crimée, d'après la statistique de M. Chenu : 68 désarticulations, 62 morts, La même opération avait donné autrefois à M. Velpeau 13 succès sur 14 cas. C'est assez dire « combien les résultats de la chirurgie opératoire peuvent subir de variations, combien elles ressemblent quelquefois à tous les hasards, à tous les bonheurs, à tous les malheurs des œuvres humaines, se succédant de distance en distance pour former des périodes ou des séries de succès et de revers. »

Ce qui prouve, d'ailleurs, qu'il ne faut pas ériger en loi absolue la nécessité des désarticulations consécutives, c'est que M. Roux, malgré sa préférence pour cette opération, déclare avoir pratiqué avec succès deux opérations consécutives dans la continuité de l'os blessé : à savoir une résection de la tête de l'humérus, brisée par une balle, et une amputation de jambe au-dessus du lieu d'élection pour un coup de feu du tarse.

« Toute argumentation devrait peut-être cesser en présence des succès prodigieux, inouïs, qu'a signalés M. Roux devant l'Académie. Il a cité vingt-deux désarticulations consécutives aux cas les plus graves, et parvenues toutes à guérison. L'indication, même sommaire, de chacune des blessures et de ses complications, nous aurait mieux fait apprécier la valeur ou la nécessité des plus importantes désarticulations, et mes honorables collègues regretteront, comme moi de n'en avoir pas eu connaissance. »

M. Larrey termine en soumettant à l'Académie les changements qu'il croit devoir apporter aux conclusions de l'intéressante communication de M. J. Roux :

« L'ostéomyélite, après les coups de feu, est plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, mais elle n'est pas inévitable et guérit le plus souvent.

» Elle peut se limiter à un point de l'os, s'étendre assez loin ou l'envahir même en totalité plus ou moins vite.

» Elle doit être soumise d'abord à tous les moyens rationnels de traitement, puisqu'elle est susceptible de guérison fréquente et même spontanée.

» Elle nécessite quelquefois la résection ou l'amputation consécutive, tantôt dans la continuité du membre, tantôt et, de préférence quelquefois, dans la contiguïté.

» Elle a pu expliquer, dans certains cas, l'insuccès des opérations partielles ou pratiquées sur les os atteints de cette inflammation.

» Elle démontre enfin l'opportunité, ainsi que le succès, des désarticulations dans beaucoup de cas; mais elle ne saurait justifier, à nos yeux du moins, la proposition beaucoup trop exclusive pour les chirurgiens, de renoncer à la résection articulaire et à l'amputation dans la continuité.

» La simple proposition émise par M. J. Roux, malgré sa grande autorité dans la pratique de l'art, malgré l'intérêt extrême et la nouveauté inattendue de ses observations, malgré même les merveilleux succès de sa pratique exceptionnelle, malgré enfin la sérieuse attention que les recherches de notre honorable collègue ne manqueront pas d'inspirer à tous les chirurgiens, cette simple proposition deviendra difficilement un précepte justifié par l'expérience et sanctionnée par l'Académie. »

Nomination. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un trésorier.

M. *Gimelle*, ayant réuni la majorité des suffrages, est prorogé dans ses fonctions.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. BRIQUET.

ANÉVRYSME DE L'AORTE.

M. *Briquet*. Une femme âgée de trente-deux ans a succombé hier, dans mon service, à la suite d'un anévrysme des gros vaisseaux. Cette femme disait que depuis plusieurs années elle éprouvait de la dyspnée et des palpitations; elle présentait les signes d'une hypertrophie du cœur; il y a cinq à six mois apparut au-dessous de la clavicule droite une tumeur qui prit bientôt des proportions considérables. Elle entra, il y a quinze jours, dans mon service, amaigrie, en proie à une dyspnée très pénible, à une grande anxiété, les membres inférieurs déjà infiltrés. Je constatai au-dessous de la clavicule droite une tumeur hémisphérique de 5 à 6 centimètres de diamètre ayant rompu la deuxième côte, limitée exactement en haut par le bord inférieur de la clavicule, en bas par la troisième côte. Elle était le siége de battements isochrones à la systole du cœur, qui lui-même était hypertrophié; à chaque systole la tumeur était le siége d'un souffle énergique. Peu de jours après son entrée à l'hôpital, la malade ne put rester couchée, la tumeur augmenta de volume, puis s'arrêta après trois jours de cet accroissement; alors succédèrent les phénomènes d'asphyxie qui ne se terminèrent qu'à la mort.

Le ventricule gauche du cœur est principalement hypertrophié; pas d'altération des valvules sigmoïdes de l'aorte, qui est dilatée dans sa partie ascendante; au milieu de son trajet et à travers sa paroi droite, était un trou du diamètre de 3 centimètres, à bords coupés nets, conduisant dans une poche du volume d'un hémisphère de 8 à 10 centimètres de diamètre, renfermant dans les trois quarts inférieurs du sang coagulé, au-dessus du sang rouge, et plus haut une dizaine de couches de fibrine disposée en feuillets.

En un point où pénètre un fragment de la deuxième côte dans la fibrine, les caillots semblaient usés, et il s'était fait une hémorrhagie entre le kyste et les couches fibrineuses, phénomène qui paraît expliquer le développement que la tumeur prit les derniers jours. La poche était constituée par les tissus extérieurs à l'aorte, et, après avoir usé la seconde côte, s'était placée sous le grand et le petit pectoral. Je pense que, dans ce cas particulier, l'anévrysme était consécutif à une affection cardiaque.

M. *Richard*. Cette observation me paraît remarquable en ce qu'elle me semble se rapporter à un anévrysme mixte externe, fait très rare, comme on le sait.

M. *Briquet*. L'aorte était bien un peu dilatée, son diamètre

était de 3 centimètres, mais ce n'était pas là un exemple de dilatation aortique.

M. *Bergeron*. Il faudrait admettre comme cause probable dans l'influence pathogénique, celle des plaques athéromateuses; cependant M. Briquet n'en a pas signalé la présence, même dans les valvules sigmoïdes.

M. *Duparcque*. L'inflammation peut produire de ces plaques athéromateuses, et alors peuvent survenir des phénomènes d'angine de poitrine avec accès bien caractérisés; j'ai observé des symptômes de ce genre chez un homme de quarante ans, qui a présenté à l'autopsie des plaques concrétées dans le canal aortique.

M. *Duchenne* (de Boulogne). Je ne pense pas que l'angine de poitrine puisse être attribuée à une lésion locale, c'est, à mon avis, une névrose, à laquelle peuvent coïncider toutes espèces d'autres lésions. L'auscultation ne fait ordinairement découvrir de souffle ni aortique, ni cardiaque; j'ai vu des malades débarrassées de cette affection par l'excitation électrique du mamelon, ce qui certes n'aurait pas eu lieu si elle eût dépendu d'une lésion aortique.

M. *Delasiauve*. Les affections des gros vaisseaux ne me paraissent pas la seule cause des angines de poitrine, la source en est souvent nerveuse, et je me rappelle deux anciennes observations dans lesquelles on avait rencontré de petites tumeurs comprenant le nerf pneumogastrique.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 4 MAI 1860.

Des causes de névralgies en général, par M. Bourguignon.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De l'efficacité du traitement arabique dans la syphilis invétérée et dans plusieurs autres maladies diathésiques rebelles, par M. J. Benoît, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le traitement *arabique*, communiqué dans le principe à l'Hôtel-Dieu de Marseille par un médecin arabe, et conservé depuis dans les hôpitaux de Marseille, consiste dans l'usage d'un opiat, de pilules, d'une tisane sudorifique, et dans l'observation d'un régime particulier désigné sous le nom de *diète sèche*.

1° *Opiat arabique*. — Salsepareille, 180 grammes; squine pulvérisée, 90 grammes; coquilles de noisettes torréfiées, 30 grammes; girofles, 8 grammes; miel, quantité suffisante : pour un opiat dont la dose sera de 10 à 20 grammes matin et soir.

2° *Pilules arabiques*. — Racine de pyrèthre, séné et agaric pulvérisés, de chaque 60 grammes; mercure coulant pur et deutochlorure de mercure, de chaque 30 grammes; miel, quantité suffisante : pour une masse avec laquelle on fait des pilules de 20 à 30 centigrammes. On donne habituellement une pilule matin et soir.

3° La tisane est faite avec une décoction de salsepareille et de squine; elle constitue la seule boisson du malade, qui se prend depuis un verre jusqu'à 2 litres par jour.

4° Le régime sec exige une proscription complète des aliments ordinaires, et ne consiste qu'en galettes, noix, amandes sèches et torréfiées, figues et raisin sec.

Ces formules ne sont pas nécessairement liées l'une à l'autre. M. Benoît a souvent séparé la diète sèche et la préparation mercurielle, et il a associé chacune d'elles à d'autres moyens qui lui ont paru réclamés par les circonstances.

M. Benoît a obtenu des résultats très favorables de cette méthode dans le traitement de beaucoup de syphilis constitutionnelles, invétérées et réfractaires aux médications ordinaires (ulcères, périostoses, douleurs ostéocopes, iritis, ulcérations du pharynx et du voile du palais, syphilides tuberculeuses, ulcérations phagédéniques des régions inguinales, etc.). Le professeur Lallemand a également expérimenté avec succès le traitement arabique à l'hôpital Saint-Éloi. M. Broussonnet, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, y a eu recours aussi avec avantage à l'Hôpital-Général. D'autres succès ont encore été signalés par MM. L. Boyer, Tribes, Jaumes et Malinowski.

Parmi ces faits, deux observations de M. Tribes, chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, sont surtout remarquables. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune Alsacien qui fut traité successivement par différents praticiens éminents, Serre (de Montpellier), Goupil et Coze (de Strasbourg), Cauvière et Reymonet (de Marseille). « La syphilis, qui avait déterminé des bubons suppurés, qui avait détruit le voile du palais, ulcéré le pharynx et les fosses nasales, carié des os, etc., ne fut guérie qu'après quarante-cinq jours de traitement arabique. Pendant trois années, des médications très variées : l'oxyde de mercure à l'intérieur et en frictions, le sublimé, l'hydrochlorate d'or et de soude, les sudorifiques, la décoction de Zittmann, les cautérisations, les eaux de Baréges, celles de Niederbronn, les bains de vapeur, alternativement ou simultanément employés, n'avaient pu que pallier le mal ou s'étaient montrés impuissants. » Dans la seconde relation de M. Tribes, il s'agit d'une syphilide ulcéreuse étendue sur tout le corps, de douleurs ostéocopes, de tumeurs gommeuses de la tête, d'exostoses des tibia, survenues chez une jeune dame lymphatico-nerveuse infectée par son mari, et contre lesquelles tous les remèdes ordinaires avaient été vainement essayés. La position de la malade s'aggravant de jour en jour, plusieurs médecins réunis en consultation prescrivent le traitement arabique; ce moyen, appliqué et supporté pendant cinquante jours, amène une guérison entière qui ne s'est pas démentie.

Quelquefois les symptômes syphilitiques ont disparu sous l'influence des remèdes spécifiques ordinaires; mais des dispositions fâcheuses qui ont précédé l'infection vénérienne ou la cachexie syphilitique, qui ont persisté, et qui se sont aggravées sous l'influence de cette affection, ne cédent définitivement qu'au traitement arabique. M. Benoît l'a essayé dans les affections purement scrofuleuses, et parfois avec un succès qui a dépassé ses espérances; il l'a, en outre, employé avec succès pour combattre des teignes anciennes qui avaient résisté à tous les moyens.

A première vue, si l'on considère la quantité de bichlorure de mercure qui entre dans la composition des pilules arabiques, on pourrait en redouter une action toxique. Il n'en est rien pourtant. Le sublimé est transformé en protochlorure par le mercure métallique auquel il est mélangé, et il reste dans les pilules du mercure libre, parce que, dans un poids donné de ce métal, il y en a plus qu'il n'en faut pour réduire un poids égal de sublimé en protochlorure.

Le ptyalisme et la stomatite ne sont pas des accidents étrangers au traitement arabique; mais le plus souvent ils ne se montrent que vers la fin, et lorsque déjà l'influence thérapeutique est obtenue. Quant à l'effet purgatif du calomel, il ne se produit presque jamais, sans doute, parce que, sous l'influence de la diète sèche, les sécrétions intestinales sont modifiées, ou plus complétement utilisées. On a parfois diminué avec succès et réduit à un tiers de litre la quantité de boisson médicamenteuse ordinairement accordée aux malades. Cette privation a pu être tolérée assez longtemps par certains sujets; mais chez quelques-uns elle a provoqué une irritation intestinale accompagnée, tantôt de constipation, tantôt de diarrhée, et nécessitant une suspension du traitement.

La diète sèche est contre-indiquée dans un âge très avancé, parce qu'elle est insuffisante, et hâte le dépérissement; chez les enfants, qui ne l'accepteraient pas, quand il existe une irritation des voies digestives, un état de consomption commençant ou établi, une lésion viscérale grave, et enfin dans tous les cas où les malades ont la fièvre.

Au reste, M. Benoît est bien éloigné de proclamer l'infaillibilité du traitement arabique ; il ne cache pas qu'il a eu des insuccès. Il ne s'astreint pas non plus invariablement à la formule primitive. Il associe parfois la diète sèche aux diverses substances que fournit la matière médicale, et qui, selon les cas, remplacent avantageusement les sels mercuriels. Aux tisanes sudorifiques on peut substituer des boissons médicamenteuses différentes, telles que la tisane de Vigaroux, la décoction de Zittmann, de Feltz, de douce-amère, de quinquina, etc. Quelquefois le changement de boissons, la prescription d'une petite quantité de vin non alcoolique rendent la diète sèche plus longtemps tolérable. Quant aux pilules arabiques et à l'opiat, ils peuvent être employés ensemble ou séparément.

On pourrait se demander, ajoute l'auteur, s'il ne serait pas convenable de simplifier les formules de ces préparations, et d'en élaguer certaines substances dont l'action ne nous paraît pas devoir être très active. Pour notre compte, nous avons fait plusieurs fois ces changements ; la squine, l'agaric, les coquilles de noisettes, par exemple, ont été éliminés sans aucun dommage. Il sera bon de faire de nouveaux essais dans cette direction, car en enlevant à ces formules ce qu'elles ont de bizarre, en les appropriant aux goûts du jour et aux indications de la pharmacologie moderne, on en rendra l'acceptation plus facile et plus générale. (*Montpellier médical*, 1860, n°s 1 et 2.)

Un mot sur les moyens à employer pour combattre les syncopes graves, suites des hémorrhagies qui surviennent après les opérations chirurgicales, par M. le docteur Debout.

Dans une note publiée l'an. dernier, M. Debout a mis en relief les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi du marteau de Mayor et des lavements de vin dans un cas de syncope, suite de pertes utérines considérables. Lorsque ces moyens ont échoué, M. Debout croit que la transfusion du sang est parfaitement indiquée ; les faits de succès de la transfusion chez les femmes en couches sont, en effet, trop nombreux aujourd'hui pour qu'on puisse désormais rejeter cette opération.

Il n'en est pas de même lorsque la syncope est la conséquence d'une hémorrhagie traumatique : en raison de la nature du sang perdu (artériel et veineux) et de son écoulement plus lent, ces syncopes constituent un accident plus grave que les défaillances qui suivent les hémorrhagies utérines ; et l'analyse du petit nombre d'observations de transfusion faite dans ces circonstances prouve que cette opération, n'apportant qu'un secours de courte durée, ne saurait être mise en œuvre dans les défaillances des opérés.

La syncope dans les hémorrhagies traumatiques étant surtout le résultat du manque d'incitation du centre nerveux, la position déclive du corps de l'opéré, qui facilite l'abord du sang au cerveau, ainsi que la compression abdominale, qui diminue le cercle de la circulation, contribueront à fournir un secours plus efficace. Comme c'est l'énergie et la durée de l'intervention thérapeutique qu'il faut surtout chercher, on devra ajouter à l'action physique des moyens ci-dessus la stimulation due aux applications du marteau de Mayor et seconder leurs effets par l'emploi des lavements de vin. La gravité de l'accident est souvent telle que ce ne sera pas trop du concours de tous ces remèdes pour ramener et maintenir la vie. (*Bulletin général de thérapeutique*, 29 février 1860.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité général pratique des eaux minérales de la France et de l'étranger, par MM. les docteurs Pétrequin et Socquet. Lyon, Scheuring, éditeur, 1859.

Parmi les ouvrages assez nombreux auxquels l'hydrologie médicale a donné naissance depuis un an, nous devons distinguer celui de MM. Pétrequin et Socquet. On n'a point oublié qu'en 1855 et 1857 l'Académie impériale de médecine a accordé les prix du concours sur les eaux minérales aux mémoires de ces deux médecins distingués. Ces mémoires n'avaient d'abord pour objet, le premier que les eaux minérales alcalines, et le second que les eaux minérales salines. Mais depuis cette époque, les auteurs ont complété leur travail, et ils viennent de publier un *Traité général de thérapeutique thermale*, qui comprend tout à la fois les deux mémoires couronnés, revus et augmentés, et, en outre, le complément de leurs études sur les autres parties de la médication hydrologique.

Cet ouvrage, conçu et exécuté sur un plan nouveau, procède par la méthode analytique à l'étude des éléments divers dont se compose le problème si complexe des eaux minérales, en ce qui concerne leur application au traitement des diverses maladies chroniques. Ils ont donc cherché à scinder les difficultés et à examiner chacune d'elles isolément, de telle sorte que l'investigation d'un premier point pût leur servir à élucider les autres.

Malgré l'insuffisance incontestable des résultats fournis par la chimie, les auteurs ont néanmoins pensé qu'il n'y avait point, dans l'état actuel de la science, de base plus solide pour établir une classification des eaux que celle empruntée à leur composition, telle qu'elle ressort de l'analyse chimique. C'est ainsi qu'ils ont d'abord institué cinq ordres d'eaux minérales : alcalines, salines, sulfureuses, ferrugineuses et bromo-iodurées. Sans doute, cette classification, de même que toutes les autres, n'est point à l'abri de la critique ; mais elle a permis aux auteurs de prendre pour base de leur travail des types caractérisés par la prédominance d'éléments spéciaux et de former des espèces de familles naturelles.

Chacun des cinq ordres ainsi établis comprend ensuite trois chapitres. Le premier détermine le caractère véritable des sources minérales par l'examen des substances principales qui entrent dans leur composition. Leur classification méthodique est ensuite formulée d'après cette considération préalable. C'est, par conséquent, sur l'étude des éléments minéraux qui entrent dans la constitution d'une source et en font un médicament composé que les auteurs fondent tout leur travail et s'appuient pour éclairer plus loin le problème thérapeutique. Ce premier chapitre contient aussi un aperçu général de la topographie, de la climatologie, des ressources balnéaires de chaque station thermale, ainsi qu'une indication sommaire des diverses maladies qu'on y traite. Les lecteurs qui voudraient s'en tenir à une connaissance élémentaire et superficielle des sources pourraient se contenter des détails contenus dans ce premier chapitre ; mais le praticien jaloux d'acquérir une notion plus complète et plus approfondie des propriétés thérapeutiques des eaux et de leurs applications spéciales devra lire avec attention les articles suivants, qui contiennent un examen raisonné des questions médicales relatives à la médication hydro-thermale.

Le second chapitre traite des effets physiologiques des eaux minérales. C'est là la partie la plus neuve et la plus originale de l'ouvrage que nous analysons. Les auteurs, mettant à profit l'action expérimentalement connue des différentes substances médicamenteuses sur l'organisme sain, y établissent les bases de la thérapeutique hydro-minérale. « Nous n'avons pas voulu, disent-ils, que les réactions complexes qu'engendre l'organisme malade pussent nous exposer à des déductions erronées ou même contestables. Nous avons cru convenable de commencer d'abord par étudier leur action physiologique sur l'homme sain pour obtenir des résultats plus nets et plus saisissables, propres à servir de point de départ, en nous éclairant de toutes les lumières que pourront fournir à la fois, soit l'expérimentation humaine, soit les faits de physiologie vétérinaire. Nous avons, guidés par cette pensée, passé successivement en revue les différents appareils de l'économie, et, grâce à la double clarté qui éclairait notre marche, nous avons réussi à saisir et à démontrer l'influence particulière que les diverses classes d'eaux minérales exercent sur chacun de nos organes. »

Le troisième et dernier chapitre de chaque ordre est consacré à l'appréciation thérapeutique des eaux minérales. Quoique l'ouvrage entier se distingue par ses tendances éminemment pratiques, les auteurs se sont appliqués à accumuler encore davantage dans cette partie de leur livre les éléments les plus propres à fournir des indications précises pour l'application des eaux. Après avoir étudié d'abord avec soin les propriétés thérapeutiques communes à chaque

groupe d'eaux, ils formulent le mode d'action particulière à chaque station thermale et les ressources que la médecine peut en retirer. Ils signalent principalement les cas où telle source est utile et ceux où elle pourrait être nuisible, autant du moins qu'on peut le savoir par une étude attentive et suivie des faits publiés.

Comme on peut s'en convaincre par cette analyse rapide, la méthode adoptée par les auteurs est claire, précise, facile à saisir dans son ensemble et dans ses détails : elle consiste à baser la détermination et le groupement des sources sur celle des substances qui y prédominent, à analyser les effets physiologiques de cette substance sur l'homme sain et à en déduire l'action thérapeutique. Tout cela est logique, bien ordonné et présenté très scientifiquement. On ne doit pas s'attendre cependant à ce que toutes les difficultés d'une étude aussi compliquée que celle des eaux minérales soient résolues dans ce livre. MM. Pétrequin et Socquet n'ont point la prétention d'avoir donné la solution complète du problème médical qui s'y rattache. Ils reconnaissent même que le principe de la composition chimique des eaux sur lequel ils appuient tout l'ensemble de leur travail laisse beaucoup à désirer, et ils veulent que la clinique thermale conserve dans cette étude toute son indépendance. Mais ils ont pensé que, dans son évolution présente, la science hydrologique ne possède pas de base plus solide que l'appréciation comparative de la composition minérale des sources, et, si on leur accorde ce principe, il est certain que la marche qu'ils ont suivie est la plus rationnelle et la plus ingénieuse. Cette donnée leur a permis d'expliquer plusieurs faits cliniques qui échappaient à l'analyse, et le soin qu'ils ont mis à considérer toujours l'eau minérale comme un médicament composé les a aidés à éviter plus d'un écueil.

Au reste, quelle que soit la méthode employée dans l'étude des eaux minérales, il est évident que l'utilité pratique d'un traité d'hydrologie médicale consiste dans la netteté des indications et des contre-indications, ainsi que dans la fixation certaine des résultats thérapeutiques obtenus à chaque source. C'est là, sans aucun doute, le but que MM. Pétrequin et Socquet ont cherché à atteindre. Ils y ont apporté tout le zèle et toute l'attention dont ils sont capables, et, si on avait un reproche à leur adresser, ce serait d'avoir peut-être démesurément agrandi le champ de leurs recherches et des renseignements dont ils se sont entourés. Il en est, en effet, qui ne méritent pas toute la considération que les auteurs leur ont trop complaisamment accordée. Mais c'est là une critique qui ne touche qu'à des faits de détail et qui n'enlève rien au mérite de l'ouvrage, car les médecins sauront bien distinguer les documents vraiment scientifiques des considérations inspirées par des mobiles moins purs et moins désintéressés.

Faire l'éloge de ce livre serait répéter ce qui a été dit dans deux rapports approuvés par l'Académie impériale de médecine; nous ne sommes pas assez présomptueux pour croire que nos suffrages pourront avoir quelque prix après ceux d'un corps savant aussi respectable. Nous nous bornons à recommander la lecture de ce travail à tous ceux qui aiment les œuvres sérieuses et vraiment pratiques.

Dr René Briau.

VII

VARIÉTÉS.

La Gazette médicale de Lyon publie un très intéressant article de M. Diday, où l'idée de créer à Lyon une Faculté de médecine, trouve, sous la plume de notre intelligent collègue, des arguments nouveaux et très dignes d'attention dans le fait de l'annexion de la Savoie.

— Par décret impérial en date du 19 avril 1860, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : au grade d'officier, M. Molard, médecin principal de 2e classe ; au grade de chevalier, MM. Miche, médecin-major de 2e classe, et Blanc, vétérinaire en second à l'état-major de l'armée d'Italie.

— Sa Majesté le roi de Sardaigne vient de nommer dans l'ordre des SS. Maurice et Lazare : au grade d'officier, MM. Boudin, Bertherand, Thomas, Isnard, médecins principaux, et Vincent, médecin-major. — Au grade de chevalier, MM. Pilet, Jacquin, Deluy, Besnard, Poulet, Dubosq, Busschaert, Mayaud, médecins-majors; Bachon, aide-major; Coudere, pharmacien aide-major.

Dans l'ordre militaire de Savoie : au grade d'officier : MM. Salleron, Cazalas, Goze, Méry, Périer, Fenin, médecins principaux; Thinus, médecin-major.

— Le concours pour deux places de médecin au Bureau central a été ouvert le 30 avril. Les candidats sont :

MM. Archambault, Barnier, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Canuet, Chauffard, de Beauvais, Desnos, Dufour, Dumont-Pallier, Gery, Grange, Gros, Guyot, Favre, Frémineau, Isambert, Labat-Douroucheau, Laboulbène, Lorain, Luys, Magnac, Maingault, Millard, Moynier, Parrot, Thibierge, Vidal, Voisin, Jules Worms, Zambaco.

La question que les candidats ont eu à traiter est ainsi conçue : « Des perforations non traumatiques. »

Les juges du concours sont MM. Lallier, Cazalis, Duplay, Louis et Désormeaux, *titulaires;* Pidoux et Guersant, *suppléants.*

— On assure que l'administration de la guerre va établir à Paris un troisième hôpital militaire. Ce nouvel établissement est destiné, dit-on, à servir aux troupes de la rive droite, et sera placé dans le haut du faubourg Saint-Martin, à l'endroit où se trouve l'hospice des Incurables, qui serait reporté en dehors des fortifications.

— M. Léon Gouget, externe à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. le docteur Barthez, est mort vendredi 20 avril, emporté en moins de six jours par une angine couenneuse maligne et une bronchite de même nature, qu'il avait contractées en prodiguant aux enfants malades, avec autant de zèle que de dévouement, les soins les plus assidus. Dimanche, tout le personnel médical et administratif de l'hôpital Sainte-Eugénie était réuni dans la chapelle de cet hôpital, pour donner à cette nouvelle et regrettable victime, un dernier témoignage de sympathie.

M. Gouget, âgé de vingt-huit ans, fils unique, était sur le point de terminer ses études et de succéder à son père, qui, depuis de longues années, exerce honorablement en Champagne la profession de médecin.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

Considérations sur la paralysie progressive, par le docteur *Henry Bonnet*, médecin adjoint à l'Asile d'aliénés de Fains. In-8 de 72 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 25

De la galvanisation par influence appliquée au traitement des déviations de la colonne vertébrale, des maladies de la poitrine, des abaissements de l'utérus, etc., par le docteur *J. Seiler* (de Genève). In-8 de 160 pages, avec 5 figures. 3 fr.

Leçons de chimie élémentaire appliquée aux arts industriels, par *J. Girardin*. 4e édition, entièrement refondue, avec figures et échantillons de teintures et d'indiennes intercalés dans le texte. Vol. I : *Chimie inorganique*, avec 330 figures dans le texte. Paris, Victor Masson. 15 fr.

Leçons sur les maladies de la peau, professées a l'hôpital Saint-Louis par le docteur Hardy, publiées par le docteur *Moysant*, revues et approuvées par le professeur. 2e édition, revue et corrigée In-8 de 224 pages. Paris, Adrien Delahaye. *Franco.* 3 fr. 50

Nouveau traitement du croup et des angines couenneuses, par les docteurs *Télèphe Desmartis* et *Alphonse Bouché de Vitray*. In-8. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Observations pratiques de chimie, de pharmacie et de médecine légale, par *S. Choulette*. 1er fascicule. In-18. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 50

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS.— IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 11 MAI 1860. — N° 19.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Messieurs les abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE sont invités à corriger une erreur typographique grave qui s'est glissée dans l'impression du n° 18 de ce journal.

Page 299, 1re colonne du feuilleton, 11e ligne, au lieu de : quatre à huit gouttes d'*acide* sulfurique, lisez : quatre à huit gouttes d'ÉTHER sulfurique.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 2 au 20 avril 1860.

61. CARON, Joseph-Pierre-Anatole, né à Paris (Seine). [*Quelques réflexions sur l'état puerpéral et sur deux des phlegmasies qui se rattachent à cet état, la métrite puerpérale simple et la métro-péritonite particlle.*]

62. CAZES, Joseph-Henri-Léon, né à Seissan (Gers). [*De la trachéotomie dans le croup chez les enfants.*]

63. CRIADO, Raphael, né à Mérida (Jucatan), Mexique. [*De quelques points du rhumatisme articulaire aigu.*]

64. LATAPIE, Jean-Casimir, né à Ger (Hautes-Pyrénées). [*Sur quelques points de philosophie médicale.*]

65. LUTZ, Henri-Charles, né à Ingoeller (Bas-Rhin). [*De l'hypertrophie générale du système sébacé.*]

66. RICHER, Marin-Pierre-Arsène, né à Maeé (Orne). [*Du refroidissement.*]

67. ARCHAMBAULT, Louis, né à Saint-Louis (Réunion). [*Sur quelques épidémies de fièvre jaune.*]

68. MICHOU, Casimir-Laurent, né à Tonnerre (Yonne). [*De la congestion pulmonaire dans la fièvre typhoïde, principalement au point de vue du traitement.*]

69. GARRIGOU, J.-L.-Félix, né à Tarascon (Ariége). [*De l'entéro-mésentérite typhoïde.*]

70. REY, J.-L.-Cyrille, né à Oppède (Vaucluse). [*De l'inertie utérine. Causes et traitement.*]

71. BLAVETTE, Ernest, né à Saint-Calais (Sarthe). [*Du resserrement des mâchoires.*]

72. ÉMERY, François, né à Aiguebelle (Savoie). [*Des kystes pileux de l'ovaire. Une observation sur les varices du diploé.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
BOURBON.

FEUILLETON.

Varia.

ORIGINE DES THERMES PUBLICS : ANTIQUITÉ DES BAINS DE VICARELLO. — SUPERSTITIONS POPULAIRES.

Les thermes sont comme les individus. Sans faire fi de leur mérite propre, — tant sans faut! — ils ne sont pas fâchés de pouvoir y joindre l'illustration d'une antique origine. On sait avec quelle satisfaction les nôtres exhibent des tronçons de colonnes, des chapiteaux, des morceaux de frises, vénérables témoins de la domination romaine. Ce sont là leurs parchemins. Mais ni en France, ni ailleurs, il n'existe de débris plus intéressants d'établissements thermaux que ceux qui viennent des bains de *Vicarello*, à 35 milles de Rome, et qui sont conservés à Rome même, au *Gesù*. Nous laissons parler M. Ernest Desjardins, ou plutôt le P. Marchi, car le récit suivant est mis par M. Desjardins dans la bouche du savant conservateur du *musée Kircher :*

« Le pape Grégoire XIII, de glorieuse mémoire, fit présent au collége germanique d'un domaine situé à 34 milles de Rome, sur les bords du lac Bracciano, et qui prenait, d'un vieux château, aujourd'hui en ruine, le nom de Vicarello. Les administrateurs du collége germanique élevèrent en cet endroit un bâtiment d'un seul étage qui devait offrir un abri, dans ces lieux inhospitaliers, aux baigneurs attirés par une source d'eaux thermales qu'on disait efficaces à cause du sulfate de soude qu'elles contiennent en grande quantité. Les pères jésuites, héritiers de ce domaine, voulurent, en 1851, faire une construction plus propre à satisfaire les baigneurs dont l'affluence augmentait chaque année au printemps. C'était, d'ailleurs, un moyen d'en attirer un plus grand nombre encore.

» Le plan adopté par l'architecte du collége romain exigeait une entière démolition des constructions antiques. On savait que cet établissement thermal avait été fréquenté au temps des Romains, dont les villas, les inscriptions, les monuments de toute sorte, se voyaient encore aux abords de la source; mais on ne pouvait se

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 10 mai 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OSTÉOMYÉLITE CONSÉCUTIVE AUX FRACTURES PAR ARMES A FEU. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE CETTE AFFECTION.

M. J. Roux est monté le premier à la tribune, pour répondre aux objections que lui avaient adressées MM. Larrey et Legouest; il n'a relevé, dans l'argumentation de ses contradicteurs, que quatre points principaux et les a discutés à l'aide d'arguments tirés du mémoire inséré récemment dans la GAZETTE MÉDICALE (28 avril et 5 mai), mémoire que nous avons sous les yeux.

Mais, pendant ce temps, MM. Robert et Jobert préparaient d'autres critiques. Au reproche d'avoir incomplétement exposé l'anatomie pathologique des trois périodes de l'ostéomyélite, M. J. Roux a répondu en renvoyant à son travail original, et il s'est contenté, à la tribune, de caractériser les trois phases de la lésion par trois mots significatifs: *congestion, ramollissement, suppuration.* Ceci n'a point empêché M. Jobert de nier résolûment les deux premiers degrés de l'ostéomyélite, qu'il affirme n'avoir jamais rencontrés dans les nombreuses autopsies qu'il a faites; il a consenti, toutefois, à admettre la suppuration du tissu médullaire, mais sans lui attribuer la même signification pronostique que l'honorable chirurgien de la marine.

Nous pensons que M. Jobert a été bien mal servi par le sort pour faire tant d'autopsies sans rencontrer l'injection, l'hypérémie, l'induration ou le ramollissement et les altérations de couleur de la moelle; car ces lésions sont extrêmement communes, si l'on ne veut pas reconnaître qu'elles sont constantes dans les cas de fractures compliquées. M. Jobert s'est élevé ensuite contre les désarticulations érigées en règle générale; mais il s'est plus appuyé sur des raisonnements de valeur douteuse que sur des preuves de faits. Enfin, sans qu'on sache bien pourquoi, il a cité onze cas de désarticulation scapulo-humérale, dont aucun ne paraît rentrer dans le cadre tracé par M. J. Roux. Nous n'avons pas bien saisi l'utilité de cette exhibition, dont le besoin ne se faisait pas sentir.

Peut-être notre attention était-elle déjà fatiguée; toujours est-il que nous avons été assez malheureux pour ne comprendre qu'une très faible partie de l'improvisation de M. Jobert. Sans doute, le sens de ses arguments se dévoilerait à une lecture attentive; aussi regrettons-nous que le célèbre professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu n'ait pas rédigé son allocution; il n'y avait pas péril en la demeure, et mardi prochain nous aurions apprécié les qualités de l'écrivain et recueilli les fruits de la savante expérience du praticien.

M. Robert a été clair et pressant; c'est sur l'anatomie pathologique surtout que sa critique s'est exercée, et avec un succès incontestable. Non-seulement M. Robert trouve incomplète la description des lésions, telle qu'elle est donnée par M. J. Roux; mais il élève des doutes sur la véritable signification qu'il faut attribuer à la rougeur et au ramollissement de la moelle; il pense que ces changements dans la couleur et la consistance sont loin de traduire nettement la nature inflammatoire de la lésion, ce qui le conduit à mettre en doute l'existence d'une ostéomyélite véritable sur un certain nombre des pièces pathologiques recueillies par M. J. Roux.

C'est pourquoi M. Robert a donné à son tour une description sommaire de l'inflammation du tissu médullaire; il a indiqué les altérations concomitantes dont le tissu osseux et le périoste deviennent le siége, et d'après ce tableau tracé fort exactement, suivant nous, il affirme n'avoir pas constaté clairement ces caractères sur des os que l'auteur du mémoire donne comme incontestablement atteints d'ostéomyélite au second degré.

En voyant les préparations de M. J. Roux, nous avions été impressionné de la même manière, et nous avions aussi pensé que cet honorable confrère avait un peu exagéré la fréquence de l'altération qui le préoccupe si exclusivement.

La lecture du mémoire original n'a pas fait cesser nos doutes, et nous demandons la permission d'en extraire les passages relatifs à l'anatomie pathologique.

Première période, ou d'hypérémie. — « Les éléments vasculaires de l'os rougissent, se tuméfient dans la plaie osseuse ou autour d'elle; les canalicules augmentent de volume, leurs parois solides se ramollissent, se résorbent... la membrane médullaire, ou mieux le réseau vasculaire qui la représente, est hypérémié, rouge, et colore la moelle qui perd un peu de sa blancheur et de sa consistance normales. »

Deuxième période, ou de ramollissement. — « Des ostéophytes se forment autour de la lésion osseuse et en réunissent les principaux fragments... Le réseau médullaire n'est plus appréciable, et ses éléments, confondus avec la moelle,

---

figurer à quel âge reculé remontait l'origine première de ces thermes....

» Quand Frédéric Akermann, l'intendant des travaux, commença à épuiser l'eau à l'aide de pompes, il s'aperçut que le fond du bassin était littéralement formé par un lit de pièces de monnaies de toute espèce et d'objets plus ou moins précieux, tels que coupes, vases, gobelets en argent et en bronze. On se mit en devoir de les enlever, mais on eut peine à découvrir le fond, tant cette couche d'objets antiques était épaisse. On en retira 2,000 livres pesant qu'on amena ici, au collége romain. La couche supérieure était formée de monnaies des empereurs; les types en sont vulgaires; au-dessous, on trouva des monnaies plus anciennes; plus bas encore, des pièces énormes et carrées, monnaies que nous désignons sous les noms d'*æs rude signatum*, et qui sont contemporaines des premiers temps de Rome, comme celle-ci qui est sans doute du règne de Tarquin; puis enfin, tout au fond du bassin, étaient ces espèces de dés, monnaie primitive, informe, que l'on appelle *æs rude*, et qui dut servir aux échanges lors de l'origine des sociétés. Nous trouvions donc à Vicarello la suite non interrompue des types monétaires, d'émission romaine, étrusque, pélasgique peut-être, pendant dix, douze ou quinze siècles!...

» Nous venions de découvrir un établissement thermal antérieur de plusieurs siècles à la fondation de Rome; car le bassin qui contenait ces monnaies primitives n'avait subi aucune altération dans sa partie inférieure depuis les temps les plus anciens, et la présence de l'*æs rude* témoignait d'une origine plus reculée que la première civilisation de l'Étrurie. Or, il s'agissait de déterminer à quelle cause nous devions ces précieux vestiges qui nous permettent de remonter si haut dans les âges par une suite non interrompue de signes monétaires. Tous les objets trouvés dans la source thermale de Vicarello sont des dons faits aux nymphes ou à la divinité protectrice de ces eaux salutaires. Cette sorte d'offrande, dont la reconnaissance des malades, après leur guérison, s'acquittait envers les dieux, n'était pas précisément des *ex-voto* comme ceux dont notre religion a conservé l'usage, et qui étaient aussi en grand honneur chez les anciens, témoin ceux qu'on a trouvés auprès du

forment une bouillie qui a la consistance d'une gelée d'un rouge foncé, au sein de laquelle on a de la peine à retrouver quelques vestiges de lamelles aréolaires. Le canal médullaire est agrandi; sa paroi interne, diversement colorée en rouge, est parfois d'un blanc mat qui, contrastant avec le rouge brun de la moelle, semble disposée à se nécroser. Le tissu compacte semé de taches rouges dans les points de son épaisseur que la scie met à découvert, aminci du côté du canal médullaire, est transformé là en une lame spongieuse souvent étendue à la totalité de l'os... Le tissu spongieux est ramolli, rouge; les cellules évidemment dilatées sont remplies d'une bouillie semblable à celle que le canal contient; cette altération remarquable n'envahit que par degré le canal médullaire, car on trouve des îlots de moelle saine entre des portions de moelle ramollies, et des îlots de tissu spongieux intact entre des parties altérées.

» A l'extérieur, épaississement, adhérence faible, nuance rouge du périoste, taches foncées, pertuis des canaux sanguins agrandis, visibles à l'œil nu et laissant échapper des gouttelettes de sang noir. Sillons, stries rouges par place, par traînées, qu'on observe en enlevant le périoste, et qui contrastent avec l'aspect terne du tissu compacte. Aux épiphyses, la face externe est plus rouge, plus mince, tellement ramollie qu'elle cède à la pression des doigts ou se laisse facilement pénétrer par l'instrument tranchant ou piquant... Le pus est pressenti plutôt que démontré dans la bouillie intérieure des os. Petits foyers purulents entre le périoste et l'os. »

Troisième période, de suppuration.— « L'os blessé, bien qu'encore pénétré de vaisseaux abondants, est, sous quelques rapports, comme un corps étranger; sa surface intérieure tend à se détacher de l'extérieure, qui continue à se couvrir d'ostéophytes. Quelquefois c'est la couche extérieure qui se détache en feuilles papyracées, en tubes plus ou moins complets...; la suppuration finit par s'établir dans le canal médullaire des os longs, dans les canalicules du tissu compacte, dans les cellules du tissu spongieux des épiphyses, dans l'intimité des os courts et larges..., foyers purulents plus abondants entre l'os et le périoste, entre celui-ci et les muscles. Le pus est partout verdâtre, épais, fétide. J'ai rencontré rarement l'état gangréneux de la moelle proprement dit. »

Tels sont les caractères anatomiques que M. J. Roux assigne à l'ostéomyélite et à l'ostéite concomitante et inséparable, dans les trois périodes qu'il admet. Or, nous devons dire que cette description, quoique concordant en certains points avec nos propres observations, en diffère pourtant très notablement sous d'autres rapports. Ainsi, dans le second degré, nous avons souvent rencontré la moelle, non pas rouge, mais d'un gris rougeâtre, sale, tantôt ramollie et pulpeuse, tantôt indurée et assez ferme. Le plus ordinairement, quand la lésion était inflammatoire, il y avait des dépôts sous-périostiques en nappe et de nouvelle formation, qui nous paraissent un accompagnement presque nécessaire de toute phlegmasie un peu intense du tissu central. Pour le troisième degré, nous avons bien constaté la suppuration du canal médullaire, mais toujours limitée, et ne remplissant jamais toute la cavité de la diaphyse, non plus que les canalicules et les cellules du tissu spongieux. Nous avons bien souvent constaté que la bouillie grisâtre qui, à l'œil nu, semblait manifestement renfermer du pus, n'en contenait réellement pas, et qu'elle était constituée par un mélange de gouttelettes graisseuses plus ou moins abondantes, et de médullocèles dans un état d'hypergénèse prodigieux. Notons, au reste, que le plus grand nombre des caractères de la troisième période de M. J. Roux appartiennent à la nécrose partielle du moignon osseux amputé, réséqué ou brisé par le projectile.

Mais il est surtout un point important dans le débat, c'est qu'en l'absence de tout traumatisme, comme, par exemple, dans le voisinage des tumeurs blanches, et même à une grande distance d'elles; je dis plus, en l'absence de toute maladie locale des os ou des jointures, on trouve, en ouvrant les os longitudinalement, des altérations de la moelle en tout comparables à celles que nous venons d'énumérer comme appartenant aux deux premières périodes de l'ostéomyélite. J'ai été à même de le constater itérativement sur le cadavre des scrofuleux, des sujets ayant succombé à de longues maladies, des cachectiques, etc. Sur un jeune homme qui était mort de fièvre typhoïde, j'ai trouvé dans tous les os longs la moelle rouge commo de la gelée de groseille; chez un autre sujet affecté de tumeur blanche du genou, le tibia, le péroné, le fémur étaient remplis d'une moelle ramollie, diffluante, pulpeuse, d'un jaune rouge sale, et la même lésion existait dans tous les os du pied; cependant la douleur au toucher, le gonflement, les suppurations péri-osseuses étaient absolument limités à la région de la jointure tibio-fémorale.

Je ne veux pas seulement parler de la coloration anormale du tissu médullaire. On rencontre en même temps, dans les circonstances précitées, l'agrandissement considérable du canal médullaire et des aréoles des épiphyses, la disparition du tissu réticulaire aux extrémités de la diaphyse, l'adhérence diminuée du périoste, sa congestion, ainsi que celle du tissu

---

temple d'Isis aux sources de la Seine. L'*ex-voto* rappelait toujours par une figurine ou un signe conventionnel quelconque la maladie ou l'infirmité dont on était délivré; mais l'offrande déposée, ou plutôt *jetée* dans la source, était distincte de ces figures consacrées; on la désignait sous le nom de *stips*. On faisait l'offrande pour demander aux dieux la guérison aussi bien que pour en rendre grâce : « Tous les *ordres* jetaient, dit Suétone, chaque année l'offrande (*stipem*) dans le lac de Curtius pour obtenir le salut d'Auguste. » Les prêtres égyptiens, à certain jour solennel de l'année, offraient la *stips* au Nil, et les préfets de cette province, sous les Romains, lui faisaient leurs présents en or. Pline nous rapporte qu'on jetait aussi ces *stipes* en l'honneur du dieu du fleuve Clitumne, et il ajoute que la limpidité de la source était telle, qu'on pouvait compter ces offrandes qui brillaient au fond de l'eau. »

On comprend que cette masse de 2,000 livres ramassée au fond du bassin n'était pas représentée uniquement par des monnaies. On y trouve aussi divers autres objets d'or et d'argent, notamment des vases et des gobelets curieux, surtout par les inscriptions qui y sont gravées. Sur un gobelet on lit en lettres latines : *A Apollon et aux nymphes Domitiennes, Quintus Cassius, portier, a donné* (ce gobelet). Un autre vase porte, également en latin : *A Apollon, à Sylvain et aux nymphes, Licinius Nepos a dédié* (ce vase). La divinité des eaux était donc Apollon, et le père Marchi rappelle que sur un cippe en marbre trouvé à l'entrée des bains se trouve cette inscription en langue grecque : *Sextil* (ιος) *attal* (ος) *Obas, de la ville d'Aphrodisie, à Apollon, qu'il avait vu en songe.* Or, sur les itinéraires anciens, une station est marquée sous le nom d'*Eaux Apollinaires*, dans l'Étrurie méridionale, à 34 milles de Rome.

D'autres gobelets sont plus curieux encore à certains égards. Il y en a trois qui servaient de livres de poste. Sous le titre : *Itinéraire de Cadix à Rome*, la gravure y avait tracé le nom de toutes les villes principales par lesquelles il fallait passer pour se rendre d'une ville à l'autre. Comme les indications sont les mêmes, à très peu de chose près, sur les trois gobelets, il est vraisemblable qu'ils avaient été commandés tout exprès par trois habitants de Cadix allant ensemble demander la santé aux eaux Apollinaires.

compacte, les ecchymoses intérieures et extérieures, le soulèvement foliacé des couches internes du canal médullaire, le ramollissement des épiphyses porté à ce point qu'un bistouri peut couper les plus volumineuses en tranches minces, etc. Enfin l'examen histologique du tissu médullaire (disparition plus ou moins complète de la graisse, hypergénèse extraordinaire des médullocèles, faits que j'ai décrits en 1852 dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, et que M. Robin a vus de son côté) ne milite pas en faveur de l'hypothèse qui rapporte ces altérations à un travail phlegmasique. M. Robert a parlé dans ce sens, et il croit plutôt à une lésion de tissu ou de nutrition, dont il faut tenir compte provisoirement, mais qui exige de nouvelles études. M. J. Roux lui-même a jeté dans son mémoire une phrase qui plaide dans le même sens.

A propos de la propagation de l'ostéomyélite de l'os malade aux os voisins qui sont séparés du premier par une articulation, il dit n'avoir pas constaté cette propagation. « Cependant, ajoute-t-il, il m'est arrivé de trouver dans tous ces os plus ou moins éloignés des colorations diverses de la moelle, auxquelles je n'ai pas donné une signification bien définie, car nous ne connaissons pas les modifications que les maladies apportent au tissu médullaire des os. Quand on ouvre leur canal, chez des malades morts d'affections diverses, on est étonné d'y trouver des états pathologiques très variés, c'est là une étude digne de fixer l'attention, car elle laisse beaucoup à désirer dans l'état actuel de nos connaissances. »

Nous prenons acte de cette déclaration; mais l'ignorance où nous sommes n'est-elle pas précisément de nature à imposer une grande circonspection quand il s'agit de décrire et de déterminer les formes d'une lésion encore si imparfaitement connue?

M. J. Roux répondra sans doute que la coloration de la moelle et les changements survenus dans sa consistance sont insuffisants pour caractériser l'ostéomyélite, et qu'il faut tenir grand compte des phénomènes concomitants d'ostéite, des altérations siégeant dans les parties molles ambiantes, enfin des symptômes généraux et locaux; mais alors il serait possible de rétorquer l'argument et de dire : Les lésions de la moelle auxquelles vous accordez la première place ne sont qu'accessoires; les suppurations péri-osseuses, les décollements, les fusées purulentes, les phlébites, les angioleucites, l'érysipèle, la myosite, etc., sont les lésions essentielles qui déterminent les graves symptômes locaux et les phénomènes généraux plus graves encore. C'est l'état des parties molles qui joue ici le rôle important; c'est lui qui commande l'amputation, et, si vous réussissez mieux en désarticulant qu'en amputant dans la continuité, c'est qu'en général votre couteau porte sur des tissus moins altérés, c'est qu'il s'éloigne plus du siége de la phlegmasie, c'est qu'il enlève plus radicalement tout ce qui est contaminé par l'inflammation locale.

Toutefois, tout en croyant que M. J. Roux a un peu amplifié le rôle de l'ostéomyélite, je ne voudrais pas aller trop loin, et je pense que la scie portant sur un os hypérémié ou enflammé, sur une moelle altérée d'une manière quelconque, pourra susciter dans ces organes une inflammation aiguë dont on ne peut contester la gravité.

A l'objection qui consiste à nier la nature inflammatoire des lésions qu'il a décrites, M. Roux pourrait, à la vérité, répondre que peu lui importe, pourvu qu'il soit prouvé que la moelle n'était pas à l'état normal et que toute opération pratiquée sur un tissu médullaire malade, de quelle manière qu'on voudra, est grave, très grave, et doit être proscrite en général. M. Robert a cherché à démontrer qu'on irait loin si l'on ne consentait à porter le couteau que sur le tissu médullaire sain. On trouve la moelle, a-t-il dit, rouge, noirâtre, ecchymosée dans les amputations et les résections primitives pour cause traumatique; rouge, ramollie, injectée dans la plupart des amputations et des résections secondaires de même origine.

Dans les cas de lésions organiques, lorsqu'on pratique les résections, ce n'est plus un seul, mais bien deux ou trois os altérés de cette manière qu'on ouvre par une de leurs extrémités. Et cependant on sauve un grand nombre d'opérés après la résection du coude et même après celle du genou. Même observation pour les amputations dans la continuité pour lésions organiques, opérations qui donnent en général de très bons résultats.

Si l'on renonçait à amputer les os dans les points où l'on constate l'ostéomyélite comme l'entend M. Roux, on renoncerait presque complétement aux amputations dans la continuité et aux résections, car il est rare de rencontrer la moelle tout à fait saine sur les surfaces de section. Or, la chirurgie doit reculer devant une conclusion aussi extrême; il faudrait bien cependant prendre l'ostéomyélite en considération sérieuse s'il était prouvé que la mortalité si grande après les amputations prises en masse est réellement imputable à cet accident. Mais ici on retomberait dans une autre difficulté : le nombre des articulations dans lesquelles on peut porter le couteau est, en somme, assez restreint, surtout si l'on défalque les jointures de la main et du pied, tibio-tarsienne et radio-carpienne, qui

---

La présence des monnaies d'*æs rude* au fond de la source de Vicarello est vraiment importante au point de vue archéologique. Elle recule l'origine des Thermes publics au delà de l'époque fixée par des savants de premier ordre. Ainsi, O. Muller place cette innovation à la quatrième période historique, entre Alexandre et la destruction de Corinthe, c'est-à-dire de 336 à 146 ans avant Jésus-Christ. Or, les pièces de cuivre coulées sont la première monnaie des Étrusques, qui, du temps d'Alexandre, étaient déjà en partie sous la domination romaine, et avaient consommé leur œuvre d'art et de civilisation.

Le *Journal médical d'Édimbourg* a pris la peine de dresser une sorte de bilan des superstitions humaines, dans leur rapport plus ou moins direct avec la médecine. La collection est loin d'être complète; mais telle qu'elle est, elle ne manque pas de richesse, comme on en pourra juger.

Voulez-vous savoir quel sera le sexe de l'enfant qui va naître? Vous soupez d'une épaule de mouton, avec le concours d'un ami, si votre appétit n'y suffit pas; vous approchez l'omoplate du feu, et vous la calcinez assez pour que vos deux pouces puissent la traverser dans les deux points les plus minces. Ayant fait ces deux trous, vous y passez une ficelle que vous nouez en rosette; vous suspendez l'os à un clou planté dans la porte d'entrée de votre maison, et vous allez vous coucher. L'enfant sera du même sexe que la personne qui entrera chez vous le lendemain, et qui ne sera pas dans le secret. Cette expérience fut faite un jour dans une maison où les premiers arrivants étaient toujours des femmes; par une exception bien remarquable, ce fut un homme qui, dans la matinée critique, franchit le premier le seuil de la maison, et, au bout de six semaines, c'était bien un enfant mâle qui voyait le jour.

Naître coiffé, est d'un excellent augure. L'enfant qui vient au monde le jour de Noël ou à l'heure d'un carillon a le privilége de voir des esprits. Le dimanche, on naît *gentleman*; le lundi, beau

n'ont pas grand'chose à voir dans la question actuelle. Restent donc, en somme, le genou et la hanche, le coude et l'épaule. En ce qui regarde la première articulation, personne n'ose y toucher. Les résultats fournis par la désarticulation coxo-fémorale sont plus encourageants qu'autrefois, mais sont encore très aléatoires. On ignore encore si la désarticulation du coude l'emporte sur l'amputation au quart supérieur de l'avant-bras ou au tiers inférieur du bras, de sorte que la jointure scapulo-humérale est réellement la seule où le principe de M. J. Roux puisse être accepté dans un sens assez large. Or, est-il possible de généraliser la substitution des désarticulations aux amputations dans la continuité, lorsque ce nouveau principe ne triomphe réellement que dans une articulation et que cette articulation elle-même fait triompher en même temps un principe entièrement opposé, essentiellement conservateur, celui de la résection?

Nous avions essayé, dans le premier article, de poser nettement la question et d'indiquer dans quelle direction le débat devait marcher. Aujourd'hui nous avons concentré notre examen sur l'anatomie pathologique, et nous avons appuyé les objections faites à M. J. Roux. Cet éminent chirurgien est habile dans la défense, et sans doute il est satisfait d'avoir rencontré une argumentateur qui n'a pas craint d'entrer dans le cœur du sujet. Nous entendrons la réplique de la défense, et au besoin nous essayerons de résumer la discussion et de mettre en relief les points principaux qu'elle aura éclairés.

AR. VERNEUIL.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

DÉSARTICULATION DE LA CUISSE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS RECUEILLIES A SAINT-MANDRIER (1859) SUR DES MARINS DE LA FLOTTE ET DES BLESSÉS DE L'ARMÉE D'ITALIE, par M. le docteur JULES ROUX, premier chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc. (Mémoire lu à l'Académie des sciences le 16 avril 1860.)

(Suite et fin. — Voir le numéro 18.)

Causes. — Des lésions physiques, vitales, organiques, telles que : un boulet emportant la cuisse, la gangrène l'envahissant jusqu'à un point élevé, l'ostéosarcome du tiers supérieur du fémur, nécessitent la désarticulation coxo-fémorale ; tout le monde est d'accord sur ce point. L'indécision commence pour celles de ces lésions qui, atteignant l'extrémité inférieure du fémur, sont susceptibles de l'envahir en totalité.

Larrey, Foullioy, pensaient que la carie, le cancer de l'extrémité inférieure du fémur, arrivés au point de nécessiter le sacrifice du membre, exigeaient la désarticulation de la cuisse et non l'amputation dans la continuité. Cette opinion n'a pas, il faut bien le dire, prévalu dans la science. C'est là cependant un point très délicat de chirurgie qu'il est utile de résoudre quelquefois dans le sens des grands chirurgiens que je viens de nommer. Je crois que toute indécision doit cesser lorsque les lésions organiques ont franchi le tiers inférieur de l'os. Qui dira alors où s'arrête le mal si prompt à se propager dans le canal médullaire? L'ancienneté de la maladie, sa marche rapide, feront craindre sa pénétration jusqu'à un point élevé du fémur. Avec une telle présomption, il n'est pas prudent d'amputer dans la continuité de l'os, même à une grande hauteur du membre. Mieux vaut s'élever davantage et désarticuler que de s'exposer à compromettre la vie du blessé en laissant des parties malades ou très disposées à le devenir sous la double influence du traumatisme de la scie et de la diathèse inhérente à la constitution. Je ne veux pas insister davantage aujourd'hui sur ce sujet important afin de m'arrêter sur deux points : le premier est relatif à un cas nouveau de désarticulation de la cuisse ; le second à un cas anciennement admis et qui me paraît ne pas exiger cette grave désarticulation.

1° Lorsqu'une balle a traversé, en les fracturant, les condyles du fémur ou pénétré dans leur intérieur sans ouvrir l'articulation, il arrive que l'amputation dans la continuité de la cuisse n'étant pas jugée nécessaire, on espère en une guérison qu'on obtient heureusement quelquefois. Mais quand la plaie ne marche pas vers cette terminaison et que quatre ou cinq mois après la blessure l'extrémité de l'os a acquis un grand volume, que les parties molles qui l'entourent restent tuméfiées et fortement indurées, que des esquilles sont encore éliminées, que les plaies du projectile et celles d'abcès, restées fistuleuses, sont grisâtres, se renversent au lieu de s'enfoncer; que la suppuration fétide, très abondante, épuise le malade, que le sommeil et l'appétit se perdent, que la fièvre mine l'organisme, que des plaies de position sont sur le point de se former ou sont déjà produites; en un mot, lorsque la vie du malade est menacée et que l'amputation devient la seule ressource de la prolonger, celle-ci doit être pratiquée dans l'articulation coxo-fémorale et non dans la continuité de l'os. Ce précepte, en opposition avec ceux enseignés et adoptés de nos jours dans des cas semblables, est imposé par l'ostéomyélite traumatique qui, développée consécutivement au coup de feu, a envahi l'os en entier à un degré qui n'est plus susceptible de guérison dans l'état d'épuisement où le malade se trouve. Amputer alors dans la continuité de l'os, c'est manquer au principe le plus général qui domine la chirurgie des amputations, puisque c'est s'exposer à ne pas enlever tout le mal. Ce précepte rigoureux est la déduction des

---

de visage; le mardi, plein de grâce; le mercredi, revêche et acariâtre; le jeudi, bien-venu; le vendredi, généreux; enfin les enfants du samedi sont prédestinés à gagner péniblement leur vie.

Si votre enfant vous vient au mois de mai, il sera toujours maladif; vous aurez beau faire, vous ne l'élèverez jamais. Bercez un berceau vide, l'enfant mourra. La fortune attend ceux qui apportent au monde des bras et des mains couverts d'un duvet abondant. L'enfant qui ne crie pas pendant le baptême vivra. Si vous donnez le baptême simultanément à plusieurs nouveau-nés, les garçons qui sont les derniers à recevoir l'eau bénite sont destinés à rester imberbes. On ne s'appelle pas Agnès sans perdre la raison tôt ou tard. Ne coupez pas les ongles d'un enfant avant qu'il n'ait vécu un an; rognez-les avec vos dents, sans quoi votre rejeton sera un voleur.

Si vous voulez du bien à l'enfant de votre ami, donnez-lui, la première fois que vous le recevrez chez vous, un gâteau, un peu de sel et un œuf. Si votre enfant a des aphthes, il faut réciter trois jours de suite, et à trois reprises chaque fois, le huitième psaume près de lui ; ou bien faites-lui respirer l'haleine froide d'un canard; les aphthes guériront lentement, mais sûrement. Jamais la coqueluche n'attaque un enfant qui a monté sur un ours; c'est à cette croyance que des propriétaires d'ours devaient une partie de leurs bénéfices à l'époque où les luttes de ces animaux avec des chiens étaient en vogue. Un rôt de souris guérit la rougeole. Pour rappeler à la vie un enfant phthisique, il faut traverser avec lui, de grand matin, un troupeau de moutons au sortir du parc. Pour sevrer un enfant, pas de jour plus opportun qu'un vendredi saint.

La mort est également entourée de superstitions : elle est annoncée par le bruit d'un bourdon qui voltige dans votre chambre; par le chant d'une poule, par le sifflement d'une souris auprès du lit d'un malade. Fermez un corbillard avant que toutes les personnes qui le suivent aient pris place dans leurs voitures, et vous aurez inévitablement un deuil de plus dans la famille. Attendez-vous à un décès dans un délai de six mois, si une vache fait irruption dans votre jardin; autant de vaches, autant de morts. Il est

études sur les plaies d'armes à feu que je viens de faire à Saint-Mandrier et des opérations consécutives qu'elles ont nécessitées. Quatre fois nous avons pratiqué l'amputation consécutive de la cuisse dans la continuité pour des coups de balle de l'extrémité inférieure du fémur, quatre fois la mort est survenue. L'autopsie a montré l'ostéomyélite suppurée dans la portion restante de l'os, tandis qu'immédiatement après l'opération, la portion d'os retranchée avait offert les caractères anatomiques de cette inflammation à la deuxième période. Trois fois j'ai fait la résection consécutive de la tête de l'humérus traversée par une balle, et deux fois jusqu'à présent j'ai dû pratiquer l'amputation du bras quelques mois après, trouvant encore la totalité de l'os atteint d'ostéomyélite. Dans vingt opérations nous avons désarticulé l'os, obtenu vingt guérisons et constaté dans les vingt cas l'existence de l'ostéomyélite dans la totalité de l'os enlevé.

2° La longue et brillante pratique des médecins militaires a fait prévaloir dans la science que la fracture comminutive du fémur, par coup de balle, est un cas d'amputation, quel que soit le point de l'os fracassé.

Cependant quelques chirurgiens de l'ordre civil, MM. les docteurs A. Richard, Appia, etc., et en plus grand nombre nos confrères de l'armée, MM. Sédillot, Larrey fils, Legouest, T. Valette, Scrive, Guyon, Henot, etc., frappés des insuccès de la désarticulation coxo-fémorale primitive pratiquée pour les coups de balle qui atteignent le col du fémur ou le grand trochanter, conseillent de n'y recourir que consécutivement.

Il me semble qu'on peut aller plus loin et déclarer résolûment que, dans l'état actuel de la science, la fracture comminutive de l'extrémité supérieure du fémur par une balle n'est pas un cas d'amputation.

J'appuie cette assertion : 1° sur les insuccès bien connus des désarticulations primitives de la cuisse ; 2° sur les guérisons plus nombreuses que l'art, secondant la nature, obtient chaque jour.

M. le docteur Legouest, professeur distingué au Val-de-Grâce, a, dans une statistique importante, réuni trente cas d'ablations primitives de la cuisse à la suite de coups de feu, qui ont donné trente décès. (Paris, 1855.) Dans un travail bien remarquable sur les blessés de Crimée, M. le docteur Chenu a rassemblé vingt-neuf désarticulations de la cuisse faites immédiatement après les blessures, et il a consigné vingt-neuf insuccès. Ces faits sont assez significatifs pour que nous puissions bien établir avec MM. Larrey, Legouest, Appia, etc., que la lésion par coup de feu du tiers supérieur du fémur n'est pas un cas d'amputation coxo-fémorale. Il est bien entendu que cette lésion, comme les autres, pourra ultérieurement réclamer cette opération si la guérison n'a pas lieu et si la vie du blessé est assez prochainement compromise.

D'un autre côté, il est hors de doute que les guérisons sont assez nombreuses, quand on s'est abstenu de toute opération à la suite des mêmes coups de feu. La presse médicale a enregistré plusieurs faits ; M. Legouest rapporte trois guérisons sur six ! Pendant et après la guerre d'Italie, il est arrivé, à Saint-Mandrier seulement, vingt et une fractures consolidées de l'extrémité supérieure du fémur brisée par des balles.

En voici l'énumération succincte, mais complète.

Noms, prénoms, grades et corps des militaires blessés arrivés d'Italie à l'hôpital Saint-Mandrier, atteints de coups de feu au tiers supérieur de la cuisse, avec fractures consolidées du fémur.

Barka-ben-Brahim, soldat au 3e turcos. — Raccourcissement, marche très difficile.

Barbet (Guillaume), fusilier au 100e de ligne. — Esquilles retirées en Italie.

Béthon (Joseph-Auguste), grenadier au 6e de ligne. — Raccourcissement considérable.

Debruine (Philippe), soldat au 23e de ligne. — Cal volumineux, raccourcissement considérable.

Desfarges (Charles-Henri), soldat au 1er zouaves. — Esquilles, trajets fistuleux persistants.

Grill (Charles), soldat au 1er zouaves. — Raccourcissement de 4 centimètres.

Gaucher (Auguste), soldat au 1er zouaves. — Une seule ouverture, séjour probable de la balle, cal volumineux, raccourcissement considérable.

Girel (Bernard), soldat au 65e de ligne. — Cal volumineux, raccourcissement.

Hyvan (Jules), soldat au 1er zouaves. — Une seule ouverture, séjour probable de la balle, extraction d'esquilles à Brescia, fistules.

Jari (François), fusilier au 85e de ligne. — Raccourcissement notable.

Labastoule (Jean), fusilier au 15e de ligne. — Cal difforme, raccourcissement considérable, marche très difficile.

Lefebvre (Nicolas), fusilier au 86e de ligne. — Consolidation incomplète, cal volumineux, raccourcissement.

Lemaire (Édouard), soldat au 1er zouaves. — Cal difforme, raccourcissement, paralysie de la sensibilité.

Mignucci (Pierre), soldat au 1er zouaves. — Esquilles, fistules.

Munche (Jean), grenadier au 45e de ligne. — Raccourcissement de 7 centimètres, claudication très prononcée.

Neuville (Pierre), caporal au 71e de ligne. — Une seule plaie à l'aine, présence du projectile très probable, raccourcissement notable.

Pamary (Joseph), grenadier au 85e de ligne. — Une seule ouverture, présence présumée de la balle, incurvation en dehors très prononcée du membre, claudication considérable.

Rousseaux (Jean-Baptiste), caporal au 52e de ligne. — Raccourcissement.

Rousselot (François), chasseur à pied au 5e bataillon. — Phagédénisme des hôpitaux, esquilles nombreuses, raccourcissement, fistules.

---

impossible que l'on meure dans un lit dont le matelas contient des plumes de pigeon. Sont encore prophètes de mort : tout oiseau qui entre dans une chambre, puis s'envole par une croisée ouverte ; un pigeon qui pénètre chez vous, ou qui se perche sur un arbre, ou bien qui s'approche subitement.

Cinq minutes après la mort, on peut voir l'âme s'envoler sous forme d'une vapeur bleuâtre ; alors, il faut ouvrir toutes les issues qui se trouvent dans la maison ; il ne faut pas qu'une porte ou une boîte reste fermée ; car les premiers supplices du purgatoire proviennent de ce que l'âme se trouve meurtrie entre les gonds d'une porte ; ouvrez tout et la pauvre âme s'échappera sans souffrir. L'amour qui rive le regard d'une mère à son enfant mourant arrête l'âme prête à prendre son essor, et la lutte ne cesse qu'au moment où la pitié détourne le regard maternel du lit de l'agonisant.

Dr ALIQUIS.

— Dans la séance mensuelle du 4 mai, la commission administrative de la Société centrale a statué sur les demandes d'admission des docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Alquié, Aran, Audibert, Basset, Blot (Hippolyte), Briau (René), Cullerier, Doumic, Danyau, Follin, Gaide, Gavarret (professeur), Giraldès, Herpin (de Genève), Houël, Laillier, Pelletan de Kinkelin, Perrin (Eugène-René), Regnault (professeur). — Après moins d'un an d'existence, la Société centrale réunit aujourd'hui 332 docteurs en médecine du département de la Seine seulement.

— M. le docteur Darralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, a succombé le 5 mai dernier à la longue et douloureuse maladie qui l'avait éloigné depuis deux ans de l'exercice de ses fonctions.

— M. Gassaud, le premier pharmacien du Midi qui se soit occupé avec succès de l'hirudiculture, vient de mourir à Toulouse le 23 avril, à l'âge de cinquante et un ans.

Rossignol (Charles), voltigeur au 6e de ligne. — Un seule plaie, séjour présumé de la balle, raccourcissement.

Vittarel (Joseph), fusilier au 65e de ligne. — Esquilles très nombreuses, cal volumineux, suppuration très abondante, amputation coxo-fémorale.

Une seule de ces fractures a nécessité la désarticulation secondaire du membre accomplie avec succès; les vingt autres ont guéri.

Ces faits parlent hautement en faveur de mon assertion, puisque d'une part la statistique la mieux faite donne la présomption qu'aucun de ces vingt et un blessés opérés immédiatement n'aurait guéri, et que, d'autre part, celle qui m'est propre établit que, dans les six mois qui ont suivi leurs blessures, sur vingt et un malades arrivés sans opération, un seul a dû subir la désarticulation de la cuisse.

On a donc évidemment plus à espérer en n'opérant pas qu'en opérant, et il y a tout avantage à ne pas considérer, comme cas d'amputation, les coups de balle qui fracturent le fémur dans son tiers supérieur. (Voy. l'opinion de M. le docteur Appia, *le Chirurgien à l'ambulance*, p. 121. Genève, 1859.)

Le précepte d'amputer la cuisse après les coups de balle qui brisent le fémur doit donc subir une restriction et ne rester vrai que pour les fractures qui atteignent les deux tiers inférieurs de l'os, car dans ce cas, malgré les faits de guérison sans opérations, toutes les statistiques s'accordent à démontrer que l'amputation aura plus de succès que l'abstention.

En ne considérant pas les fractures du tiers supérieur du fémur par coup de balle comme nécessitant la désarticulation du membre, je ne prétends pas qu'il ne soit jamais nécessaire d'en venir à cette opération. La désarticulation coxo-fémorale trouvera sa raison d'être lorsque la lésion, se compliquant d'angioleucite grave, de phlegmon diffus, d'ostéomyélite, de suppurations trop grandes, menacera directement la vie; alors les complications, plus que la lésion, nécessiteront le sacrifice du membre, qu'on pratiquera avec des chances de succès d'autant plus grandes qu'on aura opéré plus tard, les chirurgiens de l'époque étant presque unanimes sur les avantages qui s'attachent aux désarticulations de la cuisse faites tardivement.

Cette conduite différente dans les coups de balle du fémur, selon que cet os est atteint dans son tiers supérieur ou dans ses deux tiers inférieurs, peut encore invoquer en sa faveur quelques considérations théoriques. L'extrémité supérieure du fémur par la vitalité si grande de son tissu spongieux est moins prompte que la diaphyse à jouer le rôle de corps étrangers. Le trajet plus long des projectiles dans les parties molles, amenant plus facilement l'adhésion dans quelques points, produirait-il les conditions heureuses des fractures sous-cutanées de l'extrémité supérieure du fémur déterminées par des contusions, des chutes, etc.?

De ce qui précède, il résulte :

1° Que la fracture du tiers supérieur du fémur échappe à la loi ancienne qui prescrit l'amputation après tous les coups de balle qui ont fracturé cet os.

2° Que plusieurs mois après les fractures du fémur par coups de balle, quand la guérison n'a pas eu lieu et que la nécessité d'opérer se produit, il convient de se conformer à cette loi nouvelle si elle est sanctionnée par l'Académie : quel que soit le point du fémur fracturé, il faut renoncer à l'amputation dans la continuité et pratiquer presque toujours la désarticulation coxo-fémorale.

Faisons remarquer qu'en suivant ce dernier précepte on ne sacrifie le grand principe d'amputer le plus loin possible du tronc, dans la continuité de l'os, que pour obéir à un principe supérieur, celui d'enlever tout le mal.

Toutes ces déterminations tendent à diminuer la mortalité après les désarticulations de la cuisse; si, en effet, elles se compensent dans la forme, puisqu'en proscrivant un cas ancien de désarticulation elles en font admettre un nouveau, il faut reconnaître qu'elles apportent au fond une modification essentielle, le cas proscrit se rapportant aux lésions physiques récentes qui nécessitent l'amputation primitive ordinairement mortelle, tandis que le cas nouveau se rattache aux lésions vitales chroniques provoquant l'ablation secondaire de la cuisse dans les conditions où elle compte le plus de succès.

Après avoir éliminé les coups de balle du tiers supérieur du fémur du nombre des lésions qui réclament la désarticulation coxo-fémorale, nous pouvons mieux *étudier* le moment où il convient de la pratiquer.

Les préceptes qui règlent pour toutes les autres amputations le temps où il convient d'opérer, sont applicables à l'ablation de la cuisse, à de faibles nuances près.

Les lésions physiques violentes, un boulet emportant la cuisse, la dilacération, l'écrasement de cette partie, suite d'une chute d'un lieu très élevé, réclament la désarticulation primitive. Mais avant de la pratiquer, il faut attendre le temps indispensable pour que la commotion des centres nerveux et des viscères, inséparable d'un si grand traumatisme, soit entièrement ou en majeure partie dissipée. Il n'y a d'exception que lorsque, entre la blessure et la limite du temps de l'expectation rationnelle, apparaissent des accidents qui compromettent immédiatement la vie, l'hémorrhagie, le tétanos, qui excluent tout retard.

Les lésions vitales, la gangrène du membre inférieur, les vastes abcès sous-périostiques de la totalité du fémur, l'ostéomyélite, suite des coups de feu qui ne guérissent pas, veulent la désarticulation médiate ou secondaire avec l'attention de la différer le plus possible.

Les lésions organiques, la carie, l'ostéosarcome, les tubercules, certaines tumeurs blanches du genou, les cals anciens des parties supérieures du fémur, menaçant la vie par l'abondance de la suppuration, imposent la désarticulation iléo-fémorale ultérieure ou consécutive, qu'il est encore utile de retarder autant qu'on le peut.

L'expérience ayant appris que la désarticulation qui nous occupe réussit mieux dans ces dernières lésions si longues dans leur marche, il faudrait trouver le secret de rendre chroniques les lésions vitales et physiques, afin de ne les opérer que tardivement. Certainement dans beaucoup de cas la chose est impossible et l'art a beaucoup à faire dans la réalisation de ses vues; mais dès à présent le précepte admis en principe peut avoir un commencement d'exécution, puisqu'il sera le plus souvent possible de retarder la désarticulation du membre inférieur de plusieurs heures dans les lésions physiques, de plusieurs jours dans les lésions vitales, de plusieurs semaines dans les lésions organiques.

Obs. I (M. Jules Roux). — *Fracture comminutive de la cuisse droite. — Amputation dans la partie moyenne. — Un an après, ostéomyélite; désarticulation coxo-fémorale. — Guérison.* — Le nommé Lelostec (François), matelot de 1re classe, âgé de vingt et un ans, fait le 22 décembre 1858, à bord du vaisseau *le Redoutable*, une chute de la grande vergue sur le pont. Il est aussitôt transporté à l'hôpital principal de la Marine, où l'on constate une fracture comminutive du fémur droit dans son tiers inférieur, avec plaies des parties molles aux faces antérieure et interne de la cuisse, et issue du fragment supérieur dans une étendue de 5 centimètres. — Faible hémorrhagie. — Au moment de l'accident, le malade a perdu connaissance. A son arrivée à l'hôpital, il est dans le délire et s'agite au point d'avoir besoin de la camisole de force. On n'obtient de lui que des réponses incohérentes; il y a diminution de la sensibilité, large dilatation des pupilles, lenteur et faiblesse du pouls. D'ailleurs, nulle lésion apparente à la tête, pas d'écoulement de sang par les oreilles ni par le nez. (Tilleul sucré et limonade citrique, compresses froides sur la tête.)

Le lendemain, 23 décembre, le délire est remplacé par un état soporeux, auquel s'ajoutent quelques mouvements convulsifs des membres et de la face. Il y a un peu de trismus. (Bouillon, potion cordiale.)

Le 27, tous les symptômes graves s'étant amendés, je pratique l'amputation de la cuisse au tiers moyen, méthode à un lambeau antérieur.

Les suites de cette opération furent bonnes, et dans les premiers jours de février, la cicatrisation paraissait complète; mais, à partir du 9, la cicatrice se rouvrit, les parties molles s'enflammèrent, un vaste abcès formé dans l'épaisseur du moignon, est ouvert par le bistouri.

Les 7 mars, 26 avril et 1er juin 1859, de nouveaux abcès se produisirent.

Le 19 juin, un séquestre de 9 centimètres d'étendue fut extrait du bout et de l'intérieur de l'os.

Dans le courant de septembre, un abcès énorme, encore ouvert, donna

issue à du pus très fétide, et fut suivi, comme dans les abcès précédents, des phénomènes locaux et généraux graves, faisant redouter l'infection purulente.

Le 14 novembre, Lelostec fait une chute sur le moignon, y produit une plaie avec hémorrhagie: fièvre, insomnie, inappétence, etc.

Le 16, le moignon, très induré, est douloureux; la cicatrice est ulcérée. Des explorations successives à travers les trajets fistuleux montrent l'os dénudé dans une grande étendue; les forces s'affaiblissent; le malade, pâle et très amaigri, demande l'amputation, que je pratique dans l'articulation coxo-fémorale, pendant l'éthérisme chloroformique le plus complet et par le procédé que j'ai décrit (lambeau antérieur.)

Aucun accident trop sérieux n'entrava la marche de la désarticulation. Les ligatures tombèrent de bonne heure; les drains laissés dans la plaie permirent d'y opérer des lavages avec l'eau chlorurée iodée; de vastes cataplasmes, longtemps continués, finirent par triompher de l'inflammation phlegmoneuse du moignon, dont la cicatrisation était complète le 27 janvier 1860.

L'examen de la *pièce pathologique* fit voir ce qui suit. La portion de fémur enlevée a 16 centim. de longueur, et 18 de circonférence. Il y a donc une hypérostose considérable s'étendant jusqu'à la base du grand trochanter. La surface externe de l'os mamelonnée, anfractueuse, offre des cavités profondes. Le tissu osseux, très dur, ressemble, sur le segment divisé par la scie, à un morceau de bois léger. Le périoste manque dans plusieurs points. L'extrémité inférieure de l'os est rugueuse, déchirée; les parois du canal médullaire sont très épaissies. Le calibre de celui-ci, creusé à l'entonnoir, s'oblitère bientôt. La moelle, qui a disparu, est remplacée par un tissu osseux très condensé, laissant par intervalles des cavernes remplies d'un liquide pultacé et de fragments d'os mobiles.

Obs. II (M. Jules Roux). — *Coup de feu au tiers supérieur de la cuisse gauche; fracture consolidée du fémur. — Accidents consécutifs. — Désarticulation coxo-fémorale. — Guérison.* — Vittarel (Joseph), âgé de vingt-quatre ans, né à Nancy, département de la Meurthe, fusilier au 65e régiment de ligne, fut atteint à la bataille de Magenta d'un coup de feu au tiers supérieur de la cuisse gauche. La balle pénétra à la face antérieure et un peu interne de cette section du membre, fractura le fémur et sortit en arrière et un peu en dehors. Le blessé, tombé immédiatement sur le champ de bataille, fut ramassé quelques heures après, reçut à l'ambulance le premier pansement et fut évacué sur l'hôpital de Milan, où il est resté près de cinq mois. Il raconte ce qui suit. Pendant les trois premiers mois qui suivirent sa blessure, du 6 juin au 6 septembre, le membre fut maintenu à demeure dans un appareil. Les accidents inflammatoires furent combattus d'abord par des applications froides, puis par des cataplasmes. Plus tard, on ne fit plus que des pansements simples. Le lendemain de son arrivée à l'hôpital, treize esquilles, dont plusieurs assez volumineuses, furent extraites. Quelques jours après, sept autres furent encore retirées de la plaie de sortie de la balle. Il ne s'est formé, pendant tout le temps qu'a mis la fracture à se consolider, qu'un seul abcès à la partie inférieure et externe de la cuisse, qui a été ouvert à l'aide du caustique de Vienne. Il y a eu, dans les premiers temps de son arrivée à Milan, des accidents du côté du ventre, et notamment de la diarrhée assez difficile à combattre.

A son arrivée à Saint-Mandrier, le 4 novembre, les deux plaies d'entrée et de sortie de la balle et celle résultant du caustique sont encore ouvertes, toutes les trois grisâtres, donnent issue à une suppuration abondante et d'assez mauvaise nature. Il y a des décollements assez étendus autour de ces plaies, qui sont douloureuses; le genou est ankylosé. La fracture est consolidée, le cal paraît très volumineux. Le malade pâle, très amaigri, toussant beaucoup, est mis à un régime tonique. (Tisane vineuse, décoction de quinquina.)

Le 6 novembre, extraction de six nouvelles esquilles par la plaie externe; emphysème autour de la plaie interne.

Le 26, le malade est très épuisé, il y a fièvre le soir, insomnie, inappétence, plaies de position. La désarticulation coxo-fémorale, décidée après une consultation, est pratiquée par moi le même jour. Le malade, chloroformisé, a été opéré par le procédé à lambeau antérieur décrit plus haut. Il a perdu peu de sang. Vingt ligatures. Plusieurs points donnant un peu de sang sont touchés avec le nitrate d'argent. Adaptation parfaite du lambeau, maintenu par huit points de suture entortillée après avoir laissé dans la plaie et jusques au fond de la cavité cotyloïde une bandelette de linge cérété. Un peu au-dessous de la partie moyenne du lambeau, vers le milieu de son axe transverse, existe une plaie, qui est celle de l'entrée de la balle.

Examen de la pièce pathologique.—Avant d'arriver à l'os, on reconnaît l'existence de vastes clapiers purulents et un décollement considérable des muscles, qui expliquent la grande quantité de pus sorti par les diverses plaies pendant la chloroformisation. La fracture du fémur à son tiers supérieur est consolidée, les deux fragments séparés sont réunis à l'aide d'une espèce d'arcade osseuse, ostéophyte irrégulière, mais très solide. Le fragment supérieur a chevauché un peu en arrière et en dedans. Une esquille détachée du fragment inférieur se trouve enclavée dans les parties environnantes. Le fémur présente, dans toute son étendue, de larges plaques rouges d'ostéite très avancée. Scié longitudinalement, de son extrémité inférieure au cal de la fracture, l'os montre ce qui suit: moelle rouge, réduite en bouillie, le canal médullaire privé de membranes, ayant son calibre agrandi; tissu aréolaire en partie détruit, tissu compact, semé de vacuoles profondes.

Après l'opération, on a noté: vomissements opiniâtres, effets consécutifs du chloroforme, réaction lente, peu de sommeil, etc.

Après une suppuration longue, irrégulière, des abcès formés autour et dans l'intérieur du moignon, des accès fébriles, des troubles dans la digestion, inappétence diarrhée, etc., etc. La cicatrisation a marché d'une manière régulière, et le 22 janvier 1860 elle était complète. Déjà Vittarel avait repris son embonpoint ordinaire.

Obs. III (M. Arlaud).—*Coup de feu au tiers moyen de la cuisse droite, — Fracture comminutive du fémur. — Consolidation. — Accident consécutifs. — Désarticulation coxo-fémorale. — Guérison.* — Le nommé Legalau (Louis), fusilier au 84e de ligne, âgé de vingt-cinq ans, reçut à la bataille de Montebello, dans la partie moyenne de la cuisse droite, un coup de feu qui lui fractura comminutivement le fémur. Une moitié seulement du projectile fut extraite immédiatement. Dirigé sur l'hôpital d'Alexandrie, le blessé y fit un séjour de cinq mois. La plaie d'entrée de la balle fut cicatrisée au bout de quinze jours, et ce ne fut qu'après trois mois de traitement, la fracture étant déjà consolidée, que l'exploration de la plaie par l'ouverture de sortie permit de reconnaître et d'extraire quatre esquilles et deux fragments de plomb, dont l'un représentait à peu près la moitié de la balle. Les quatre esquilles étaient très volumineuses, et comprenaient toute l'épaisseur du demi-cylindre osseux, de telle sorte qu'à leur face intérieure on voyait la concavité du canal médullaire. L'une d'elles, en raison de ses grandes dimensions, ne put être extraite que par une incision pratiquée sur le côté externe de la cuisse, où se trouvait d'ailleurs une accumulation de pus assez considérable. Plus tard, sur cette même région de la cuisse, et un peu plus haut, se forma un nouvel abcès, qui nécessita une nouvelle incision. Legalau arriva à l'hôpital de Saint-Mandrier le 27 octobre 1859. Le cal était volumineux, le raccourcissement du membre très prononcé. Les quatre plaies étaient encore ouvertes et suppuraient abondamment, surtout la postérieure, par laquelle on pénétrait jusqu'à l'os sans pouvoir reconnaître aucune esquille mobile. Le blessé, d'un tempérament lymphatique, avec quelques antécédents scrofuleux dans sa jeunesse, était très affaibli. Il avait eu de la diarrhée en Italie; il en eut encore pendant plusieurs jours vers la fin de novembre. Jusqu'au 6 décembre, des pansements simples fréquemment renouvelés, une bonne alimentation et des médicaments toniques constituèrent tout le traitement.

De nouveaux abcès, l'abondance, la chronicité de la suppuration épuisèrent tellement les forces du malade, qu'il était dans un état de marasme des plus pénibles.

La désarticulation de la cuisse, pratiquée dans ma salle et en ma présence par M. le docteur Arlaud, eut lieu le 7 décembre, fut suivie des accidents inséparables d'une longue suppuration, et le 3 février 1860, la cicatrisation était entièrement achevée.

L'*examen de la pièce pathologique* fait constater, dans une grande incision faite la veille, la présence d'un caillot de sang assez volumineux dans les chairs de la moitié inférieure de la cuisse. La fracture est consolidée; le cal, très volumineux, présente une vaste cavité intermédiaire aux deux fragments, qui ont chevauché l'un sur l'autre, le supérieur étant en avant et en dedans. Autour de lui existent quelques esquilles et des ostéophytes. Toutes ces parties sont baignées par le pus, qui est d'une insupportable fétidité. L'os présente, dans ses deux fragments, des plaques très étendues d'ostéite; le périoste se détache avec une très grande facilité. La section longitudinale de l'os montre les caractères évidents de l'ostéomyélite, la moelle est très rouge, très ramollie, le tissu aréolaire est presque entièrement détruit; dans l'épaisseur de l'os, les traces de l'ostéite sont moins prononcées.

Obs. IV (M. Jules Roux). — *Tumeur blanche du genou. — Carie tuberculeuse, s'étendant dans tout le canal du fémur droit. — Amputation coxo-fémorale. — Guérison.* — Dubois (Abraham), matelot de 1re classe, âgé de trente ans, né à Travent (Seine-et-Oise), tempérament lymphatique, cheveux noirs, taille 1 mètre 650 millimètres, entra à l'hôpital de la Marine de Toulon le 15 novembre 1857, atteint d'arthrite chronique au genou droit.

De ce qu'il raconte, on peut inférer ce qui suit:

Le 14 juin 1856, il fit, à bord de la corvette à vapeur *le Coligny*, une chute sur le genou droit, en glissant sur l'échelle du faux pont. A l'hôpital

du bord, il fut soumis aux moyens suivants : résolutifs, bandage compressif, vésicatoire, etc. Le 1er juillet il reprend son service. Passé sur *l'Arcole*, il entre de nouveau à l'hôpital, où il séjourne du 7 juillet au 1er août 1856, époque où il obtient un congé provisoire. A Paris, il fait deux séjours successifs à l'hôpital du Gros-Caillou, passe deux saisons aux eaux thermales d'Amélie-les-Bains, sans résultat aucun. Admis à l'hôpital de la Marine de Toulon le 15 novembre 1857, il présente : gonflement prononcé de l'articulation fémoro-tibiale, douleurs vives s'irradiant vers la jambe, flexion impossible, d'ailleurs pas de fièvre, état général satisfaisant. L'immobilisation du membre, le bandage de Scott, des frictions avec la pommade d'iodure de plomb, des bains sulfureux; à l'intérieur, l'hydrochlorate de baryte, amènent une amélioration très marquée, et le malade sort de l'hôpital le 5 mars 1858.

Le 19 septembre de la même année, après une chute sur le genou, Dubois entre une seconde fois à l'hôpital de Toulon. Douleurs très vives dans l'articulation, s'étendant à la cuisse et à la jambe, mouvements difficiles, gonflement, chaleur, rougeur de la peau. Ces symptômes vont en grandissant; les douleurs sont très vives, la nuit surtout. Dans les premiers jours de décembre, on découvre à la partie supérieure et interne du genou une fluctuation très étendue. Alors, à l'aide d'un bandage dextriné embrassant tout le membre, et que l'on rétrécit de temps en temps en en retranchant successivement des bandes étroites, on commence une compression qui a duré neuf mois. On a eu simultanément recours à l'hydrothérapie (douches, pluie, compresses d'eau froide), depuis le commencement de mars jusqu'aux premiers jours de décembre, aux bains sulfureux, aux frictions avec des pommades d'iodure de plomb, d'azotate d'argent, au sirop d'iodure de fer, à l'huile de foie de morue continués pendant neuf mois; aux toniques (quinquina, vin généreux, alimentation azotée). Sous l'influence de ces moyens, l'état général seul éprouva des modifications profondes, puisque le malade prit de l'embonpoint, des forces, et que sa peau perdit de son extrême pâleur ; mais les accidents locaux, arrêtés un moment au point de nous faire croire à une guérison probable, redoublèrent ensuite d'activité.

Vers le 10 décembre, le genou fut atteint d'arthrite très aiguë, et un vaste abcès s'étendant de la fosse iliaque externe à l'articulation fémoro-tibiale se forma, envahissant la moitié environ de la circonférence de la cuisse. Bientôt une ouverture spontanée donne issue à une assez grande quantité de pus, se ferme rapidement et permet à la collection d'acquérir d'énormes proportions.

Le 20 décembre, Dubois, qui ne dormait plus et qui avait une fièvre constante, ressentit toute la journée des frissons inquiétants. Le mouvement le plus léger imprimé aux parties malades lui arrachait des cris. Pour mettre fin aux souffrances et au mal qui menaçaient les jours du blessé, je lui proposai la désarticulation de la cuisse, qu'il accepta avec résolution, et que je pratiquai le soir, à la lumière des bougies.

Je donnai encore la préférence à la méthode à lambeau et au procédé à lambeau antérieur.

Les choses allèrent bien ; cependant la marche de la cicatrisation très lente ne fut complète que le 8 mars 1860.

Examen de la pièce pathologique. — La dissection du membre montre ce qui suit : collection purulente énorme, intermusculaire, étendue de l'articulation fémoro-tibiale à la fosse iliaque externe, communiquant en bas avec l'articulation du genou, remplie d'une matière jaunâtre, grumeleuse.

Destruction des cartilages de l'articulation fémoro-tibiale. Les extrémités des os, déformées, détruites en partie, sont recouvertes par un tissu pulpeux, fongoïde. Le plateau du tibia est creusé de cavités remplies de matière tuberculeuse, ramollie, qu'on ne rencontre pas au péroné.

Au fémur, tuméfié jusqu'à sa partie moyenne, le périoste épaissi est moins adhérent dans toute son étendue. A l'extérieur, cet os présente un piqueté rouge, des stries de même couleur et un aspect terne dû à une altération mal définie du tissu compacte. Scié dans sa longueur, il offre : agrandissement notable du canal médullaire, fluidité plus grande de la moelle, qui est plus foncée qu'à l'ordinaire, et qui est retenue dans les mailles d'un tissu aréolaire considérablement hypertrophié. La couche de tissu compacte, réduite à une faible épaisseur, s'est transformée, du côté de la moelle, en tissu spongieux aréolaire, dont la rougeur contraste avec la blancheur du tissu qu'elle a remplacé. D'ailleurs, le tissu spongieux de l'os est partout rougeâtre, raréfié, ramolli.

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Nouveau système de balnéation.

Monsieur le rédacteur,

Je m'associe de grand cœur aux éloges si bien mérités que vous adressez à M. le docteur Sales-Girons, dans votre numéro du 3 mai. Je ne négligerai aucune des occasions qui pourront m'être offertes de rendre à mon très estimable devancier la justice qui lui est due. Mais, en entourant de mon plus sincère respect la propriété d'autrui, il doit m'être permis de défendre la mienne, bien que la chose puisse paraître peu nécessaire, après le remarquable rapport de M. Gavarret à l'Académie de médecine.

Vous me concédez l'application des liquides pulvérisés à la balnéation, — application que la commission de l'Académie a cru devoir placer au-dessus de l'idée *de faire pénétrer quelques gouttes d'eau dans les voies respiratoires*, — application que M. Sales-Girons lui-même voulait bien qualifier de *grandiose*, dans sa *Revue* du 30 avril 1859.

Mais vous paraissez ignorer, monsieur le rédacteur, que cette application nouvelle réclamait des moyens d'exécution non moins nouveaux. L'appareil, d'ailleurs extrêmement ingénieux de M. Sales-Girons, ne pulvérise que le tiers environ du liquide sur lequel il opère; de telle sorte qu'un bain d'une heure, fourni par cet instrument réclamerait 10 ou 12 litres d'eau, au lieu de 3 ou 4, qui suffisent avec l'*hydrofère*.

Vous connaissez le prix de vente des eaux minérales, loin des sources; des bains d'Eaux-Bonnes, d'eau de Labassère ou de Vichy, à raison de 10 à 12 litres par bain, trouveraient, je crois, peu d'amateurs dans les villes. L'hydrofère, en réduisant des deux tiers la dépense de liquide par une pulvérisation complète, a paru à la commission de l'Académie avoir l'incontestable avantage de rendre ces bains accessibles à une foule de malades, *en tout lieu et en toute saison*. Si l'événement justifie ces prévisions, comme je l'espère et comme nous devons tous le désirer, n'aurez-vous pas à regretter vos critiques contre la *justice distributive* de MM. les commissaires ?

Je m'abstiendrai de réclamer de votre équité l'insertion de cette lettre; je ne veux la devoir qu'à votre obligeance. Vous occupez dans le monde médical, vers lequel m'ont poussé des orages inutiles à rappeler, une de ces positions élevées qui font de l'hospitalité un devoir toujours doux à remplir.

Agréez, etc. MATHIEU (de la Drôme).

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Note sur l'encéphale du Gorille* (Gorilla gina, *I. Geof. St-H.*), par *M. P. Gratiolet.* — Le cerveau du Gorille est à peine équivalent, en masse, à celui du chimpanzé. Moins atténué en avant, il est comparativement très plat. Ses parties postérieures sont un peu dépassées sur les côtés par la saillie des lobes cérébelleux ; une chose est surtout frappante, à savoir le peu de saillie du lobe frontal au-devant des tubérosités temporo-sphénoïdales. La face orbitaire de ce lobe est donc très courte ; elle est, en outre, très peu excavée. Au premier abord, on pourrait voir dans cette moindre dépression un caractère de supériorité rapprochant, à certains égards, le Gorille de l'homme ; mais une discussion plus approfondie des faits conduit à des conclusions absolument opposées.

Le plissement des surfaces cérébrales dans le Gorille est extrêmement pauvre, et cette pauvreté devient plus significative encore si l'on a égard à la taille gigantesque de ce monstrueux animal. Tous les détails des lobes et des plis le rapprochent évidemment des cynocéphales en l'éloignant du chimpanzé au cerveau riche en circonvolutions compliquées. M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire les avait déjà distingués génériquement dès 1852, d'après l'étude des caractères extérieurs, et reconnu l'infériorité du Gorille, qui vient le second, disait-il, et à distance. L'étude du cerveau confirme en

tous points cette distinction. Le nom générique de *Gorilla* proposé par ce naturaliste doit, en conséquence, l'emporter désormais sur celui de *Troglodytes*, que préfèrent encore les zoologistes anglais. (*Comm. :* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, Valenciennes.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 MAI 1860. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Plusieurs rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Judrin* (de Semur), *Bourdin* (de Pesmes), *Lemaire* (de Dunkerque), *Foucault* (d'Épernay), *Cade* (d'Avignon) et *Boulland* (de Sainte-Menehoulde). — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Haute-Garonne et des Basses-Pyrénées. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Les rapports de MM. les docteurs *Lambert*, *Chevalier* et *Tellier*, sur le service médical des eaux minérales de *Guillon* (Doubs), de Provins (Seine-et-Marne) et de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Gosselin*, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (*Renvoi à la section.*) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Arlin* (de Poitiers), qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Commission des correspondants nationaux.*) — *c.* Un mémoire de M. *Bassaget*, intitulé : *Recherches anatomiques ; et science naturelle, physique et physiologique.* (*Comm.:* M. Longet.) — *d.* Un pli cacheté adressé par M. le docteur *A. Legrand.* (Accepté.)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre dans laquelle M. le docteur Sales-Girons attribue à M. de Flubé, propriétaire des eaux de Pierrefonds, la première idée de l'*appareil à poudroyer l'eau sans la souffler.*

M. *le Secrétaire annuel* lit une note de M. le docteur Nonat sur la *Valeur fébrifuge du sulfate de cinchonine :*

Je dirai d'abord en peu de mots les principes qui m'ont guidé dans mes expériences et la méthode que j'ai suivie.

Sans nier l'importance du précepte de l'expectation, posé par Chomel dans l'expérimentation des fébrifuges, je crois qu'il est permis de s'en écarter en présence de malades atteints de fièvres anciennes, avec intumescence de la rate.

Je ne puis admettre, avec M. Piorry, que la lésion de la rate soit la cause des fièvres intermittentes ; cependant, je considère cette lésion comme un élément essentiel de l'intoxication paludéenne, et dont il faut tenir un compte rigoureux dans les indications thérapeutiques. Il résulte, en effet, de mes observations, que toute substance qui agit sur l'engorgement de la rate est un bon fébrifuge, et qu'au contraire toute substance qui n'exerce aucune influence sur cet engorgement est un fébrifuge infidèle ; tels sont : la salicine, les feuilles de petit houx, le synicin, l'acide arsénieux, le sel marin, etc., que j'ai tour à tour expérimentés sans succès.

En prenant ainsi en considération les modifications imprimées à l'état anatomique de la rate, phénomène fixe et durable, on arrive à des résultats beaucoup plus prompts et beaucoup plus précis que si l'on ne tient compte que des changements survenus dans le mouvement fébrile, phénomène mobile, passager, susceptible même de se dissiper spontanément, sans le secours d'aucune médication.

Conformément à ces principes, j'ai choisi sept malades, chez lesquels la fièvre intermittente était ancienne, récidivée même, et accompagnée d'engorgement de la rate, qui donnait à la percussion une matité dont l'étendue variait entre 12 et 16 centimètres verticalement. Chez deux de ces malades la fièvre était quotidienne, et tierce chez les cinq autres.

J'ai administré le sulfate de cinchonine, depuis 50 centigrammes jusqu'à 1 gramme par jour, le plus loin possible de l'accès à venir, tantôt en une dose unique, tantôt à doses fractionnées, soit en poudre, soit en solution.

Ce médicament a été parfaitement toléré par quelques-uns de mes malades. Chez d'autres, il a produit des troubles gastriques, des vertiges, des éblouissements, de la faiblesse dans les membres inférieurs, de l'incertitude dans la marche, etc., en un mot, la série des phénomènes décrits sous le nom d'*ivresse quinique.* Ces accidents ont été fugaces et ne se sont manifestés qu'à la suite de l'ingestion de 1 gramme de sulfate de cinchonine en une seule fois.

Dans mes observations, une seule dose de 75 centigrammes à 1 gramme de sulfate de cinchonine n'a jamais suffi pour arrêter la fièvre ; mais elle l'a toujours atténuée.

La fièvre a cessé après la seconde dose, à l'exception d'un seul cas, où une troisième dose a été nécessaire.

Dans aucun cas, la rate n'a diminué de volume à la première dose. En général, la diminution de l'engorgement splénique n'est devenue appréciable qu'après la deuxième dose. Chez six de mes malades, le sulfate de cinchonine a été continué jusqu'à la résolution complète de l'engorgement de la rate, qui s'est opérée dans l'espace de quinze à vingt jours. Chez le septième malade, après la troisième dose, j'ai substitué pendant trois jours le sulfate de quinine au sulfate de cinchonine, qui ensuite a été administré de nouveau jusqu'à la fin du traitement.

La durée totale du traitement a été de dix-huit à vingt jours, et la somme de sulfate de cinchonine consommé pendant cet espace de temps a varié entre 13 et 20 grammes.

Je regrette de ne pouvoir dire quels ont été pour tous ces malades les résultats éloignés de ce mode de traitement. Un seul est venu me revoir au bout de huit mois, et la guérison ne s'était pas démentie.

Des faits que j'ai observés, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le sulfate de cinchonine possède des propriétés fébrifuges incontestables, attendu que, de même que la quinine, il agit à la fois sur l'élément fébrile et sur l'engorgement splénique.

2° Il est beaucoup moins puissant que le sulfate de quinine, et dès lors il doit être administré à une dose plus élevée.

3° Il convient surtout dans les fièvres récentes, de moyenne intensité, avec un engorgement peu considérable de la rate.

4° Si la fièvre se montre rebelle, si l'engorgement de la rate persiste ou diminue trop lentement, malgré le sulfate de cinchonine, il faut ou l'associer au sulfate de quinine, ou même le remplacer par ce dernier sel.

5° Il résulte de ce qui vient d'être dit, sans qu'il soit nécessaire de l'expérimenter, que le sulfate de cinchonine ne saurait être substitué au sulfate de quinine dans les fièvres pernicieuses.

M. *Depaul* offre en hommage, au nom de M. le docteur Léon Sorbets (d'Aire), un mémoire sur les revaccinations. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Président* annonce que le bureau a décidé que MM. *Michel Lévy*, *Gibert*, *Grisolle* et *Devergie*, seraient adjoints à la commission chargée d'expérimenter et de juger l'appareil de M. *Mathieu* (de la Drôme).

Discussion sur les amputations secondaires, à la suite des coups de feu.

M. *J. Roux* se propose de réfuter les objections que MM. Larrey et Legouest ont adressées à son mémoire.

Au reproche de n'avoir pas suffisamment indiqué les caractères anatomiques et les phénomènes propres à chacune des trois périodes de l'ostéomyélite, l'orateur répond en reproduisant l'énumération des symptômes qu'il attribue à ces trois périodes, et qui, suivant lui, sont les mêmes que ceux qui se rattachent à l'inflammation des parties molles, avec des nuances dues à la différence de texture et de vitalité des parties.

Six phénomènes, indépendamment de l'examen direct de l'os, sont en rapport par leur intensité et leur étendue avec l'ostéomyélite, augmentent et décroissent avec elle. Ces phénomènes sont : l'induration des parties molles, l'inflammation phlegmoneuse, les suppurations, les douleurs, les modifications des mouvements, enfin les phénomènes généraux. Tous présentent des caractères particuliers à chacune des trois périodes de l'ostéomyélite et qui permettent de les distinguer entre elles.

Les caractères tirés de l'examen de l'os lui-même offrent encore des signes propres à faire distinguer les trois périodes de l'ostéomyélite.

A la seconde objection, faite par M. Larrey, savoir que l'ostéomyélite n'est pas inévitable et qu'elle n'est pas aussi étendue dans l'os blessé que le pense M. J. Roux, l'orateur répond que beaucoup de phénomènes d'ostéomyélite dans les cas de contusions légères des os passent inaperçus. Il n'en est pas de même dans les cas de fortes contusions; alors une inflammation plus ou moins étendue en est ordinairement la conséquence. Enfin, toutes les fois qu'un os a été traversé par une balle, brisé en éclats, ou que le projectile s'est arrêté dans sa substance, l'ostéomyélite est inévitable, générale, s'étend au loin, même jusqu'à envahir la totalité de l'os, aussi bien que l'inflammation des parties molles, que ces projectiles traversent, déchirent, et dans l'intérieur desquelles ils finissent par séjourner quelquefois.

Les faits cliniques témoignent en faveur de cette opinion; ils montrent que le tissu osseux est un tissu essentiellement vivant, réagissant inévitablement contre l'épine qui le blesse. Les projectiles qui séjournent indéfiniment dans son intérieur ne le font qu'à la condition d'y provoquer une inflammation étendue, dont l'os conserve toujours les traces visibles dans l'éburnation et la condensation de son tissu.

L'expérimentation sur les os des animaux vivants ne contredit nullement, suivant M. Roux, les données de l'observation et de l'enseignement cliniques sur les conditions de l'existence et du développement de l'ostéomyélite.

« Je crois avec M. Larrey, dit M. Roux, que l'ostéomyélite suppurée n'entraîne pas inévitablement la mort. Les suppurations des os n'exigent pas même toutes l'amputation. Il faut distinguer dans ces suppurations deux choses : l'époque et l'étendue. Aiguës, elles s'étendent à la presque totalité de l'os; tandis qu'avec le temps elles ont de la tendance à se circonscrire. Aux ostéomyélites générales ou diathésiques, il faut opposer des opérations étendues, de même que pour les suppurations locales on a recours à des opérations partielles (trépanation ou amputation dans la continuité). Sur ce point il n'y a pas de divergence possible.

» J'arrive au point capital de la question. MM. Larrey et Legouest opposent au principe que j'ai cherché à faire prévaloir, des relevés statistiques sur les amputations secondaires pratiquées en Crimée dans les articulations et dans la continuité des os. Ces statistiques sont défavorables à la désarticulation et favorables, au contraire, aux amputations. Elles sont donc en opposition complète avec les résultats que j'ai obtenus à Saint-Mandrier. Mais, pour être concluants, les faits consignés dans ces statistiques devraient être complétés par deux renseignements qui leur manquent : 1° Les amputations et les désarticulations ont-elles été pratiquées dans la continuité de l'os lésé, dans la jointure immédiatement supérieure, ou bien dans le segment du membre supérieur à la lésion, dans une articulation plus éloignée encore ? 2° Ces amputations ont-elles été faites dans la phase phlegmoneuse ou dans la phase d'ostéomyélite ?

» Je demande qu'on ne m'oppose que des faits exactement comparables à ceux que j'ai signalés. Indépendamment de l'ignorance où l'on est du siége où les amputations de Crimée ont été faites et de la phase de la maladie dans laquelle la chirurgie est intervenue, il faut encore tenir compte des conditions où étaient les blessés après cette expédition, conditions bien moins heureuses que celles qu'ils ont rencontrées à Saint-Mandrier. »

M. Roux dit qu'il a perdu récemment six malades en opérant dans la continuité de l'os atteint et qu'il a été contraint d'en réopérer deux. Il rappelle le succès de ses vingt-deux articulations, succès tels que le hasard ou le bonheur seul ne peut en produire de pareils en chirurgie.

M. *Robert*. Depuis que l'on connaît l'ostéomyélite et la phlébite osseuse, on n'a pas manqué de constater cette inflammation, spécialement après les amputations dans la continuité, et surtout après celles que l'on a pratiquées pour des lésions traumatiques. On s'est donc demandé si les désarticulations ne devaient pas être, dans certains cas, préférées aux amputations dans la continuité. M. Velpeau, dans son *Traité de médecine opératoire*, avait examiné cette question, et, dans une thèse de concours ayant pour sujet le *parallèle entre les désarticulations et les amputations dans la continuité*, Blandin insista beaucoup sur le danger de l'ostéomyélite à la suite de ces dernières. Malgré tout, cependant, personne n'a osé rejeter celles-ci; et la seule loi qui régisse aujourd'hui la pratique consiste à dire qu'il faut opérer le plus loin possible du foyer du désordre, tout en se rapprochant le moins possible du tronc. Si, pour se décider à pratiquer une amputation dans la continuité, on exigeait que la moelle se trouvât toujours dans l'état sain, j'ose dire qu'on ne ferait presque jamais d'opération.

M. Robert, après avoir énuméré, d'une part, tous les phénomènes morbides qui se passent dans les parties osseuses à la suite des coups de feu ou des fractures par cause contondante, et, d'autre part, exposé les raisons qui le font douter de la réalité de l'ostéomyélite proprement dite sur les pièces présentées par M. Jules Roux, ajoute :

« Ici je prévois la réponse de mon honorable contradicteur : ce sont les beaux succès qu'il a obtenus par ce mode opératoire nouveau, 20 succès sur 20 désarticulations, parmi lesquelles 11 désarticulations scapulo-humérales, 2 coxo-fémorales et une fémoro-tibiale. Ces résultats sont merveilleux, je l'avoue, et ils m'avaient d'abord vivement impressionné; mais, en y réfléchissant, je me suis dit qu'ils sont trop merveilleux pour qu'on puisse espérer qu'ils se reproduiront dans des circonstances pareilles. Je me suis demandé, par exemple, comment il se fait que tous ces opérés, qui n'ont évidemment couru aucun danger du côté de l'os, aient pu échapper aux autres causes de mort, dues aux érysipèles, aux phlegmons diffus, aux hémorrhagies, à la pourriture d'hôpital, à l'infection purulente, etc.

» Je suis d'autant plus fondé à faire ces réserves que, dans le travail de M. Roux, je trouve un relevé de 6 amputations pratiquées, non dans l'articulation supérieure à l'os blessé, mais dans la continuité de l'os placé au-dessus de celle-ci. Ainsi, pour un coup de feu de la main ou de l'avant-bras, on a coupé le bras ; pour des blessures de la jambe, on a coupé la cuisse. Certes ici on n'objectera pas le mauvais état de la moelle dans les os sur lesquels a porté la scie du chirurgien, et cependant sur 6 opérés il y a eu 3 morts; notez que, dans aucun de ces cas, il n'est survenu d'ostéomyélite.

» Des résultats aussi disparates parlent assez par eux-mêmes, et ils me semblent établir d'une manière évidente que, dans le groupe des 20 guérisons sur 20 opérés, il y a une veine de bonheur; il y a une de ces séries dont tous les chirurgiens ont vu des exemples sans pouvoir les expliquer; tandis que dans la catégorie des 3 morts sur 6 opérés on voit à peu près les résultats de la pratique ordinaire.

» Je me hâte de conclure :

» Les faits contenus dans l'intéressant travail de M. J. Roux ne sont ni assez nombreux, ni assez probants pour établir que dans les amputations tardives que nécessitent les coups de feu ou les fractures graves, il faille désarticuler l'os malade, et renoncer, soit aux résections, soit aux amputations dans la continuité. »

M. *Jobert* (de Lamballe) ne pense pas que l'ostéomyélite soit inévitable à la suite des plaies par armes à feu. Nos guerres civiles, dit-il, m'ont donné de fréquentes occasions de m'assurer de ce fait. D'ailleurs, si elle existait dans la première période admise par M. Roux, comment aurait-on pu en constater la présence, puisque dans cette période, dite d'hypérémie, la résolution est constante, d'après le chirurgien de Toulon? Les symptômes qu'il a donnés comme appartenant à cette période sont ceux de toutes les plaies d'armes à feu, et ne suffisent pas pour faire admettre l'existence de l'ostéomyélite. Rien ne prouve donc que cette complication se produise, dans les premiers temps, à la suite des coups de feu.

Il en est encore de même pour la deuxième période; les symptômes attribués par M. Roux à cette période, les phlébites, les angioleucites, etc., sont tout simplement des complications qui peuvent se joindre à toute plaie suppurante.

Enfin, dans la troisième période, admise par M. Roux, l'ostéomyélite peut exister, cela n'est pas contestable; mais ici encore

M. Roux n'a donné aucun signe propre à caractériser cette complication.

Quant au précepte déduit par M. J. Roux de ses recherches anatomo-pathologiques, M. Jobert ne l'admet que pour les cas où la lésion de l'os est extrêmement rapprochée de son articulation supérieure. Mais cette règle, qui est généralement admise, ne repose que sur des considérations anatomiques et non sur l'existence problématique d'une ostéomyélite.

M. Jobert a fait 11 désarticulations de l'épaule, sur lesquelles il compte 9 succès ; 5 de ces amputations avaient été faites immédiatement après des plaies d'armes à feu. Dans les autres, il s'agissait de tumeurs osseuses. Assurément la proportion des succès est considérable pour cette opération ; mais il n'en est nullement de même pour la plupart des désarticulations. Pour la cuisse, par exemple, la désarticulation, qui produit une plaie bien plus étendue que l'amputation dans la continuité, expose, à coup sûr, beaucoup plus aux phlébites, à l'infection purulente, etc. Elle n'est admissible que pour des cas tout à fait exceptionnels, et l'amputation dans la continuité doit être la règle.

M. Jobert termine en concluant que les observations de M. J. Roux sont insuffisantes pour faire accepter le principe de la désarticulation appliquée d'une manière générale aux plaies d'armes à feu.

M. *Larrey* félicite M. Roux des restrictions qu'il a déjà apportées aux opinions primitivement exposées dans son mémoire. Il n'a, d'ailleurs, que peu de mots à ajouter après l'argumentation de MM. Robert et Jobert (de Lamballe).

Le diagnostic de l'ostéomyélite reste toujours aussi obscur qu'après la première communication de M. J. Roux. Même dans la deuxième période, cette complication est très facile à confondre avec d'autres affections.

D'une autre part, l'existence d'une ostéomyélite ne peut être toujours une raison d'amputation, parce que l'ostéite et l'ostéomyélite sont des phénomènes nécessaires et salutaires à la suite d'un grand nombre de lésions traumatiques.

M. Roux pense que les statistiques empruntées à la guerre de Crimée ne sauraient être mises en parallèle avec les amputations pratiquées à Saint-Mandrier. Mais ces statistiques prouvent précisément combien il importe de tenir compte des conditions très diverses dans lesquelles les amputations peuvent être pratiquées.

L'orateur déclare ensuite que les diverses altérations des os rattachées par M. Roux à l'ostéomyélite ne lui paraissent pas appartenir toutes à cet état pathologique. Il croit, en définitive, que lorsqu'une amputation consécutive est nécessaire, s'il y a danger à opérer dans la continuité de l'os et si l'articulation supérieure n'est pas trop éloignée, c'est dans cette articulation qu'il faut amputer, à moins qu'il ne s'agisse du coude et du genou.

M. Larrey maintient, en terminant, les conclusions de son premier discours.

Aucun autre orateur n'étant inscrit pour la discussion, M. Jules Roux demande à la résumer succinctement dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De la phthisie des tailleurs de pierre meulière, par M. le docteur PEACOCK.

Les observations de M. Peacock sont relatives à des ouvriers qui façonnent en meules la pierre meulière ou silex molaire (désignée en Angleterre sous le nom de *french burr*), provenant principalement de La Ferté-sous-Jouarre et des environs d'Épernon. Cette pierre est importée en grande quantité à Londres, Hull et Liverpool, où elle est ensuite taillée et ajustée. Elle est extrêmement dure, et on la travaille à sec, de sorte que les ouvriers respirent toujours un air chargé d'une poussière très fine.

Cette occupation a la réputation d'être très compromettante pour la santé des ouvriers ; on la redoute beaucoup plus que le taillage des autres pierres qui servent encore en Angleterre à la confection des meules, telles que le grès du Yorkshire et du Derbyshire, le granit d'Écosse et le basalte d'Allemagne. Les renseignements que M. Peacock a pu recueillir à ce sujet n'ont, sans doute, pas toute la précision désirable ; ils s'accordent néanmoins pour faire ressortir la fréquence de la phthisie parmi les ouvriers dont il s'agit. C'est ainsi que, dans un petit nombre d'années, on aurait compté environ 20 décès par phthisie parmi les 50 hommes employés dans les ateliers de Londres. Ces hommes meurent, d'ailleurs, la plupart jeunes et ne fournissent qu'un très petit nombre d'années de travail. Parmi les 41 ouvriers qui étaient employés en 1859 dans trois des ateliers de Londres, 23 n'avaient pas dépassé l'âge de 20 ans en entrant dans les ateliers. L'âge moyen de ces ouvriers était de 24,1 ans, et le plus vieux n'avait que 38 ans. La moyenne de leurs années de travail était de 8,9, et aucun n'avait travaillé plus de 17 ans.

Il en est tout autrement pour les ouvriers employés, dans les mêmes ateliers, à tisser des tamis ou à d'autres occupations qui ne les exposent pas à inhaler les poussières de silex. Dans un de ces ateliers, 13 sur 19 de cette classe d'hommes étaient employés depuis l'âge de 20 ans au plus. L'âge moyen de ces 13 hommes était de 35,84 ans ; les plus vieux étaient âgés de 40, 42, 43 et 71 ans. Ils avaient travaillé en moyenne pendant 20,69 ans, et, pour 8 d'entre eux, le nombre des années de travail était de 22 à 51 ans.

Les ouvriers de cette dernière catégorie se trouvent placés d'une manière presque absolue dans des conditions hygiéniques générales beaucoup moins favorables que les tailleurs de pierre. Les différences signalées plus haut au désavantage de ceux-ci ne peuvent donc guère être expliquées que par l'action des poussières de silex qui les entourent sans cesse. L'analyse des poumons malades, qui sont en général le siége à la fois de tubercules et d'une induration pigmentaire spéciale, y fait d'ailleurs retrouver une quantité très notable de silice. On n'a pas de peine à comprendre l'influence défavorable que la présence de ces innombrables petits corps étrangers doit exercer sur le tissu pulmonaire.

Voici maintenant les mesures hygiéniques qu'il conviendrait d'adopter dans les ateliers en question pour sauvegarder la santé des ouvriers : n'employer que des hommes adultes et ayant atteint la plénitude de leur développement ; empêcher l'absorption des poussières par les moyens généralement applicables dans des conditions semblables (ventilation convenable, appareils protecteurs spéciaux, suppression du travail *à sec*, etc.) ; il faudrait enfin empêcher l'abus des alcooliques, auquel ces ouvriers sont particulièrement portés.

On sait que la question soulevée par M. Peacock est loin d'être nouvelle. Dès 1727, Wepfer avait signalé la fréquence de la phthisie chez les tailleurs de meules de Waldshut, et en 1775 Le Blanc faisait la même remarque pour les ouvriers des carrières situées aux environs d'Étampes. Quelques observations analogues sont dues à Morgagni, Ramazzini, Kirkland, et, pour l'Angleterre en particulier, à Johnstone, Knight, Holland, Favell. Les recherches de M. Burgoin sur les maladies des tailleurs de pierres à fusil, à Meusne, sont également de nature à faire admettre les dangers des poussières pierreuses suspendues dans l'atmosphère. M. Benoiston de Châteauneuf (1831) a, à la vérité, combattu cette manière de voir à l'aide de quelques documents qui ne manquent pas d'importance ; mais les travaux de M. Lombard (1834, *Annales d'hygiène*) tendent à prouver que l'opinion de M. Benoiston est au moins trop exclusive et que, si l'inhalation des poussières pierreuses n'est pas la cause la plus importante de la phthisie chez les tailleurs de pierre, elle entre pourtant pour une large part dans l'étiologie de cette maladie. Les observations de M. Peacock s'accordent parfaitement avec cette conclusion. (*British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, janvier 1860.)

Note sur une forme peu connue d'aphonie syphilitique, par M. P. Diday.

Il ne s'agit point ici de l'enrouement plus ou moins complet qui accompagne les altérations de la phthisie laryngée chez certains sujets parvenus aux derniers degrés d'une syphilis invétérée. L'aphonie que M. Diday signale, et qu'il appelle *aphonie secondaire*, pour la distinguer de la précédente, a des caractères, une époque d'apparition et surtout une curabilité toutes spéciales. En voici, d'après une vingtaine d'observations propres à M. Diday, un tableau sommaire :

Entre le troisième et le sixième mois à partir du début de l'accident primitif, le malade, sans s'être exposé aux causes, ni présenter les symptômes du coryza, de l'angine ou de la bronchite, s'aperçoit qu'il ne peut plus faire entendre le même volume de son que d'ordinaire. La voix a perdu de son timbre. Cette altération augmente rapidement. En quelques jours, elle est arrivée à ce point que, lorsqu'il veut forcer la voix, il ne parvient à produire qu'un souffle à peine perceptible par l'oreille.

A part l'altération de la sonorité, les autres fonctions connexes de l'appareil vocal demeurent intactes. La prononciation est claire et distincte, la respiration parfaite ; il n'y a ni douleur, ni toux, ni dyspnée, ni fièvre.

Cet état, une fois établi, n'a que peu ou point de tendance à se dissiper spontanément. Il se prolongerait probablement indéfiniment sans l'intervention du traitement approprié.

Cette maladie est plus fréquente chez les syphilitiques qu'on ne le croit et qu'eux-mêmes ne le supposent. Lorsqu'elle existe à un faible degré, ils ne s'en aperçoivent pas, et ils attribuent aux causes de l'enrouement ordinaire l'altération légère de la phonation. Les chanteurs de profession l'accusent, au contraire, dès son origine, à cause de l'obstacle qu'elle apporte à l'émission vocale, soit comme flexibilité, soit comme sonorité, soit surtout comme étendue, car c'est là le premier signe qui annonce l'invasion. Un ou deux *tons* manquent presque immédiatement du jour au lendemain à l'extrémité supérieure de leur registre habituel.

Par l'époque de son apparition (quatrième mois en moyenne), cette aphonie se place en pleine période secondaire. Aussi s'accompagne-t-elle souvent de plaques muqueuses des amygdales. Toutefois, cette coïncidence n'est pas constante, ce qui n'est pas indifférent au point de vue de l'étiologie de l'affection laryngée.

Le proto-iodure de mercure, à la dose de 8 à 10 centigrammes par jour, en deux pilules, triomphe de cette affection avec une rapidité remarquable. Sous son influence exclusive, l'aphonie est modifiée en deux jours, guérie en six ou huit au plus tard.

Relativement à la lésion syphilitique qui produit cette aphonie, on pourrait penser, soit à des tubercules muqueux ayant envahi l'orifice glottique, ou à une paralysie des muscles dont la contractilité donne aux bords de cet orifice leur propriété vibratile. C'est la seconde hypothèse que M. Diday croit la plus probable. C'est, en effet, celle qui s'accorde le mieux avec l'absence de toute douleur, de tout malaise et la promptitude extrême de la guérison, coïncidant parfois avec la persistance ou la disparition beaucoup plus lente des tubercules muqueux amygdaliens. La syphilographie nous montre, pour des lésions incontestablement nerveuses, la répétition de cette influence si rapidement curative. Une hémiplégie faciale, une diplopie causées par la syphilis s'amendent en quelques jours sous l'effet du traitement spécifique interne. Les contractures musculaires, vénériennes, cèdent elles-mêmes non moins vite, ainsi que les attitudes vicieuses qu'elles entretenaient, grâce à l'administration de quelques doses d'iodure de potassium. (*Gazette médicale de Lyon*, n° 2, 1860.)

Accidents produits par les couleurs arsenicales; nouvelles observations, par MM. Biggs (de Bath) et Blasius (de Halle).

Dans la plupart des observations qui démontrent les dangers des couleurs arsenicales employées pour colorer des papiers, etc., les accidents d'empoisonnement ne se sont montrés qu'à la suite d'une action assez longtemps prolongée du poison (voy. *Gazette hebdom.*, 1860, n°s 12 et 14). Voici deux faits dans lesquels il en a été un peu différemment, ce qui s'explique assez facilement par les conditions spéciales dans lesquelles l'arsenic a exercé son action :

Dans l'observation de M. Biggs, il s'agit d'un horloger qui se plaignait depuis peu de temps d'une irritation douloureuse de la bouche qui l'incommodait beaucoup. Il portait à la face interne des lèvres une série de petites ulcérations superficielles ; les douleurs causées par ces ulcérations étaient surtout insupportables le soir ; les lèvres s'enflaient alors, et leur sensibilité s'exaltait à tel point que la mastication et même la parole étaient à peu près impossibles. Divers moyens topiques échouèrent complétement contre ces accidents. Les ulcérations se cicatrisèrent cependant en grande partie lorsque le malade renonça pendant quelques jours à l'usage de deux dents artificielles qu'il portait habituellement. On crut avoir trouvé là la cause du mal; mais, au bout de quelques jours, les lèvres étaient plus malades que jamais, semées d'ulcérations, fortement enflées, et cette aggravation s'accompagnait d'une salivation abondante.

La santé se rétablit en trois semaines et d'une manière définitive lorsque cet homme renonça à l'usage d'un abat-jour recouvert d'un papier coloré en vert par un acéto-arsénite de cuivre. Le malade ne se servait de cet abat-jour que lorsqu'il travaillait le soir à la lumière d'un bec de gaz ; l'abat-jour se trouvait alors fortement échauffé par le voisinage de la flamme et dégageait une odeur désagréable et très prononcée. Le malade n'en faisait, d'ailleurs, usage que depuis un très petit nombre de jours lors de l'apparition des premiers symptômes, et l'amélioration qui s'était produite pendant quelque temps était due à ce que le travail du soir avait été suspendu.

Il faut admettre que, dans ce cas, contrairement à ce qui est démontré pour la plupart des intoxications dues aux papiers arsénifères, l'agent délétère n'était pas la poussière de la couleur, mais une combinaison volatile de l'arsenic, vaporisée par l'action d'une température élevée. On comprend facilement que l'action de ces vapeurs ait dû se porter de préférence sur la muqueuse buccale, qui n'était pas éloignée de l'abat-jour de plus de 2 pouces. (*The Lancet*, 7 janvier 1860.)

— Chez la malade de M. Blasius, les accidents se sont produits plus rapidement encore et également avec une plus grande gravité. C'est une jeune dame qui portait à un bal une robe en tarlatane vert-clair. Après la cinquième danse, elle éprouva dans les pieds de la pesanteur et un commencement de paralysie ; à ces symptômes se joignirent du malaise, de l'oppression, des vertiges, de la céphalalgie, des menaces de syncopes qui forcèrent la jeune danseuse à quitter le bal, et ne tardèrent pas ensuite à disparaître. Néanmoins, les pieds restèrent pendant trois jours dans un état de semi-paralysie. Comme aucune cause connue n'expliquait ces accidents, on songea à analyser la toilette de bal en question, et on constata dans la couleur verte une grande quantité d'arsenic et de cuivre. On comprend facilement qu'une pareille toilette se trouve dans les meilleures conditions à un bal pour répandre des poussières toxiques. (*Deutsche Klinik*, n° 5, 1860.)

De l'efficacité de la diastase contre la dyspepsie et contre certains vomissements, par M. H. de Castelnau.

L'idée de la diastase comme médicament à employer contre certaines dyspepsies est née, d'après le Moniteur des sciences, dans les bureaux même de ce journal. M. le docteur Roux avait indiqué, dans une courte note, les bons usages qu'on pourrait faire de ce produit. M. Denon a ensuite communiqué à M. de Castelnau deux observations relatives à cette médication. La première est relative à un cas de dyspepsie (?) consécutive à des excès fréquents, à l'abus de l'absinthe, et à l'influence d'une nourriture mauvaise et parfois insuffisante. L'état général du sujet avait subi une atteinte extrêmement grave. On administra, pendant ou immédiatement après chaque repas, quatre pastilles de diastase. Au bout d'un mois, les digestions étaient revenues à peu près à leur état normal ; le malade jugea alors inutile de continuer l'usage des pastilles.

Quelques accidents gastralgiques ayant reparu au bout de trois semaines, on revint aux pastilles, à la dose de deux par repas, et l'on en continua l'administration pendant plus d'un mois; tous les accidents cédèrent alors définitivement, et le malade ne tarda pas à se rétablir complétement.

Dans le deuxième fait de M. Denon, il s'agit de vomissements opiniâtres survenus au quatrième mois de la grossesse, suivis d'amaigrissement, de prostration des forces, et rebelles à diverses médications. L'administration des pastilles de diastase à la même dose que dans le cas précédent fut suivie d'une guérison rapide.

A ces faits M. de Castelnau en ajoute plusieurs autres, qui lui paraissent de nature à préciser les indications thérapeutiques de la diastase.

Nous avons, dit-il, conseillé trois fois les pastilles de diastase contre des vomissements dus à l'état de gravidité : une seule fois ce moyen nous a réussi. Nous avons vu deux de nos amis les prescrire dans deux cas semblables, et les deux fois sans succès. Or, en réfléchissant sur ce qui pouvait expliquer cette différence d'action, nous avons remarqué que le seul fait, sur les cinq dont nous avons eu connaissance, est un cas semblable à celui de M. le docteur Denon, c'est-à-dire un cas où les vomissements étaient précédés, pendant une ou deux heures, de douleurs et de nausées, ce qui n'est pas habituel dans les vomissements liés à l'état de grossesse. On sait que ces vomissements, presque toujours, se manifestent aussitôt après le repas, quelquefois pendant le repas même, alors qu'il n'est pas encore achevé; il peut même arriver que, lorsque les aliments rendus pendant la première partie du repas ont été rejetés, ceux qui sont pris ensuite sont tolérés. Il me semble, en un mot, que les phénomènes chimiques de la digestion ne sont pour rien dans ces vomissements, et qu'une action sympathique purement nerveuse en est la seule cause. Ce n'est là, nous le reconnaissons, qu'une question sur laquelle le petit nombre de faits observés ne nous permet pas de nous appesantir, mais sur laquelle pourtant nous croyons devoir appeler l'attention des médecins qui expérimenteront la diastase dans les cas semblables à ceux dont je viens de parler. (*Moniteur des sciences médicales* et *Revue médicale française et étrangère*, 31 janvier 1860.)

Expériences toxicologiques sur le Cyclamen et la cyclamine, par M. le docteur de Renzi.

Ces expériences ont été faites sur un grand nombre d'animaux à l'occasion d'un rapport demandé au conseil de salubrité de Naples par le ministre de l'intérieur, et que M. de Renzi avait été chargé de présenter concurremment avec les professeurs Scarpati, Curti et Trinchora. Il s'agissait de savoir si l'on peut se servir, sans inconvénient pour la santé publique, du *cyclamen neapolitanum* pour étourdir les poissons dans certaines pêches, usage qui était très répandu aux environs de Naples. Voici ce qui résulte, à cet égard, du rapport de M. de Renzi :

Le cyclamen est un poison énergique pour les grenouilles et les poissons; son action toxique n'est pas due seulement à la cyclamine, mais encore à d'autres substances contenues dans ce tubercule. Chez les oiseaux, il produit également la mort, de quelque manière qu'il ait été introduit dans l'économie, mais son action est moins rapide chez eux que chez les grenouilles.

Chez les mammifères, il se comporte comme une substance indifférente lorsqu'il est introduit dans l'estomac; mais il exerce une action toxique manifeste si l'on en injecte le jus ou le principe actif (la cyclamine) en dissolution dans la trachée ou dans le tissu cellulaire; toutefois, cette action est peu énergique, elle se produit assez tardivement, et seulement si l'on emploie des doses élevées.

La cyclamine n'exerce sur l'économie humaine qu'une action irritante et nullement toxique : aussi l'usage des poissons empoisonnés à l'aide de cette substance est-il exempt de dangers.

L'action de la cyclamine paraît s'exercer d'abord sur le cerveau, puis sur la moelle épinière, ensuite sur les nerfs, et finalement sur les muscles; il faut admettre qu'elle n'agit pas seulement par absorption, mais qu'elle détruit localement l'excitabilité nerveuse dans le point où elle est appliquée. Cette action est d'ailleurs limitée aux nerfs moteurs, et respecte les nerfs sensitifs. Elle est très différente de l'influence du curare, et ressemble plutôt à celle des narcotico-âcres. La cyclamine et le suc de cyclamen favorisent la putréfaction du sang; cette propriété *septique* disparaît, en grande partie, au contact des carbonates alcalins et de la potasse.

Lorsque la cyclamine ou le jus de cyclamen sont injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils produisent facilement la gangrène; de quelque façon qu'ils soient introduits dans l'économie, ils favorisent la putréfaction. Les animaux qui se trouvent dans ces conditions ne peuvent, par conséquent, fournir un aliment très sain. Il faudrait qu'ils fussent, au moins, employés très frais. La pêche *au cyclamen* a d'ailleurs l'inconvénient de tuer un grand nombre de poissons. La commission conclut, par conséquent, à l'interdiction de ce procédé de pêche. (*Il Filiatre-Sebezio*, janvier 1860.)

Remarques sur la valeur séméiologique des bruits de souffle qui se produisent dans l'artère pulmonaire, par M. le docteur Sieveking.

On sait combien sont rares les lésions de l'orifice de l'artère pulmonaire : aussi les bruits de souffle qui se passent dans ce vaisseau et qui s'entendent dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, au niveau des articulations chondro-costales, ont-ils souvent une tout autre origine qu'une lésion valvulaire. On entend ce souffle dans des cas où l'artère pulmonaire est comprimée, soit par des ganglions bronchiques tuberculeux, soit par la partie interne et supérieure du poumon gauche atteint de tuberculisation, soit encore par une tumeur cancéreuse du poumon, comme M. Sieveking en a vu un exemple. Les diverses tumeurs du médiastin, un épanchement dans le péricarde, un anévrysme ou une dilatation de l'aorte peuvent encore produire le même résultat.

Parmi ces causes, celle qu'il importe surtout de connaître c'est la tuberculisation du sommet du poumon gauche; le souffle de l'artère pulmonaire devient, en effet, ainsi un élément de diagnostic de la phthisie commençante. Dans ces cas, le souffle ne s'entend souvent qu'à la fin de l'expiration, alors que le poumon, devenu incompressible, est pressé contre l'artère par l'affaissement des parois thoraciques. Quelquefois encore le souffle n'est pas perçu lorsque le malade se tient debout, et il reparaît dans l'attitude horizontale et lorsqu'on exerce une légère pression sur la région à l'aide du stéthoscope.

Il ne faut pas confondre le souffle qui appartient à l'artère pulmonaire avec celui qui se produit assez souvent dans l'artère sous-clavière gauche, lorsque le sommet du poumon gauche est envahi par des dépôts tuberculeux. Celui-ci est perçu immédiatement au-dessous de la clavicule, c'est-à-dire dans un point plus élevé que le souffle de l'artère pulmonaire, et il est plus faible et plus court que ce dernier. (*The Lancet*, 11 février 1860.)

Présence de citrate de cuivre dans l'acide citrique du commerce, par M. Dumont, pharmacien.

Je reçus dernièrement, dit M. Dumont, une assez forte provision d'acide citrique dont les cristaux transparents étaient mélangés d'autres cristaux légèrement colorés en bleu. Cette coloration insolite m'ayant suggéré des doutes sur l'entière pureté du produit, je résolus de l'examiner.

A cet effet, je choisis ceux des cristaux qui étaient le plus fortement colorés, et, après dissolution dans l'eau distillée et saturation complète, je les soumis aux réactifs le plus communément employés en pareille occurrence, l'ammoniaque liquide et le ferrocyanure de potassium. Les réactions bien tranchées que j'obtins avec ces deux réactifs ne me permirent plus de douter que je n'eusse affaire à du citrate de cuivre; or, une partie seulement des cristaux étant colorés en bleu, et la coloration n'atteignant pas la couche supérieure de ces cristaux, il est à présumer que la présence du sel de cuivre qui les souillait ne peut être attribué qu'à l'usage qu'on aura fait, pour l'évaporation des liqueurs, de bassins de cuivre mal étamés, au lieu de baquets de plomb, dont on se sert ordinairement, et qui sont recommandés par nos auteurs pour la préparation de ce produit.

Il suffit de signaler cette impureté pour en faire comprendre les dangers, et par conséquent les soins qu'on devra prendre pour ne pas accepter, dans les pharmacies, un pareil produit. (*Journal de médecine de Bruxelles*, janvier 1860.)



VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie descriptive, par PH.-C. SAPPEY. Tome III, 2e fascicule.

Le TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE de M. Sappey sera, dans peu de temps, complétement terminé, car l'éditeur promet, pour l'année 1860, la publication du troisième et dernier fascicule du tome III. Nous sommes un peu en retard pour parler du deuxième fascicule qui a paru il y a déjà quelques mois; mais nous nous consolons facilement, car il s'agit d'un livre qui n'a pas besoin qu'on parle de lui pour faire son chemin dans le monde. Ce traité est actuellement dans toutes les mains, et il est appelé évidemment à remplacer tous les autres ouvrages qui traitent des mêmes matières. C'est un succès qui s'explique facilement quand on voit avec quel travail personnel et opiniâtre ont été revues toutes les parties de l'anatomie, avec quelle netteté ont été faites toutes les descriptions, avec quel soin ont été exécutées les figures intercalées dans le texte. Mais nous n'insistons pas sur les mérites généraux de cet ouvrage pour ne pas répéter ce que nous avons déjà dit et ce qui est si universellement reconnu.

Le deuxième fascicule contient la description des appareils de la digestion et de la respiration. Il n'est pas nécessaire de dire qu'on retrouve là toutes les qualités de l'auteur. Le pancréas, le foie, la rate et l'étude générale des organes de la respiration occupent la plus grande partie de ce fascicule. Il y a des figures consacrées à la représentation du foie et de sa structure, figures réellement très remarquables par leur exactitude et par la finesse avec laquelle sont rendus de minutieux détails de structure, par exemple les anastomoses et les glandes des conduits biliaires ou bien les ramifications terminales des conduits biliaires, ou bien encore les *vasa aberrantia* du foie, etc. Nous avons loué tout à l'heure le travail personnel de l'auteur, et c'est, en effet, un grand mérite que d'avoir tout repris par soi-même dans un ouvrage qui aurait pu être, comme d'autres, une simple compilation ornée de planches et destinée à faciliter les études de dissection; mais peut-être l'auteur n'a-t-il pas tout à fait évité un écueil qu'il devait rencontrer dans cette voie : il nous semble qu'il a enregistré, sans faire les réserves nécessaires, des idées nouvelles ou opposées à celles qui ont cours actuellement dans la science, de telle sorte qu'il jettera ainsi inévitablement le trouble dans l'esprit du lecteur instruit et qu'il pourra, s'il se trompe, induire en erreur l'étudiant novice sans le mettre à même de prendre parti entre l'opinion commune et celle du livre qui lui servira de guide. Assurément, la structure du foie est un des points importants de l'anatomie; or, la plupart des anatomistes sont d'accord sur certains points de cette structure. Ils admettent que le foie se décompose en un nombre considérable de petites parties nommées lobules ou ilots : les lobules sont constitués par une accumulation de cellules dites cellules hépatiques. Le plus ordinairement, le mot *acini* sert à désigner les lobules. M. Sappey a changé tout cela : ce sont pour lui les cellules hépatiques qui sont les *acini*, opinion déjà émise par Huschke. Mais, pour transformer la cellule en *acinus*, l'auteur y découvre une cellule dans ce qui a été nommé le noyau; il a même vu, dans quelques cas, plusieurs cellules « qui se correspondaient par leurs bords et qui offraient ainsi l'aspect d'un épithélium pavimenteux. » Il va même plus loin, et il émet l'hypothèse d'un épithélium tapissant l'*acinus* intérieurement et s'altérant si rapidement « qu'au lieu de retrouver intactes toutes les cellules qui le composent, on n'en retrouve plus qu'un très petit nombre. » Toutes les personnes un peu au courant de l'histologie reconnaîtront dans cette description les cellules à deux ou à plusieurs noyaux que l'on rencontre dans le foie de tous les mammifères.

M. Sappey repousse donc complétement l'idée d'après laquelle les cellules ont été comparées aux cellules épithéliales : « La membrane propre des *acini* (cellules) hépatiques, dit-il, est d'une nature toute spéciale, comme celle de chaque glande considérée isolément, et c'est à cette différence de nature dans les glandes les plus identiques en apparence, qu'elle est redevable de la différence de ses propriétés physiologiques. » Certainement, la membrane des cellules hépatiques est d'une nature particulière; mais est-ce là une raison pour éloigner ces cellules du groupe des épithéliums? Les glandes n'ont-elles pas un épithélium spécial? L'argument nous paraît sans portée, et, de plus, il attribue exclusivement aux membranes des cellules sécrétantes, la spécialité de la sécrétion, tandis que le contenu des cellules peut revendiquer sa part d'action.

Voilà donc un point fondamental de la structure du foie, sur lequel M. Sappey se sépare de la majorité des anatomistes sans étayer suffisamment sa manière de voir, et en dépassant les données simples de l'observation pour pénétrer plus avant avec les yeux de l'esprit. C'est par le même procédé qu'il est amené à proposer aussi une hypothèse sur un autre point très délicat et beaucoup plus obscur. Il s'agit du mode d'origine des radicules des conduits biliaires. On sait qu'il est impossible de suivre ces radicules au milieu des lobules; de là les nombreuses suppositions des anatomistes et des physiologistes : « Si l'on veut bien admettre, dit M. Sappey, que les radicules se subdivisent en pénétrant dans les interstices des *acini* (cellules), ce qui semble très probable, il existera au milieu de ceux-ci un assez grand nombre de ces conduits pour que tous puissent s'y ouvrir, et la bile passerait ainsi directement de la cavité qui la sécrète dans le conduit qui doit la transporter jusqu'à l'intestin. » Il serait, en effet, très simple qu'il en fût ainsi; mais où sont les semblants de preuves sur lesquels repose cette hypothèse!

Et pourquoi ne pas exposer en quelques mots les conjectures, au moins aussi probables, qui sont dues à d'autres auteurs? Nous sommes surpris de voir M. Sappey, à propos de cette hypothèse, reprocher aux micrographes leur confiance exagérée. Ne vaut-il pas mieux admettre uniquement comme certain ce qui est susceptible de démonstration que de se laisser entraîner, en anatomie, aux jeux de l'imagination; nous sommes certain que M. Sappey, qui est micrographe, ne pense pas, au fond, d'une autre façon que nous sur ce point. Notre critique ne porte, comme on le voit, que sur une partie de l'étude du foie qui est relative à sa structure, et nous croyons que, dans l'intérêt des élèves, elle eût gagné à être traitée d'une façon différente; mais nous devons dire que, relativement à la partie qui concerne la distribution des vaisseaux et des canaux biliaires et leur structure, partie qui contient de nombreux détails découverts ou mieux étudiés par l'auteur, nous n'avons à donner que des éloges sans restriction.

Nous remarquons, à la fin de l'étude du foie, une lacune que nous signalons à l'auteur. Il n'a consacré aucun paragraphe à l'exposé succinct de la physiologie du foie, comme il l'a fait, par exemple, pour le pancréas. Outre l'avantage de se conformer à un plan primitivement tracé et suivi, il aurait sans doute trouvé, en passant en revue les travaux entrepris sur la physiologie du foie, des détails anatomiques offrant un certain intérêt : nous pouvons citer l'opinion de M. Schiff sur certaines des granulations contenues dans les cellules hépatiques, granulations qu'il regarde comme formées par une sorte d'amidon animal.

La description du pancréas et celle de la rate sont très complètes. Nous nous réservons de parler des organes respiratoires lorsque le dernier fascicule aura paru et nous aura donné la fin de leur histoire anatomique.

La seconde édition du TRAITÉ D'ANATOMIE est déjà en cours de publication; c'est assez dire le succès de cet ouvrage, et ce succès, nous avons dit combien il est mérité. V.

VII

VARIÉTÉS.

PROGRAMME D'UN CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret impérial, en date du 12 juin 1856, détermine que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après une durée fixe de séjour à l'école instituée près la faculté de Strasbourg, et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aides-majors de deuxième classe, en passant un an à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. En conséquence, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire à l'école de Strasbourg s'ouvrira : à Strasbourg, le 26 septembre 1860 ; à Bordeaux, le 8 octobre suivant ; à Toulouse, le 11 dudit mois d'octobre ; à Montpellier, le 14 du même mois ; à Lyon, le 17 du même mois ; et à Paris, le 22 du même mois.

Sont admis à ce concours les élèves ayant 4, 8 et 12 inscriptions pour le doctorat dans l'une des trois facultés de médecine, ou 4, 8 et 14 inscriptions dans une école préparatoire de médecine, et qui, suivant les trois catégories ci-dessus désignées, ont subi, avec la note *satisfait*, le premier, les deux premiers ou les trois premiers examens de fin d'année. Le troisième examen de fin d'année n'est valable que s'il a été subi dans une faculté de médecine. Pour les élèves des deuxième et troisième catégories, seront admises les notes obtenues aux examens de fin d'année qui présenteront la moyenne *satisfait*.

Les élèves des trois catégories à 4, 8 et 12 inscriptions de faculté ou 14 d'école préparatoire, une fois admis à l'école de Strasbourg, y resteront trois années, deux années, et seulement une année pour arriver avec le grade de docteur à l'école du Val-de-Grâce.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte, à cet effet, dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 6e, 8e, 10e 12e et 14e divisions. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque localité, cinq jours avant l'ouverture des concours.

Les candidats des concours de Lyon, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Paris, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Strasbourg, une feuille de route portant allocation de l'indemnité attribuée au grade de sous-lieutenant.

— M. le docteur Duchenne-Duparc ouvrira son cours public et pratique sur les maladies de la peau, mardi prochain 15 mai, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, près de l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mercredis suivants, à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.

— MM. les élèves sont prévenus qu'un second cours théorique et pratique de médecine opératoire commencera le lundi 14 mai. Le cours aura lieu tous les jours de midi et demi à une heure et demie, dans l'amphithéâtre n° 2. — M. E. Nélaton, chargé de ce cours, dirigera aussi les répétitions qui se feront immédiatement après la leçon, dans le pavillon n° 2.

— La Société médicale des hôpitaux a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses comités pour l'année 1860-1861. M. Hervez de Chégoin a été élu président, et M. Natalis Guillot vice-président. Ont été réélus : secrétaire général, M. Henri Roger; secrétaires particuliers, MM. Hervieux et Woillez; trésorier, M. Charles Bernard. Ont été nommés membres du conseil d'administration, MM. Béhier, Grisolle, Guérard, Lasègue et Trélat; du conseil de famille, MM. Barthez (Ernest), Bourdon, Hervez de Chégoin, Moissenet et Moreau (de Tours); du comité de rédaction, MM. Bergeron, Bernard, Hervieux, Roger et Woillez.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Octobre. De la découverte de la paralysie générale et des doctrines émises par les premiers auteurs, par *Baillarger*. — Des troubles fonctionnels de la peau et de l'action de l'électricité chez les aliénés, par *Auzouy*.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Décembre. De l'intoxication saturnine par la poussière de verre, par *Ladreit de Lacharrière*. — Exophthalmos cachectique (fin). — Paralysies diphthériques, par *Maingault*. — 1860. — Janvier. Note sur l'hypnotisme, par *Azam*. — Des congestions dans les fièvres, par *Monneret*. — Traitement du resserrement cicatriciel des mâchoires par la formation d'une fausse articulation dans la continuité du maxillaire inférieur, par *Esmarsch*. — Note sur les poumons d'une femme morte par le chloroforme, par *Faure*. — Mémoire sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par *Leudet*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — N° 3. Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction, par *Moissenet*. — De l'ictère grave, par *Hérard*. — Paralysies diphthériques, par *Maingault*. — Ulcérations trachéales consécutives au séjour des canules, par *Roger* et *Gillette*. — Chorée grave guérie par l'acide arsénieux, par *Aran*. — Stomatite ulcéreuse des soldats, par *Bergeron*. — Accidents produits par les oxyures, par *Hervieux*. — Discussions sur ces divers mémoires.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 novembre. De l'analyse médicale, par *Teissier*. — De l'emploi de l'électricité statique dans le traitement de la chorée, par *Briquet*. — De quelques perfectionnements à apporter aux opérations d'uréthroplastie, par *Sédillot*. — 30 novembre. Analyse médicale (suite). — Traitement du staphylome de la cornée par la ligature, par *Ancelon*. — De l'iodure double de fer et de quinine, par *Bosia*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 45. Oxalate de chaux (suite). — Caustiques (suite). — 46 et 47. Mémoire sur les tumeurs enkystées intra-orbitaires, par *Demarquay*. — Caustiques (suite et fin). — 48. Mémoire sur l'hypogénésie de l'estomac chez les enfants à la mamelle, par *Sous*. — Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus (suite) — Guérison de dartres rongeantes invétérées par l'inoculation de la syphilis secondaire, par *Gibert*. — 49. Remarques historiques et critiques sur l'auscultation céphalique chez les enfants, par *Rilliet*. — Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus (fin). — Oxalate de chaux (fin).

JOURNAL DE LA PHYSIOLOGIE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. — Tome II. — Nos 7 et 8. Recherches sur quelques particularités de structure des capillaires de l'encéphale, par *Robin*. — Sur l'influence des changements de climat sur la chaleur animale, par *Brown-Séquard*. — Effets physiologiques de l'électricité, etc. (2e article), par *Chauveau*. — Sur la transformation en sucre de la chitine et de la tunicine, par *Berthelot*. — Action comparée de l'extrait de noix vomique et du curare, etc. (2e article), par *Martin-Magron* et *Buisson*. — Sur la recherche du sucre dans l'urine, par *Leconte*. — Des phénomènes d'hybridité dans le genre humain, par *Broca*. — Expériences concernant l'influence des agents physiques sur le développement de la grenouille, par *Mac-Donnel*. — Considérations sur le jeu des valvules auriculo-ventriculaires et sur les bruits du cœur, par *Malherbe*. — De l'action physiologique du curare, par *Martin-Magron*. — Note sur l'existence de globules du sang colorés chez plusieurs espèces d'animaux invertébrés, par *Rouget*. — Note sur un oculaire micrométrique qui donne sans calculs les dimensions des objets microscopiques, par *Goulier*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Novembre. Emploi de l'acide sulfureux et des sulfites alcalins comme moyen de réduire les persels de fer, par *Buignet*. — De l'eau minérale de Saxon, par *Morin*. — Essai sur la constitution des marnes, par *Roucher*. — Décembre. Modification de la pile de Bunsen, par *Thomas*. — Eau minérale de Saxon (fin).

L'ART DENTAIRE. — N° 11. Apparition prématurée des dents (suite). — Anomalies dentaires (suite).

L'HYDROTHÉRAPIE. — N° 5. Des qualités de l'eau en hydrothérapie, et en particulier de sa température, par *Duval*.

REVUE DES SPÉCIALITÉS. — Décembre. De la luxation spontanée du fémur, par *Duval*. — Du traitement médical des cataractes naissantes, par *Guépin*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 novembre. Note sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille, par *Joire*. — De l'emploi du borax dans l'angine diphthéritique et toutes les affections pultacées de la muqueuse buccale, par *Leriche*. — 30 novembre. Origine des sources sulfureuses. — 15 décembre. Traitement de la polydipsie par l'ergot de seigle, par *Tillard*. — 31 décembre. Efficacité de la sève de pin maritime, etc. (fin).

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ÉTIENNE ET DE LA LOIRE. — Tome I, 1re partie. — Procès-verbaux des séances. — Notes ou mémoires sur les polypes utérins, par *Gallois*. — Une hernie étranglée de l'ovaire, par *Bruny*. — L'administration des préparations quiniques dans la fièvre typhoïde, par *Garapon*. — Une paraplégie traumatique, par *Maurice*. — L'opportunité de la ponction intestinale dans certaines opérations de hernie, par *Vial*. — La lactation et les maladies qui s'y rapportent, par *Giraud*. — Un cancer du tibia simulant un anévrysme, par *Gallois*. — Une observation de plaie de la moelle épinière, par *Dayral*. — Les eaux minérales du département de la Loire, par *Giraud*. — Une opération césarienne, par *Gallois*. — Un anévrysme traumatique de l'artère tibiale antérieure, par *le même*. — Une môle hydatique, par *Maurice*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 21. De la rupture de l'ankylose de la hanche, par *Dron*. — Documents statistiques sur la mortalité dans la pneumonie, par *Gallavardin*. — 22. De la cautérisation des plaies fongueuses de l'intérieur du rectum par la pâte au chlorure de zinc à l'aide d'un instrument spécial, par *Philipeaux*. — Topographie médicale de Rive-de-Gier, par *Hervier*. — Note sur un cas de volvulus par invagination, par *Rieux*. — 23. De l'emploi des préparations de quinquina dans le traitement des fièvres typhoïde, muqueuse, etc., par *Teissier*. — De l'accident primitif produit par la contagion physiologique ou artificielle des accidents secondaires de la syphilis, par *Langlebert*. — 24. Du chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, par *Rollet*. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire, par *Bondet*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 11. Observation d'empoisonnement par le phosphore, par *Schaller*. — Fongosités utérines (fin).

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Novembre. Observation de tétanos traumatique traité sans succès par le curare, par *Gintrac*. — Trois observations de fractures compliquées, par *Duchêne*. — Observations de médecine légale, par *Borchard*. — Décembre. Clinique (fin), par *Denucé*. — Fractures compliquées (fin). — Médecine légale (suite).

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 18 MAI 1860. — N° 20.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

De temps à autre nous recevons d'honorables confrères des lettres où l'on nous convie à nous expliquer sur la conduite à tenir à l'égard de l'*Association générale des médecins de France*.

Lorsque nous combattions de toutes nos forces, il y a deux ans, au milieu des récriminations les plus vives, et malgré les réclamations de bon nombre de nos propres abonnés, un premier projet qui nous paraissait de nature à compromettre, par une application vicieuse, le principe salutaire de l'association, nous avions la conscience d'agir, si l'on nous passe le mot, en bon citoyen de la république médicale. C'est le même sentiment qui dictera notre réponse à nos correspondants.

Le projet que nous avons repoussé est tombé; celui qui a prévalu réalise, dans ce qu'elles ont d'essentiel, les vues exposées par la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Nous devons trouver bon qu'on fasse ce que nous avons conseillé. Ce n'est pas, de notre part, effet d'une satisfaction puérile, mais simplement esprit de conséquence et désir du bien. Nous n'avons d'ailleurs et n'avons jamais eu d'autre prétention, en cette affaire, que celle de développer des idées plus d'une fois sorties de discussions antérieures. Une seule chose nous touche. L'institution actuelle, avec les quelques imperfections qu'on y a signalées, mais aussi avec les améliorations qu'on peut y introduire, offre un terrain suffisant pour l'action commune du corps médical, en vue du présent comme en vue de l'avenir. On ne peut donc rien faire de mieux que de s'y rattacher.

Après cette déclaration explicite, qu'on nous permette quelques remarques accessoires. La question ne se présente pas tout à fait sous le même aspect devant les sociétés locales et devant les individus.

Les sociétés locales, dépositaires d'intérêts multiples, ont eu de sérieux motifs de ne pas engager précipitamment ces intérêts dans une entreprise nouvelle; quelques-unes, d'ailleurs, n'auraient pu le faire sans compromettre, pour le moment du moins, une œuvre de bienfaisance en pleine activité, et il se comprend qu'on y regarde à deux fois. C'est notre conviction, néanmoins, que toutes,

un jour ou l'autre, viendront aboutir au centre qui les appelle. Le temps importe peu. Les annexions n'en auront que plus de valeur et de solidité quand elles seront le fruit de l'expérience et de la réflexion.

Quant aux individus, rien de pareil ne les arrête. La *Société centrale* a pour eux une porte toujours ouverte, qu'ils peuvent franchir sans consulter personne. Au conseil formel de frapper à cette porte, nous prendrons pourtant la liberté de joindre une recommandation: c'est que l'adhésion à la Société centrale ne devienne pas, pour l'œuvre des associations locales, une cause de dissolution ou de paralysie. Et, pour cela, il faut deux choses : la première, que le membre d'une société locale qui veut faire partie de la Société centrale reste en même temps fidèle à la première (car en désertant l'une pour l'autre, il rentrerait dans ce système d'absorption qui est condamné par les statuts mêmes de l'institution); la seconde, que la Société centrale ne s'ouvre pas trop libéralement aux départements où n'auront pas été faits des efforts sérieux pour la création d'agrégations locales. La vie professionnelle et scientifique des départements est au prix de ces agrégations. Nous regarderions comme très fâcheux que la Société centrale devînt le refuge de l'insouciance, au lieu d'être la ressource de la nécessité.

A. DECHAMBRE.

I

Paris, ce 17 mai 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'OSTÉOMYÉLITE CONSÉCUTIVE AUX FRACTURES PAR ARMES A FEU.

M. J. Roux seul aujourd'hui a occupé la tribune, et nous nous empressons de constater qu'il y a obtenu un triomphe

réel. Sa diction vive, animée, révélant une conviction profonde, a commandé l'attention de la Compagnie, et nous avons pu l'écouter à la faveur d'un silence qui n'est pas commun dans le savant cénacle.

M. J. Roux s'est défendu avec vivacité, mais convenance, et il a cherché à détruire les objections que lui avaient adressées et M. Robert et M. J. Jobert.

Il lui a été facile de démontrer que l'attaque avait, le plus souvent, porté à côté de la question, et que, dans le cours du débat, on lui avait répondu par les amputations primitives, par les amputations pour lésions organiques, par les résections, etc., alors qu'il aurait fallu lui parler seulement des amputations consécutives à des fractures par armes à feu, à une période comprise environ entre le troisième et le sixième mois.

En récusant donc une bonne partie des arguments de ses contradicteurs, M. J. Roux nous semble dans son droit, et, dès notre premier article, nous avons annoncé formellement que la discussion serait sans résultat si on sortait du cadre restreint tracé par l'auteur, et si on ne se décidait pas à le prendre corps à corps sur son terrain.

En disant que ses propositions fondamentales n'avaient pas été entamées, l'honorable chirurgien de la marine nous semble toutefois avoir été un peu trop loin, et il faut distinguer dans ces propositions deux choses tout à fait différentes : en premier lieu, les résultats bruts de sa pratique ; en second lieu, les données théoriques qui l'ont guidé, et qui servent à expliquer plus ou moins heureusement le nombre exceptionnel des succès. Pour ce qui concerne les résultats, il n'y a rien de mieux à faire que d'y applaudir, si ce n'est d'en chercher les vraies causes. A notre avis, on ne s'est pas assez occupé de ce dernier point. Dire à M. Roux qu'il a rencontré seulement une série heureuse, trois fois plus considérable qu'une série malheureuse la précédant immédiatement, c'est ne rien dire du tout ou du moins peu de chose, et les esprits non prévenus ne pourront s'empêcher d'être surpris de la coïncidence singulière et précise entre un changement radical de doctrine et le commencement d'une série étonnante de guérisons.

C'est justement cette coïncidence, si l'on ne veut pas admettre une relation de cause à effet, qui rend M. J. Roux si fort, et qui l'engage certes bien légitimement à persévérer dans sa pratique. Que dirait-on, en effet, si, touché des arguments qui lui ont été opposés, il retombait dans les errements anciens et retrouvait encore une série funeste? L'expérience serait fructueuse à la vérité, mais elle ne laisserait pas que d'être d'une moralité assez contestable. Que notre savant confrère suive donc son inspiration, et qu'il continue à appliquer ses idées; s'il trouve la roche Tarpéïenne *après* le Capitole, il saura, nous n'en doutons pas, s'arrêter à temps, et nous avons assez de confiance en sa probité chirurgicale pour être sûr que le premier il viendra confesser la perte de ses illusions.

Nous ne souhaitons pas à M. Roux le désenchantement qu'on lui prédit de toutes parts; car si réellement il se trompe, nous ne serons pas plus avancé qu'auparavant, tandis que, si ses idées se confirment et entre ses mains et entre celles des autres, nous aurons acquis une donnée importante, susceptible d'atténuer le pronostic si grave des amputations des membres.

Étonné lui-même d'une réussite aussi prolongée, M. J. Roux cherche à l'expliquer. Il invoque ici en première ligne l'ostéomyélite. Au début, il fit à peu près le syllogisme suivant :

L'action de la scie sur des os malades et sur une moelle déjà altérée provoque des accidents graves et souvent mortels ;

Les désarticulations sont soustraites à cette éventualité funeste.

Donc, les désarticulations doivent être préférées aux amputations dans la continuité. A ce raisonnement, *à priori*, le succès vient répondre, alors M. Roux nous fait, *à posteriori*, un nouveau syllogisme :

Lorsque j'amputais dans la continuité, ma scie portait sur la moelle altérée, et bon nombre de mes malades mouraient ;

Depuis que je désarticule et que j'élude ainsi la lésion médullaire, mes malades guérissent.

Donc, la mortalité était due au traumatisme de la moelle altérée ; donc il ne faut plus amputer dans la moelle altérée ; donc il faut désarticuler.

Le raisonnement est serré, il faut en convenir, et, à la manière dont M. Roux a exposé sa défense, on peut juger qu'il y était solidement préparé depuis longtemps. Qu'il y prenne garde cependant, son raisonnement se rapproche beaucoup du fameux *post hoc, ergo propter hoc*, qui est l'objet, dans la science, d'une juste suspicion. L'auteur l'a bien senti, et, comme ses contradicteurs s'étonnaient que, dans ses 22 désarticulations heureuses, les parties molles n'aient été le point de départ d'aucun accident funeste, il a attribué cette nouvelle chance heureuse à ce qu'il ampute dans des tissus indurés par suite des lésions de voisinage, circonstance éminemment favorable, comme chacun sait, car cet état pathologique semble mettre très communément à l'abri des complications les plus redoutables, telles que phlébite, angioleucite, érysipèle phlegmoneux, infection purulente, etc. Si l'on veut un exemple, personne n'ignore que l'amputation du doigt, véritablement grave quand les tissus sont sains, est d'une innocuité presque absolue quand l'appendice digital est gonflé, déformé, induré par suite d'un panaris antécédent.

Mais nous retombons encore dans l'anatomie pathologique. Il y a induration et induration ; nous voudrions bien savoir quelle forme, quel degré d'induration existaient au niveau de la jointure dans laquelle M. Roux a porté le couteau. Constatait-on dans cette induration des vestiges actuels ou passés d'inflammation, ou ne s'agissait-il que d'une infiltration de sucs plastiques épaissis, de cet état qu'on désignait autrefois par l'épithète vague d'engorgement non inflammatoire? les tissus étaient-ils vasculaires ou non, œdémateux ou non?

Une description minutieuse nous paraîtrait ici d'autant plus indispensable que nous avons, pour notre part, conservé une impression défavorable des grandes amputations pratiquées dans des points trop rapprochés de la lésion et siége d'une induration manifeste. Dans deux amputations de cuisse présentant cette circonstance, nous avons vu survenir des hémorrhagies quelques heures après l'opération. Un des malades a succombé sans se remettre des suites de la perte sanguine. Chez l'autre, le pansement ayant été défait, l'artériole (elle se trouvait perdue dans le tissu fibreux de la ligne âpre, notablement épaissi et induré) fut liée, et la guérison eut lieu par seconde intention, au bout d'un temps fort long.

La défense, quoique habilement édifiée, nous paraît offrir encore un point vulnérable, et nous nous permettrons de dire à notre honorable confrère qu'il n'a point abordé carrément la question anatomo-pathologique qui avait, suivant nous, fourni à M. Robert ses meilleurs arguments : on devine que

je veux revenir sur la lésion que M. Roux regarde comme l'inflammation de la moelle, comme l'ostéomyélite.

Je consens à admettre que l'ostéomyélite, telle qu'il l'entend, a été la cause des insuccès de sa série malheureuse; mais il faut qu'il me concède à son tour que, dans les résections et les amputations dans la continuité pour lésions organiques, des altérations profondes de la moelle n'empêchent pas les succès, et je dirai même les succès comme règles en tant que conservation de la vie. A quoi tient cette différence? serait-elle due à l'existence de lésions médullaires fort semblables à la vue et très différentes comme nature? l'altération serait-elle inflammatoire seulement après le traumatisme et ne serait-elle, dans les cas d'ostéites chroniques et spontanés, qu'une aberration non phlegmasique de la nutrition? La chose n'est pas impossible; mais la démonstration n'en serait pas superflue, sans quoi un chirurgien pourra toujours dire: Sur deux amputations, l'une provoquée par une ancienne fracture compliquée, l'autre nécessitée par une tumeur blanche incurable, j'ai trouvé le tissu médullaire malade, de la même manière en apparence; le premier opéré est mort, l'autre a survécu; or, la moelle étant identiquement altérée dans les deux cas, la différence des résultats doit être recherchée dans d'autres conditions pathologiques.

S'il est vrai, comme on n'en saurait douter, que les opérations qu'on pratique dans la continuité des os portent très fréquemment sur la moelle altérée, et s'il est vrai également que cette circonstance n'empêche pas les amputations et les résections pour lésions organiques de fournir une très grande proportion de succès, il me paraît indispensable, si l'on veut assigner à l'ostéomyélite le rôle qui lui revient, de montrer en quoi elle diffère lorsqu'elle est née à la suite d'un traumatisme ou lorsqu'elle se présente comme simple phénomène de propagation et de voisinage.

Il convient de chercher si elle est, dans les deux cas, de nature différente, ou si l'on admet d'emblée qu'il en soit ainsi, il faut trouver des caractères distinctifs en dehors des circonstances étiologiques. Quoique M. Roux n'ait pas répondu aux arguments de M. Robert, il est impossible qu'il n'en admette pas la portée, et qu'il ne comprenne pas l'embarras du chirurgien qui vient d'amputer un membre, et qui constate sur la surface de section une altération de la moelle sans pouvoir assigner sur-le-champ à cette altération une signification pronostique.

Nous espérons que M. J. Roux reprendra cette question et la complètera de telle sorte qu'on puisse à l'avenir résoudre le problème suivant: une amputation quelconque étant donnée, et la moelle présentant tel ou tel degré d'altération, prévoir approximativement l'issue du cas et les chances d'insuccès que la lésion médullaire a chance de provoquer.

Tant que cette suite de son travail restera inédite, le savant chirurgien ne pourra pas dire que ses propositions n'ont point été entamées, car il nous semble au contraire que son ostéomyélite est fortement battue en brèche, et que l'on est loin d'être encore exactement fixé, et sur ses formes, et sur ses périodes, et sur sa gravité intrinsèque.

Déjà dans le dernier article, nous avons indiqué les lacunes nombreuses que présente l'anatomie pathologique de la moelle osseuse. Nous ne saurions trop insister et, s'il fallait un nouvel exemple, nous le prendrions dans le premier degré admis par M. Roux, c'est-à-dire dans l'hypérémie. Nous avons étudié l'altération qu'on se croit en droit de désigner sous ce nom. La moelle est d'un rouge intense, et l'on pourrait croire que cette coloration est due à une vascularisation plus grande et à une congestion sanguine considérable; il n'en est rien. Le réseau capillaire qui sillonne le tissu médullaire, réseau toujours infiniment peu développé, ne présente aucun accroissement, et sa démonstration reste toujours aussi difficile qu'auparavant. Quant à la pulpe rouge elle-même, elle n'offre qu'un nombre très petit de globules sanguins, de sorte que la coloration du tissu médullaire est idiopathique, si je puis ainsi dire. Je n'ai pas besoin de rappeler qu'il ne faut pas confondre la prétendue congestion avec l'ecchymose, l'infiltration sanguine très fréquente à la suite des fractures ou de toute autre lésion traumatique des os.

Il n'est pas jusqu'au pronostic de l'ostéomyélite aiguë qui ne présente beaucoup d'incertitude pendant la guerre, sous l'influence de l'encombrement à la suite des amputations primitives. La mortalité est grande, mais il est difficile de distinguer nettement ce qui, dans les accidents, revient à l'ostéomyélite, ou à la phlébite, ou à l'infection purulente.

Dans les cas sporadiques, au contraire, c'est-à-dire à la suite des amputations de nos hôpitaux, on voit le tissu médullaire se tuméfier, sortir du canal diaphysaire, s'étaler au dehors en champignon, le tout sans aucun accident. Tout récemment, je voyais, dans le service de M. Guersant, un cas de ce genre: l'énorme fongus était rose ou vermeil, recouvert de granulations de bonne nature; il s'atrophia spontanément, en même temps que le reste du lambeau se cicatrisait, et il ne manifesta son existence par aucun phénomène inquiétant.

L'ostéomyélite aiguë elle-même, si grave parfois, quand elle arrive jusqu'à la suppuration, et que le pus s'amasse en même temps sous le périoste comme dans la forme, bien décrite dans ces derniers temps par M. Chassaignac; l'ostéomyétite aiguë, dis-je, peut guérir quand les incisions sont faites largement et de bonne heure.— Et les abcès de l'intérieur des os n'ont-ils pas été guéris par la trépanation du canal médullaire qui ajoute à une lésion si terrible un traumatisme qui devrait en assombrir le pronostic?

Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, que nous voyons les chirurgiens chercher dans le tissu médullaire la cause des suites formidables des fractures compliquées. La phlébite osseuse a ouvert en quelque sorte la marche, l'ostéomyélite l'a suivie; il y a peu d'années, un chirurgien de nos hôpitaux a été plus loin, et il a supposé que la moelle blessée par les fragments osseux configurés d'une certaine manière, pouvait engendrer un certain poison funeste, coupable d'autant de méfaits sur notre pauvre machine que la sinistre ciguë et l'impitoyable serpent à sonnettes (1).

Nous craignons qu'il n'y ait dans toutes ces hypothèses beaucoup d'exagérations, et nous espérons bien que l'excellent jugement de M. J. Roux saura l'éviter. Notre confrère a montré par la remarquable péroraison de son discours, que cette heureuse qualité lui était départie.

« La question que j'ai soumise à l'Académie, a-t-il dit, n'est pas de celles qu'on décide par un vote, l'expérience ultérieure seule la jugera. » Rien n'est plus sage, M. Roux a eu raison de dire encore que sa communication avait atteint le but, puisqu'elle avait suscité la controverse, éveillé la discussion, et qu'elle provoquerait certainement de nouvelles re-

(1) Voir dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE l'histoire romantique des fractures en V du tibia. Rien n'empêcherait de décrire d'autres variétés de configurations, tiré d'une ressemblance avec tout autre lettre de l'alphabet. Des fractures en A, en H, etc. Nous avons pu nous convaincre cliniquement de la puérilité de ces distinctions.

cherches. Il est évident, en effet, que tout chirurgien attentif au mouvement scientifique devra méditer les résultats de notre savant confrère de Toulon, et chercher les moyens de les reproduire. Pour nous qui n'intervenons ici qu'au titre de critique, nous félicitons bien sincèrement M. Roux de son succès, et nous croyons qu'il ne quittera pas notre Paris sans une satisfaction légitime. Nous voudrions en dire autant des chirurgiens de l'Académie, mais nous regrettons le silence que la plupart d'entre eux ont gardé.

Que faisaient donc pendant ce temps, M. Velpeau, M. Malgaigne, M. Nélaton, M. Denonvilliers, et d'autres? Certes, ce n'est ni l'instruction, ni l'expérience qui leur font défaut. Peut-être leur abstention est-elle explicable par la manière brusque dont la discussion a été close. Ce qui nous le fait supposer, c'est que nous savons bien que MM. Huguier, Larrey et Laugier avaient quelque chose à dire, et que ce quelque chose eût été intéressant. Nous protestons tout haut de notre considération respectueuse pour le sulfate de cinchonine et pour la rate, mais il nous semble aussi que la recherche du moyen de sauver le plus possible de nos amputés mérite bien qu'on y consacre tout le temps nécessaire.

AR. VERNEUIL.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA RÉTENTION D'URINE CHEZ L'ENFANT PENDANT LA VIE FŒTALE, ÉTUDIÉE SURTOUT COMME CAUSE DE DYSTOCIE, par M. le docteur DEPAUL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie, chirurgien des hôpitaux, etc.

Le travail que je publie aujourd'hui est celui que j'ai lu il y a dix ans à l'Académie de médecine (26 février 1850), et dont les conclusions seules furent insérées dans le *Bulletin* de cette compagnie et dans la plupart des journaux de médecine de l'époque. Je n'ai rien changé à ma rédaction première ; j'ai seulement ajouté une nouvelle observation qui m'a paru intéressante et que je ne connaissais pas lorsque je rassemblais les matériaux de ce mémoire.

Il ne suffit pas, pour l'accomplissement régulier de la partie mécanique de la parturition, de la bonne conformation du canal que l'enfant doit traverser, et l'on n'aurait que l'un des termes du problème à la solution duquel on assiste, ou pour laquelle on intervient quelquefois, si l'on ne se souvenait que par un excès de volume, partiel ou général, le produit de la conception peut faire naître les difficultés les plus sérieuses et créer de grands dangers. On sait combien est variable le développement des enfants au terme régulier de la grossesse et en dehors de toute lésion pathologique. Les différences nombreuses qu'ils présentent quant à leur poids, qui peut varier depuis 4 à 5 livres jusqu'à 12, 13 et même davantage, expliquent suffisamment pourquoi, dans quelques cas, alors qu'il y a un certain degré de resserrement du bassin, on voit l'accouchement se faire avec facilité, tandis que parfois l'expulsion est des plus laborieuses et exige même l'intervention de l'art, quoique tout soit à l'état normal dans la conformation de la mère.

Cette augmentation dans le développement du fœtus, qui s'est uniformément étendue à toutes ses parties, et qu'on peut appeler physiologique, n'est pas la seule qui puisse être observée. Il peut arriver accidentellement, et sous l'influence de conditions créées par le travail lui-même, que le corps de l'enfant tout entier prenne un accroissement assez considérable pour que son extraction devienne impossible sans mutilation. Je veux parler de ces emphysèmes envahissant tout le tissu cellulaire et dus au développement de gaz putrides alors que les membranes sont rompues depuis longtemps, et que l'air a eu un accès d'autant plus facile dans la cavité utérine, que la main ou les instruments ont été plusieurs fois introduits. C'est surtout pendant l'été que les faits de la nature de ceux auxquels je fais allusion ont été observés. Pour mon compte, il m'a été donné d'en rencontrer deux, et en publiant l'un d'eux il y a quelques années, je me suis proposé d'éveiller l'attention des accoucheurs sur un danger peu connu que peut créer la prolongation du travail.

Mais, et tout en laissant de côté les monstruosités par accolement qui peuvent aussi apporter les obstacles les plus sérieux à la terminaison de l'accouchement, il est une autre grande classe de vices de conformation du fœtus dus au développement pathologique de l'une de ses parties, les autres conservant des dimensions qui, loin d'être exagérées, sont souvent au-dessous de l'état normal; je veux parler de ces accumulations de sérosité qui constituent de véritables hydropisies, et qui peuvent aller jusqu'à doubler et tripler le volume de la partie qui en est le siége, ou de ces tumeurs solides ou liquides qui, se détachant de la surface du tronc par une espèce de pédicule, ne sont que la manifestation d'une altération d'autant plus grave qu'elle est plus profonde et qu'elle porte sur des organes dont l'intégrité est indispensable à l'établissement régulier de la vie extra-utérine. L'hydrocéphalie et le spina bifida, l'ascite, l'hydrothorax, ainsi que quelques tumeurs solides partant de diverses régions du tronc (1), sont assez bien connus et signalés dans les traités d'accouchement modernes. Aussi n'est-ce pas sur les lésions de ce genre que je viens appeler l'attention de l'Académie. Mon but est de l'entretenir d'un cas de dystocie peu connu, si l'on en juge par le silence presque absolu des auteurs spéciaux.

Avec les idées généralement reçues sur la sécrétion urinaire pendant la vie fœtale, on est loin de soupçonner que durant cette période l'enfant soit sujet à une véritable rétention d'urine et que ce liquide puisse s'accumuler en assez grande quantité dans la vessie ou quelque autre point de l'appareil urinaire, pour qu'au moment de l'accouchement on voie surgir des obstacles souvent insurmontables sans mutilation. C'est cependant ce qui a lieu, ainsi que le prouve le fait qu'il m'a été donné d'observer et ceux assez rares que de nombreuses recherches m'ont fait rencontrer dans les annales de la science, où ils paraissaient oubliés. Je dois dire, toutefois, que s'il n'est pas commun de voir la rétention aller jusqu'au point d'entraver la marche de la parturition, il est beaucoup plus fréquent de trouver des cas dans lesquels la sécrétion urinaire ayant duré moins longtemps ou ayant été moins abondante, la tumeur qui a été la conséquence de l'accumulation du liquide a été beaucoup moins considérable et a pu même passer inaperçue au moment de la naissance.

Tous ces faits pathologiques qui ont une origine commune se prêtent à des considérations de deux ordres différents. Les unes, purement obstétricales, rentrent dans le domaine de la dystocie ; les autres, physiologiques, serviront, j'espère, à éclairer certaines questions relatives aux fonctions de la vie intra-utérine. Je me propose, dans ce premier travail, d'examiner exclusivement les premières, me réservant d'aborder prochainement les secondes et d'en faire l'objet d'une nouvelle lecture à l'Académie si elle consent à m'accorder encore sa bienveillante attention. J'espère qu'elle ne trouvera pas sans intérêt la démonstration de ce fait généralement repoussé de nos jours, à savoir que la fonction des reins s'établit à une époque peu avancée de la vie fœtale ; que l'urine, après avoir pénétré dans la vessie, traverse, sous l'influence des contractions de cet organe, le canal de l'urèthre, et qu'elle est versée dans le liquide amniotique, dont elle devient l'une des principales origines.

J'ai déjà dit que les observations de dystocie due à une accumulation considérable d'urine dans la vessie de l'enfant étaient rares, et d'ailleurs peu connues; cette considération m'engage à reproduire ici celles que j'ai pu recueillir dans les auteurs, en les

(1) J'ai vu à la Clinique deux enfants dont la naissance avait offert quelques difficultés et qui présentaient entre les deux cuisses une tumeur ovalaire presque aussi volumineuse que leur tête, entièrement distincte des parties génitales, naissant et paraissant se perdre dans le tissu cellulaire profond du périnée, et qu'une dissection attentive nous fit reconnaître être constituée par du tissu encéphaloïde. L'examen de l'une de ces pièces fut faite en présence de MM. Dubois et Cruveilhier.

faisant précéder, toutefois, par celle qui m'appartient et qui a été le point de départ de ce travail. Je me suis efforcé de la rendre aussi complète que possible, et, en mettant sous les yeux des membres de cette assemblée la pièce pathologique qui s'y rapporte, j'espère lui donner un nouvel intérêt. Cette pièce a été déposée dans le musée Dupuytren.

Obs. 1.—*Rétention considérable d'urine dans la vessie d'un fœtus de six mois et quelques jours, avec épanchement de sérosité sanguinolente dans la cavité péritonéale.—Oblitération d'une portion du canal de l'urèthre.—Dystocie portée à un degré extrême.—Arrachement de la tête et des bras.—Deux ponctions pour évacuer le liquide à la suite desquelles l'accouchement est heureusement terminé.* — Madame X..., âgée de vingt-huit ans, blonde et d'une forte constitution, demeurant à Paris, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, n° 32, avait déjà eu deux grossesses, qui avaient naturellement parcouru toutes leurs périodes, et qui s'étaient terminées par la naissance facile d'enfants vivants et bien conformés. Elle devint enceinte pour la troisième fois dans le courant de janvier 1848. Les règles, qui s'étaient régulièrement rétablies depuis le dernier accouchement, parurent comme d'habitude le 10 de ce mois. Depuis cette époque, elles ne se reproduisirent plus.

Cette suppression fut d'ailleurs, comme les deux autres fois, la seule circonstance qui permît de soupçonner, au début, l'existence d'une nouvelle grossesse. Madame X... affirmait d'ailleurs qu'elle avait de bonnes raisons pour penser qu'il fallait en fixer le point de départ entre le 15 et le 20 janvier.

Elle n'éprouva aucun trouble dans les fonctions digestives, ni aucune autre des incommodités qui accompagnent si souvent la gestation. Elle m'a très positivement affirmé qu'elle n'avait fait aucune chute et qu'elle n'avait été soumise à aucune émotion morale. Sa vie, comme toujours, avait été calme et régulière. Elle avait été étonnée seulement du développement énorme qu'avait pris son ventre, développement qui était tel qu'à cinq mois il était déjà supérieur à celui qui appartient à une grossesse ordinaire parvenue à son terme. Cette exagération dans le volume avait commencé à se manifester dès trois mois et demi, et avait toujours fait des progrès depuis cette époque. Une autre particularité avait été également observée par elle. Les mouvements de son enfant, qu'elle avait perçus pour la première fois vers quatre mois et demi, avaient été remarquables par leur peu d'intensité, et avaient paru s'affaiblir au lieu d'aller croissant.

Telle était la marche qu'avait suivie cette troisième grossesse, lorsque spontanément, le lundi 24 juillet 1848, se déclara dans la matinée le travail de l'accouchement. Il fut lent pendant toute la journée, mais le soir il devint plus énergique; des douleurs fortes et rapprochées se succédèrent toute la nuit, et le lendemain 25, à sept heures du matin, la dilatation était complète. Jusque-là, aucune quantité de liquide amniotique appréciable ne s'était écoulée, et il en fut de même pendant toute la durée de l'accouchement. Cette circonstance avait beaucoup frappé la sage-femme, qui avait été appelée dès le début et qui ne s'était pas absentée un seul instant; aussi fut-ce sur ce point qu'elle appela d'abord mon attention. D'après son récit, l'enfant se serait présenté par l'épaule, mais il aurait été facile, après avoir introduit la main dans l'utérus, de changer cette présentation et de ramener la tête à l'orifice; puis elle attendit le résultat des contractions utérines, qui, en quelques minutes, poussèrent l'extrémité céphalique sur le périnée et lui firent franchir la vulve.

Mais les choses s'arrêtèrent à ce point, au grand étonnement de la sage-femme, qui, saisissant alors la tête avec ses mains, fit des tractions dans le but de dégager le tronc. Ces tractions, faites avec énergie, n'eurent d'abord aucun résultat. Portées encore plus loin, elles furent suivies de la rupture de la colonne vertébrale, entre la quatrième et la cinquième vertèbre cervicale. Les parties molles se déchirèrent à leur tour, la tête se détacha du tronc, et resta dans la cavité utérine. La main fut alors introduite. Un bras saisi et dégagé permit d'exercer de nouvelles tractions. Elles furent tout aussi inutiles que quand on agissait sur la tête. Les chairs de la partie supérieure du membre cédèrent, et bientôt celui-ci fut complétement arraché, les ligaments de l'articulation scapulo-humérale ayant été complétement arrachés.

Ce fut alors qu'on se décida à demander un médecin, et ce fut à M. le docteur *Roux* qu'on s'adressa. Celui-ci, après avoir entendu le récit de ce qui s'était passé, espéra que sa main, plus vigoureuse que celle de la sage-femme, triompherait des difficultés que l'on rencontrait, et après avoir pénétré dans l'utérus et s'être emparé du bras qui restait, il tira sur lui avec force; mais ce membre céda dans l'articulation huméro-cubitale. Il fallut alors prendre ailleurs un nouveau point d'appui. Ce fut la partie supérieure du thorax qui l'offrit. On ne réussit pas mieux qu'on ne l'avait fait en tirant sur la tête. La poitrine fut ouverte, les poumons et le cœur enlevés, plusieurs côtes arrachées, mais il fut impossible d'en traîner le tronc de l'enfant.

Épuisés par des manœuvres pénibles, qui avaient duré depuis huit heures du matin jusqu'à une heure de l'après-midi, ne pouvant d'ailleurs se rendre compte des difficultés qui se présentaient, notre confrère, M Roux et la sage-femme, crurent devoir réclamer mon assistance. Il était deux heures de l'après-midi, le 25 juillet, lorsque j'arrivai auprès de madame X...

Après qu'on m'eut mis au courant de tout ce que je viens de raconter, je procédai à un examen qui me permit de recueillir les renseignements suivants. Il me parut évident que la difficulté qui se présentait ne pouvait être rapportée à un vice de conformation du bassin. Les antécédents, l'examen que je fis avec le doigt ne laissaient aucun doute à cet égard. On sentait dans le vagin des lambeaux de parties molles et des fragments osseux, dus aux côtes et à la colonne vertébrale. Depuis quelque temps déjà, les douleurs étaient devenues faibles et s'étaient éloignées. L'état général n'offrait rien de grave; cependant le pouls était un peu fréquent, la peau chaude, et un peu de céphalalgie était accusée. Les parties génitales externes, quoique peu douloureuses, portaient les traces de contusions assez fortes. Ce qui frappa surtout mon attention dans cette exploration, ce fut le volume énorme que conservait encore le ventre, quoique nous n'eussions affaire qu'à une grossesse de six mois environ, et qu'une grande partie du fœtus que l'on me présenta eût été enlevée de la cavité utérine. Je m'assurai que ce volume tenait bien au développement de l'utérus, et qu'il ne pouvait s'expliquer ni par une accumulation de gaz dans les intestins, ni par la présence d'une autre tumeur dans la cavité péritonéale. Il était si considérable, que le fond de l'utérus s'élevait à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et que cet organe présentait les dimensions qu'on est habitué à lui trouver dans une grossesse parvenue à son terme, et alors qu'il y a une quantité de liquide amniotique plus considérable que d'habitude. Il avait d'ailleurs une forme assez régulièrement arrondie.

A quelle circonstance insolite fallait-il rapporter l'impossibilité dans laquelle on avait été de terminer cet accouchement? J'avoue qu'avant d'avoir introduit la main dans l'utérus, plusieurs suppositions étaient également admissibles. On pouvait croire à quelque monstruosité, à celle qui résulte de l'accolement de deux fœtus, par exemple. Il n'était pas impossible que la partie inférieure du tronc de l'enfant portât une tumeur assez volumineuse pour arrêter la marche du travail. L'idée d'une accumulation considérable de liquide dans son péritoine se présentait aussi naturellement à l'esprit.

Le doute ne pouvant être éclairci que par un examen direct, je fis pénétrer ma main droite dans la matrice, et après m'être assuré, à l'aide de quelques tractions, de l'impossibilité qu'il y avait d'entraîner ce qui restait du fœtus, je procédai à une exploration complète.

A la suite du thorax mutilé comme je l'ai dit précédemment, l'abdomen de l'enfant se renflait sous forme de ballon, et les doigts percevaient la sensation d'une poche élastique remplie de liquide, et en rapport dans toute sa circonférence avec la surface interne de l'utérus. Je cherchai vainement les membres inférieurs : il me fut impossible de les trouver. La description anatomique que je donnerai plus tard expliquera cette particularité. Je suivis le cordon dans une partie de son étendue, et je pus constater que par l'une de ses extrémités il se terminait sur un point de cette énorme tumeur. Nous avions donc affaire à l'abdomen, énormément distendu par du liquide, et je crus à une hydropisie ascite, quoiqu'il soit fort rare de voir des épanchements aussi considérables dans le péritoine pendant la vie intra-utérine.

Dès ce moment, ma conduite fut toute tracée : évacuer le liquide que contenait l'abdomen était la seule indication qu'il y eût à remplir, et c'est ce que je me mis en devoir de faire. Si l'enfant eût été vivant, j'aurais fait la ponction du ventre avec méthode, et en me servant du trocart usité en pareil cas. Sa mort rendant inutiles de semblables précautions, d'ailleurs pris au dépourvu et n'ayant pas avec moi l'instrument qui aurait pu me servir, je pris immédiatement, ma main étant encore dans l'utérus, le parti de faire avec mon doigt un trou aux parois abdominales. Après avoir choisi un point voisin de l'insertion du cordon, je grattai avec l'ongle de mon doigt indicateur, et je sentis la peau et le tissu cellulaire sous-cutané céder avec une grande facilité. Mais la résistance des aponévroses se fit remarquer ; il fallut des efforts assez considérables pour la surmonter.

Lorsqu'elle eut cédé, le doigt entra rapidement dans le ventre, et aussitôt un flot considérable de liquide s'écoula. C'était de la sérosité sanguinolente. Il en sortit un peu plus d'un litre.

En même temps, le volume du ventre diminua un peu. Saisissant alors la partie supérieure du thorax, je fis de nouveaux efforts pour l'entraîner, mais je ne fus pas longtemps à m'apercevoir que cela était impossible. Pénétrant de nouveau vers le fond de l'organe, je reconnus que l'abdomen du fœtus était encore énorme; le doigt indicateur réintroduit dans l'ouverture qu'il y avait pratiquée, sentit qu'une tumeur fluctuante existait encore dans la cavité péritonéale. Grattant avec l'ongle dans le point qui se présentait, je le perforai, et aussitôt il s'échappa brusquement une

grande quantité d'un liquide parfaitement transparent, légèrement citrin, mais ne contenant aucune trace de sang. J'en recueillis 2 litres dans un vase, et en y ajoutant celui qui tomba par terre ou sur les linges, je puis, sans exagération, porter à 2 litres et 1/2 tout ce que contenait cette tumeur.

Quel était le siége de cette seconde et singulière collection? Je fis des conjectures à cet égard; mais mon esprit ne s'arrêta pas à ce qui existait réellement, c'est-à-dire à une accumulation d'urine dans la vessie, et ce ne fut qu'au moment où la pièce pathologique fut sous mes yeux, que je pus savoir à quoi m'en tenir à cet égard. A mesure que le liquide s'écoula, on vit le volume de l'utérus diminuer considérablement et il me fut on ne peut plus facile de le débarrasser de la portion de fœtus qu'il renfermait. Elle ne représentait plus qu'une masse mollasse, que je saisis avec la main, et qui céda sans plus de résistance que celle que l'on trouve habituellement quand il s'agit d'un placenta décollé.

Bientôt après, l'utérus étant bien revenu sur lui-même, je procédai à la délivrance, qui fut facile. Le placenta fut examiné, et il n'offrait, ni dans sa forme ni dans sa structure, aucune particularité qui soit digne de remarque.

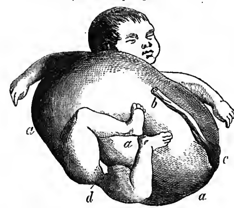
Les suites de couches furent des plus naturelles, et au bout de quelques jours, madame X..., entièrement remise, put reprendre ses occupations habituelles.

Examen anatomique de l'enfant. — Tête. Son volume est peu considérable et vient confirmer l'évaluation qui a été faite, quant au terme, en se fondant sur la dernière époque menstruelle. Il s'agit bien d'un fœtus de six mois à six mois et demi. Cette tête, qui avait été séparée du tronc et qui a été examinée par moi, ne présentait aucun vice de conformation, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Le cerveau et les organes des sens m'ont paru dans des conditions parfaitement régulières.

Thorax. Il en est de même du thorax, qui avait été ouvert et lacéré, ainsi que je l'ai dit. Examiné avec soin dans ses différentes parties, il m'a été facile de constater qu'il devait être normalement conformé avant l'intervention de l'art. Il en était de même des organes qu'il avait renfermés, poumons, cœur, thymus, gros vaisseaux.

Abdomen. C'est surtout dans la cavité abdominale et les organes génitaux urinaires qu'existaient des lésions singulières qui rendent parfaitement compte des différents incidents relatifs à l'accouchement.

FIGURE 1, donnant l'aspect général de l'enfant.



a, a, a, abdomen considérablement développé.
b, cordon ombilical.
c, insertion fœtale de ce cordon.
d, verge.

En donnant, par l'insufflation, à la vessie et à la cavité abdominale le développement qu'elles devaient avoir avant la double ponction dont j'ai parlé, on est surtout frappé du volume considérable que présentent les deux tiers inférieurs du tronc. Ils se présentent sous la forme d'une tumeur triangulaire à angles arrondis; l'un des côtés du triangle placé transversalement à la partie inférieure en représente la base. Des deux angles qui la terminent, partent les deux autres côtés, qui convergent en haut vers l'angle supérieur qui se trouve situé un peu à droite de la ligne médiane. Voici les dimensions de cette tumeur. Pour le diamètre transversal, 21 centimètres; 19 pour le vertical, et 14 pour l'antéro-postérieur; encore ne faut-il pas oublier que ces mesures restent certainement au-dessous de la réalité, si l'on se rappelle que dans la cavité péritonéale, à l'entour de la vessie, se trouvait une assez grande quantité de sérosité sanguinolente, qu'elle renfermait en outre le foie et le tube digestif, qui n'existent plus dans la pièce pathologique, et qu'enfin les parois abdominales elles-mêmes étaient singulièrement épaissies par une infiltration séreuse sur laquelle je reviendrai plus tard.

Je ne crois pas être au delà du vrai, en disant que l'on peut augmenter d'un tiers le volume général, dont on peut se faire une idée d'après les divers diamètres indiqués plus haut.

Parois abdominales. Les parois du ventre sont remarquables par l'augmentation d'épaisseur qu'elles présentent. Elles n'ont pas moins de 3 centimètres dans certains points, et cette circonstance est due à une infiltration séreuse des divers éléments qui les constituent, ce qui leur donne une apparence comme gélatineuse. Une incision permet à la sérosité de s'écouler graduellement, et la peau devient après flasque et ridée. Les muscles sont minces et entièrement décolorés. Les aponévroses sont éraillées à tel point que là où s'insère le cordon ombilical et dans un espace circulaire de 2 à 3 centimètres de diamètre, le péritoine et une couche extrêmement mince de tissu cellulaire forment seuls les parois de l'abdomen. Cette insertion, d'ailleurs, ne se fait pas au centre de la tumeur; elle existe à gauche et en dehors de la ligne médiane, circonstance évidemment due à la distension plus considérable de la moitié droite des parois abdominales. Le cordon est grêle et n'a pas été envahi par l'infiltration. Ses différents éléments parviennent jusqu'à la tumeur sans avoir éprouvé de séparation. Les membres inférieurs, fléchis et relevés sur la partie inférieure de la tumeur, étaient littéralement aplatis et réduits, pour les jambes et les pieds surtout, à la minceur d'une lame de carton de quelques millimètres seulement (2 ou 3 dans quelques points).

Cette circonstance trouve son explication dans la situation de ces membres, qui s'étaient trouvés placés d'une part entre l'abdomen du fœtus progressivement distendu et l'utérus, qui, soutenu par les parois abdominales de la mère, devait énergiquement résister à l'énorme et trop rapide distension dont il était le siége. A la faveur de l'œdème, qui avait envahi les parois du ventre, les membres comprimés, comme nous venons de le dire, avaient pu y produire une dépression capable de les dissimuler, ce qui rend parfaitement compte de ce fait qui avait paru si extraordinaire pendant l'accouchement, à savoir, que la main introduite dans l'utérus et parcourant en tous sens la tumeur qu'il renfermait, n'avait pu constater la présence des extrémités pelviennes de l'enfant. Celles-ci d'ailleurs ne présentent aucune autre difformité.

On ne trouve aucune trace du scrotum. Un prolongement cylindrique de 2 centimètres de long et de 8 millimètres d'épaisseur, se détache de la partie antérieure du pubis; il est perforé à sa partie libre. Je reviendrai plus tard sur ce corps, qui n'est autre chose que la verge.

Tube digestif. Il offrirait des conditions parfaitement normales, s'il ne se terminait d'une manière insolite dans la vessie déformée, dont je dois donner une description détaillée. Il renferme, jusque très près de sa terminaison, une petite quantité de méconium coloré en vert foncé.

Rate et foie. La rate et le foie sont fortement repoussés vers le diaphragme. Leur couleur et leur structure sont normales. Peut-être ces organes sont-ils un peu moins développés qu'ils ne le sont en général chez les enfants du même âge.

Reins. Un peu refoulés par la vessie énormément distendue, ils occupent une position un peu plus élevée que d'habitude. Ils sont, du reste, placés sur le même niveau, et ont à peu près la même forme et les mêmes dimensions. Ils sont parfaitement lisses à leur surface, et ils ressemblent très exactement par leur forme à une graine de haricot. Leurs scissures regardent la colonne vertébrale. Leurs diamètres verticaux sont de 3 centimètres pour le gauche, et de 3 1/2 pour le droit. Le transversal a 15 millimètres de chaque côté. L'épaisseur est de 9 millimètres à gauche, et de 7 seulement à droite. L'extrémité supérieure de chacun de ces organes est embrassée par une capsule surrénale très développée et avec sa forme accoutumée à droite, avec des dimensions moitié moins grandes à gauche.

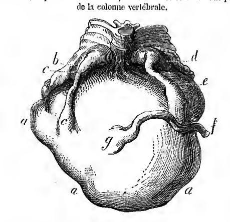
La structure en est parfaitement normale des deux côtés, et l'on distingue facilement la substance médullaire et la substance corticale.

Les scissures sont occupées par une petite poche à parois minces et transparentes, qui n'est autre chose que le bassinet.

Celui du côté gauche a le volume d'un pois, le droit celui d'une petite noisette; tous les deux sont vides et continués par un petit canal cylindrique, qui est l'uretère. Le gauche, du volume d'une forte plume de corbeau, a 3 centimètres de long; il décrit une légère courbure, à convexité dirigée du côté de la colonne vertébrale, et vient s'engager sans renflement dans l'épaisseur des parois de la poche énorme qui représente la vessie. Le droit est beaucoup plus long, puisqu'il a 7 centimètres. Son diamètre est le même à sa partie moyenne; mais il est légèrement renflé à son origine et à sa terminaison, qui a lieu également à la vessie. Je reviendrai bientôt sur le lieu et sur la manière dont chacun d'eux pénètre dans ce réservoir. L'épaisseur de leurs parois est celle qui leur appartient normalement.

Vessie. La plus grande partie de la cavité péritonéale, considérablement agrandie, est occupée par cet organe, qui se présente sous la forme d'une

FIGURE 2, représentant la vessie, les dernières côtes et une portion de la colonne vertébrale.



a, a, a, surface extérieure de cet organe.
b, rein droit.
c, c, uretère droit.
d, rein gauche.
e, uretère gauche et sa terminaison à la vessie.
f, dernière portion du gros intestin.
g, terminaison de l'intestin à la vessie.

tumeur irrégulièrement arrondie, offrant trois saillies principales, une de chaque côté, inférieurement et à peu près sur le même plan, l'autre supérieurement et près de la ligne médiane.

Il est évident que c'est à la forme de cette tumeur qu'était due celle de l'abdomen, qui a été indiquée plus haut.

La surface extérieure de la vessie est assez régulière. On y remarque seulement quelques petites bosselures, qui sont dues à des éraillures de la membrane musculeuse à travers lesquelles la muqueuse qui s'est mise en rapport avec le péritoine fait hernie. Remplie d'air, elle offre les dimensions suivantes : diamètre transversal, 19 centimètres; vertical, 17; antéro-postérieur, 12 et 1/2. La grande circonférence est de 35 centimètres; sa partie supérieure, après avoir refoulé le rein et le foie, repoussait le diaphragme, qu'elle touchait en certains points.

Trois conduits viennent s'ouvrir à sa surface : les deux uretères et le gros intestin. Ce dernier se termine sur la face antérieure de la tumeur, à peu près à égale distance de son bord inférieur et de son angle supérieur; mais un peu à droite de la ligne médiane. Il conserve son calibre jusqu'au moment où il touche la paroi vésicale, contre laquelle il est retenu par un repli péritonéal de forme triangulaire et d'une étendue de 5 à 6 centimètres; mais en ce moment, et tout en s'engageant sous les fibres musculaires, son diamètre diminue singulièrement; il devient celui d'une petite plume à écrire, et après un trajet de 2 centimètres, pendant lequel il se recourbe à droite et en haut il se termine dans la cavité vésicale par une ouverture à peine visible, dans laquelle j'ai eu de la peine à faire pénétrer l'extrémité d'un stylet très fin, et par laquelle, même à l'aide d'une forte pression, je ne puis faire suinter aucune trace de méconium. L'air lui-même ne la traverse qu'à la condition d'insuffler avec force.

L'uretère droit se termine à la partie supérieure de l'angle arrondi que la vessie offre de ce côté. Il y a entre sa terminaison et celle de l'intestin un intervalle de 8 centimètres. On remarque en cet endroit un amincissement de la poche urinaire, qui n'est formée, dans une étendue circulaire d'un centimètre de diamètre, que par la muqueuse et la séreuse. L'embouchure se fait directement et en présentant un petit évasement.

L'uretère gauche se termine à l'angle supérieur de la tumeur, qui est également formé par une sorte de hernie de la muqueuse, les fibres musculaires s'y trouvant notablement amincies. Il s'ouvre aussi presque directement, mais par une ouverture qui n'est à peu près que la moitié de celle du côté opposé. Il y a 10 centimètres entre la terminaison de l'intestin et la sienne.

Au-dessous de l'insertion de chacun de ces conduits, à 5 centimètres à droite, à 4 à gauche, on remarque les deux testicules, fortement adhérents aux parois vésicales, sur lesquelles ils représentent deux espèces de crêtes du volume et de la forme d'une petite graine de haricot. Un petit cordon blanchâtre et filiforme, rudiment du canal déférent, part de chacun d'eux, se porte sur les parties latérales de la tumeur, et se perd, après un trajet de quelques centimètres, sans que l'on puisse retrouver aucune trace des vésicules séminales et de canaux éjaculateurs.

Depuis la symphyse pubienne jusqu'au point de la tumeur qui correspond à l'insertion du cordon ombilical, il y a adhérence linéaire, mais continue, entre cette dernière et les parois de l'abdomen. En quittant le cordon, les deux artères ombilicales se trouvent accolées à la vessie. La droite en longe un peu obliquement tout le bord inférieur, se dirige ensuite verticalement en bas vers le bassin. La gauche se porte de l'angle inférieur du même côté à l'angle supérieur, se place à côté du testicule qui est en ce point et gagne le sacrum à son tour. La veine ombilicale se dirige, comme d'habitude, vers le foie.

Rien, à l'extérieur, n'indique la place qu'aurait dû occuper l'anus. Il n'y a ni cicatrice ni dépression. J'ai déjà dit qu'aucun repli cutané ne représente le scrotum. Les organes génitaux externes sont uniquement représentés par le prolongement cylindrique dont il a été fait mention. C'est une verge assez bien développée, se terminant par un long prépuce, assez largement ouvert pour qu'au fond on puisse voir le gland et son méat urinaire parfaitement libre. Une petite sonde y est introduite et pénètre assez profondément jusque vers la portion membraneuse du canal. Là, elle est arrêtée par un obstacle qu'elle ne peut franchir. Il en est de même d'un stylet très fin et d'une injection poussée avec une seringue. Examinée du côté de la vessie, l'urèthre y commence par une très petite ouverture, qui se prolonge vers le pubis dans l'étendue d'un centimètre, sous la forme d'un conduit qui s'oblitère bientôt et se termine en cul-de-sac.

Toute la portion membraneuse est évidemment imperméable.

Aux quatre ouvertures dont j'ai parlé jusqu'ici comme s'observant à la face interne de la vessie, il faut en joindre une cinquième, celle de l'ouraque. Elle existe dans la région qui avoisine le cordon ombilical. Elle se présente sous la forme d'un pertuis infiniment petit, auquel succède un canal très grêle, qui, après quelques millimètres de trajet, se perd dans le tissu cellulaire, sans qu'on puisse en suivre les traces plus loin.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

LETTRE A M. LE DOCTEUR HARDY, SUR LA CHROMHIDROSE.

Très honoré confrère,

J'arrive à Brest, cette terre classique de la chromhidrose, au moment où les discussions orageuses soulevées dans le sein de la Société médicale des hôpitaux à propos de cette énigmatique, mais très réelle affection, semblent, par un parti pris de scepticisme, vouloir remettre en question son existence. J'avais suivi de loin ces débats avec une attention, je dirais volontiers une impatience, d'autant plus grande, que le sujet n'en était pas nouveau pour moi; que j'avais eu connaissance personnelle de la plupart des faits qui s'y rattachent, et que j'avais vu, « *de mes propres yeux vu* », la malade qui a fait l'objet de votre dernière communication. Cette évolution si laborieuse et si traversée d'une vérité scientifique, quand elle repose sur un fait matériel directement constatable, fait qui est affirmé par des observateurs d'une bonne foi et d'un talent au-dessus de toute suspicion, a quelque chose de particulièrement décourageant, et l'on se demande, avec quelque amertume, quelle dure destinée n'est pas réservée à celles qui, reposant sur une base non moins réelle, n'ont pas cependant la sauvegarde d'une évidence aussi palpable. Si, dans l'ordre de la défense personnelle, la prudence, comme le veut la sagesse des nations, est la mère de la sûreté, la défiance systématique ne sera jamais que la marâtre de l'investigation médicale. Le doute est certainement bon en soi, mais c'est un instrument philosophique dont le maniement est délicat et dont il ne faut pas abuser. Nier ce qu'on ne voit pas et fermer obstinément son esprit aux résultats de l'observation d'autrui, sous quelque garantie qu'elle se présente, c'est faire acte de philosophie, à coup sûr, mais de cette philosophie équivoque, dont le pirrhonisme ancien a été la glorification, et que personne ne chercherait à défendre. Je faisais ces réflexions l'autre jour en passant, l'esprit encore tout plein de cette discussion, devant la plus belle et la plus démonstrative des chromhidroses. Au reste, le hasard, qui est parfois intelligent, mais qui se plaît souvent aussi

à paraître malicieux, semblait prendre plaisir, ce jour-là, à me montrer à tous les coins de rue des paupières chromhidrosiques, qui ne devaient certainement leur langueur, quoi qu'on en ait dit, ni au *kokol* oriental, ni au sulfure d'antimoine des femmes juives, double cosmétique qui, malgré des affirmations contraires, n'est nullement entré jusqu'ici dans l'arsenal de la coquetterie brestoise. Si elle avait été à la piste d'un moyen de séduction, elle eût certainement trouvé mieux. Vous avez vu l'un de ces cas de chromhidroses, très honoré confrère, et vous avez pu juger si quelque comparaison peut être établie entre cette teinte déliée qui, chez les femmes de l'Orient, renforce en l'assombrissant la ligne des cils et y éteint la lumière pour rehausser, par le contraste, la vivacité de l'œil, et cette large bande noire à contours brusques qui fait une disparate inharmonique avec le teint, donne de la dureté au regard, et simule à distance ces lunettes que la nature a mises sur le nez du serpent *naja*, et que l'instinct de plaire n'ira certes pas lui emprunter. La coquetterie a inventé les mouches, elle n'eût jamais inventé la chromhidrose, qui constitue en réalité bien plutôt une disgrâce qu'une parure. Elle est, du reste, ici, parfaitement appréciée à sa valeur, sous ce rapport, et plus d'une jeune fille, à notre connaissance, se réveillant au lendemain d'un bal avec des yeux plus allanguis et plus cernés que d'habitude, s'est crue vouée au minotaure bleu, et a accusé, par la vivacité de ses impressions, toute la frayeur qu'il lui inspire. Il y a plus, cet ornement étrange est tellement peu envié, que la plupart des femmes qui en sont *affligées*, cherchent, par un sentiment bien concevable, à se soustraire aux regards, principalement dans les premiers temps, ne sortent qu'avec un voile et le soir, et évitent les lieux publics. La *chromhidrophobie* est donc aussi réelle à Brest que la *chromhidromanie* l'est peu.

La spéculation de coquetterie étant écartée (et vous avez pu juger si elle est admissible), les douteurs quand même invoquent je ne sais quel caprice, quelle manie de l'étrangeté, et se rattachent, comme à une arche sainte, au cas de simulation qui a été découvert dans les environs de Rouen : « Les femmes, en général, disent-ils, et les femmes vaporeuses en particulier, sont capables de tout. » Si l'on adoptait cette proposition hérétique et peu galante, il faudrait au moins (sous peine d'invraisemblance) fixer la limite de cette bizarrerie féminine, sur laquelle on a tant et si méchamment glosé, à l'endroit où commencent le suicide gratuit de la beauté et l'acceptation volontaire de la laideur et du grotesque. On a vu, au milieu des horreurs d'une ville prise d'assaut, des femmes se lacérer héroïquement le visage, et abriter leur pudeur derrière *ce beau rempart* (comme dit Corneille) d'une beauté sacrifiée volontairement; on n'en a jamais vu, que je sache, se rendre laides pour le seul plaisir de ne pas ressembler aux autres. Les roses et les lys du visage sont enviables et enviés; le noir de fumée ne l'est guère. Jézabel, la bien fardée, le jugeait probablement ainsi, et les femmes d'aujourd'hui ne sont pas plus disposées qu'elle à mettre à la mode ce cosmétique d'Éthiopien. Je reviens à une argumentation plus sérieuse.

Je déclare toute simulation impossible, mais je ne veux arguer contre elle ni du fait décisif et constaté par vous-même de la reproduction sur place, et séance tenante, de la matière noire, quand elle a été préalablement enlevée à l'aide d'un morceau de mousseline trempé dans l'huile, ni du caractère parfaitement grave et sincère de quelques-unes de ces femmes atteintes de chromhidrose, qu'on ne peut, quand on les connaît, soupçonner de cette supercherie puérile et ridicule, ni de l'absence de tout intérêt à jouer une comédie semblable; toutes ces raisons ont leur valeur; mais, en supposant qu'on la conteste, je demanderai seulement s'il tombe sous le sens que des femmes mariées depuis dix ou quinze ans puissent pratiquer tous les jours ce badigeonnage disgracieux, en dérobant leur secret à l'intimité de la vie commune? Evidemment, cela est inadmissible. Une objection spécieuse a été faite aux affirmations de M. de Méricourt, corroborées par les vôtres. On s'est dit : « Si cette matière pulvérulente, au lieu d'être déposée par simulation sous les paupières, provenait d'une sécrétion, l'affection serait inguérissable, et la peau, une fois abstergée, conserverait encore une coloration noire. » Nous avouons humblement ne pas comprendre cette fin de non-recevoir. Ce tatouage indélébile ne se concevrait que dans le cas où, la *sécrétion* colorée se continuant, l'*excrétion* viendrait à se suspendre, et où la matière non-susceptible de résorption resterait enchâssée dans l'épaisseur du derme palpébral; mais, dans les conditions ordinaires de déhiscence des orifices excréteurs, rien de semblable ne saurait se produire. Voit-on le smegma préputial et le cérumen jaune des conduits auriculaires colorer les surfaces tégumentaires qui les laissent sourdre? Évidemment, non; et pourquoi n'en serait-il pas de même de la peau des paupières? D'ailleurs, la chromhidrose guérit, plusieurs faits authentiques le prouvent, j'en ai vu un bel exemple aujourd'hui même, et dès lors ce tatouage spontané n'est plus admissible. Je sais bien qu'en admettant qu'il doive nécessairement se produire, on se prépare une échappatoire ingénieuse, et qu'on peut dès lors expliquer la disparition de la coloration anormale plutôt par l'abandon de cette étrange supercherie que par un bénéfice de curation spontanée; mais les impossibilités matérielles et morales que j'ai alléguées tout à l'heure, impossibilités dominées du reste par ce fait univoque de la reproduction, sous l'œil et sous la loupe, de la matière pigmentaire que l'on vient d'absterger, réduisent cette objection à sa stricte valeur. Qu'on se demande ensuite comment il se fait que la chromhidrose se rencontre si fréquemment à Brest, alors que des cas très rares en ont seulement été recueillis ailleurs, c'est là une inquiétude de curiosité scientifique on ne peut plus légitime; nous la partageons au même degré que nos contradicteurs, et nous ne demandons pas mieux que de les voir nous fournir une explication de ce fait si étrange, car ils auront probablement, du même coup, éclairé la nature si singulière et si énigmatique de cette affection; mais nous tenons à établir qu'il ne serait nullement d'une bonne philosophie d'en faire une objection à la réalité de son existence. Que savons-nous d'ailleurs des liens inconnus qui rattachent les uns aux autres et accumulent dans une même localité des faits qui semblent purement fortuits? Le spina bifida et l'imperforation congénitale de l'anus sont aussi des malformations d'une étrange fréquence dans notre ville, et dans la discussion ouverte à propos du mémoire de notre collègue, M. Rochard, sur l'opération de Littre, on a pu se demander sur un ton plaisant, qui n'enlevait rien à la réalité du fait, quelle était la cause de cette étrange *endémie*. La cyanopathie, ou maladie bleue, est une affection relativement commune à Cherbourg, comme j'ai pu le constater pendant un séjour de quatre ans que j'ai fait dans cette ville. Il est aussi difficile d'expliquer ces faits qu'il serait impossible de les mettre en doute. Il faut donc, n'en déplaise à notre raison disputeuse, se résigner à les admettre. Où en serions-nous, d'ailleurs, bon Dieu! si nous rejetions en médecine tout ce que nous désespérons de pouvoir jamais comprendre?

Il est, dans l'histoire de la chromhidrose, un fait qui paraît parfaitement établi, c'est la relation étroite, évidente, qui existe entre cette coloration anormale et la fonction menstruelle. M. de Méricourt a fortement, et avec raison, insisté sur ce point. Cette singulière affection n'a été en effet, jusqu'ici, observée que chez des femmes, et des femmes placées dans la période d'activité cataméniale de leur vie. Chez quelques-unes, on a pu saisir cette connexion sur le fait, en constatant des irrégularités menstruelles dont le degré concordait avec l'intensité variable de la coloration des paupières, et j'en ai vu ces jours-ci un exemple remarquable, qui m'a été fourni par une jeune fille actuellement guérie, mais qui a présenté, pendant une suppression de cinq mois, une chromhidrose des plus complètes, laquelle a pu être étudiée à loisir par son médecin, M. le docteur Caradec, et a disparu dès que les règles se sont rétablies. Chez un certain nombre de femmes atteintes de chromhidrose, on n'a pu saisir, il est vrai, aucune perturbation apparente de la fonction menstruelle; mais la normalité de celle-ci réside-t-elle uniquement dans sa périodicité et son abondance? Derrière l'hémorrhagie, qui n'en est que l'expression matérielle, combien de modifications générales profondes qui s'y rattachent, et que nous ne connaissons pas! Il est d'ailleurs impossible de ne pas tenir compte ici de cette liaison remarquable, qui se constate chez presque toutes les femmes entre l'éruption des mois et la coloration des paupières, notamment de l'inférieure, dont le tissu se gorge

d'un sang bleuâtre, et qui prend cette expression d'allanguissement à laquelle il est difficile de se tromper. J'ai eu récemment à Cherbourg deux exemples frappants de cette connexion physiologique chez deux jeunes filles en état d'évolution pubère. L'une présentait, à chaque époque menstruelle, une auréole palpébrale bistre assez foncée pour constituer une difformité réelle, et dont l'accroissement progressif éveillait au plus haut degré la sollicitude de sa famille. Une saison passée à Forges régularisa la menstruation et fit disparaître cette coloration anormale, qui, elle, consistait, non pas en une excrétion colorée, mais en un dépôt pigmentaire. Chez l'autre, un ou deux jours avant le retour des mois, des phénomènes hystériques éclataient; les paupières se gonflaient au point de ne pouvoir découvrir l'œil, et des milliers de vésicules eczémateuses se développaient à leur surface. Les règles une fois établies, ces vésicules se desséchaient, l'épiderme s'exfoliait et une coloration brune, très apparente, persistait dans l'intervalle d'une époque à l'autre. J'ai pu observer au moins dix fois le même fait chez cette jeune fille. Ces deux cas diffèrent sans doute de la chromhidrose par leur nature, mais ils montrent au moins que l'état des paupières est dans une relation très directe avec celui de la fonction menstruelle, et que l'opinion qui admet cette relation pour la chromhidrose est certainement au moins très plausible.

Je m'arrête ici, très honoré confrère, je n'ai en effet nullement l'intention d'ajouter quoi que ce soit de nouveau à l'histoire d'une affection qui n'a d'égale à la curiosité qu'elle excite, que l'incrédulité dont elle est l'objet à Paris. Cette histoire a été très complétement faite par M. de Méricourt, qui, par une de ces bonnes fortunes qui n'arrivent qu'aux hommes de sa valeur, a attaché son nom à l'une des cinq ou six affections nouvelles que ce siècle aura vues éclore, ou plutôt aura vu décrire. J'ai voulu tout simplement ajouter mon témoignage, pour humble qu'il soit, à ceux qui se sont déjà produits, notamment au vôtre. La chromhidrose, à l'inverse des prophètes, a un sort moins rigoureux chez elle que hors de son pays. Tous en effet ici, dans le monde médical et extra-médical, ne mettent nullement en doute la réalité de cette chromhidrose, qui se promène dans nos rues depuis tantôt dix ans, qui a trouvé son historien, mais qui attend encore son remède, et qui forcerait bien la conviction des plus sceptiques, de votre savant et spirituel contradicteur, M. Roger lui-même, s'il lui était donné de la voir face à face et de la tenir un quart d'heure sous sa loupe. Vous doutiez vous-même, très savant confrère, vous êtes revenu à Paris, non-seulement convaincu, mais presque apôtre. Ainsi arrivera-t-il de tous vos collègues de la Société médicale des hôpitaux qui voudront bien (ce à quoi nous les convions de grand cœur) venir admirer les merveilles maritimes de notre port et constater, *de visu*, la réalité de nos chromhidroses.

Agréez, etc. Dr Fonssagrives,
Professeur à l'École de Brest.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 MAI 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Physiologie. — *De l'origine des ferments. Nouvelles expériences relatives aux générations dites spontanées*, par M. *L. Pasteur*. — Il résulte de ces nouvelles recherches : 1° que le phénomène de la coagulation du lait est un phénomène sur lequel on n'a que des notions très incomplètes; 2° que des vibrions peuvent naître dans un liquide de la nature du lait qui a subi une ébullition de plusieurs minutes à la température de 100 degrés, bien que cela n'arrive pas pour l'urine ni pour l'eau sucrée albumineuse. Mais si l'on pratique l'ébullition de 110 à 112 degrés sous la pression d'une atmosphère et demie, jamais le lait ne donnera d'infusoires. Par conséquent, s'ils prennent naissance dans la première disposition des expériences, c'est évidemment que la fécondité des germes des vibrions n'est pas entièrement détruite, *même au sein de l'eau*, à une température de 100 degrés qui dure quelques minutes, et qu'elle l'est davantage par une ébullition plus prolongée à cette température, et supprimée entièrement à la température de 110 à 112 degrés.

Mais qu'advient-il en ce qui concerne le phénomène de la coagulation dans ces conditions spéciales d'ébullition où le lait au contact de l'air calciné ne donne jamais d'infusoires? Chose remarquable, le lait ne se caille pas. Il reste alcalin, et conserve toutes les propriétés du lait frais. Puis, fait-on passer dans ce lait resté pur les poussières de l'air, il s'altère, se caille, et le microscope y montre des productions diverses animales et végétales.

La théorie des ferments généralement admise, ajoute M. Pasteur, me paraît donc de plus en plus en désaccord avec l'expérience. Le ferment n'est pas une substance morte, sans propriétés spécifiques déterminées. C'est un être dont le germe vient de l'air. Ce n'est pas une matière albumineuse que l'oxygène a altérée. La présence des matières albumineuses est une condition indispensable de toute fermentation, parce que le ferment a besoin d'elles pour vivre. Elles sont nécessaires à titre d'aliment du ferment. Le contact de l'air commun à l'origine est également une condition indispensable des fermentations, mais c'est à titre de véhicule des germes des ferments. (*Comm. :* MM. Duméril, Chevreul, Milne-Edwards, Decaisne, Regnault, Cl. Bernard.)

Anatomie histologique. — *Terminaisons des nerfs à la périphérie et dans les différents organes, ou terminaisons périphériques du système nerveux en général*, par M. *N. Jacubowitsch*. — L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

I. Chaque nerf, de quelque nature qu'il soit, prend son origine d'une cellule nerveuse dans les organes centraux du système nerveux, et se termine à la périphérie ou à l'intérieur d'un organe.

a. Soit dans une cellule nerveuse et pour les nerfs des sens dans le noyau lui-même;

b. Soit dans la masse d'une cellule, à l'intérieur des organes pour les nerfs gaugliounaires, ou enfin,

c. En formant un réseau nerveux capillaire, où les différences anatomiques disparaissent, les cylindres d'axe passant les uns dans les autres et se confondant ensemble.

II. Le système nerveux, le central comme le périphérique, forme un tout qui, pareil au système sanguin, se retrouve dans tout l'organisme, pénétrant avec ses trames à travers les diverses parties, et arrivant ainsi jusqu'aux derniers éléments, sans pour cela se perdre d'une manière vague et confuse.

III. Les éléments nerveux, les cellules nerveuses aussi bien que les cylindres d'axe, sont toujours en voie de développement dans les organes centraux comme à la périphérie.

IV. Le rôle que jouent les cellules nerveuses qui se trouvent à la périphérie ou à l'intérieur des organes varie : ou elles président à des fonctions spéciales, comme celles de tous les organes des sens; ou elles servent à la conservation propre des organes eux-mêmes, comme les cellules nerveuses des organes glandulaires et de la muqueuse; tandis que la fonction physiologique proprement dite des organes est donnée dans la connexion de ces cellules nerveuses avec les parties centrales du système nerveux.

V. Si la différence anatomique disparaît dans le réseau nerveux capillaire périphérique par le fait que les cylindres d'axe se confondent ensemble, il n'en est pas de même de la différence physiologique qui existe toujours, ce que nous voyons pareillement dans les vaisseaux capillaires sanguins, et qu'il est possible que son activité se traduise par des directions determinées du courant de la force nerveuse avec la matière.

Chirurgie. — M. *Namias* adresse de Venise une note sur les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi du *plâtre coaltaré* dans des cas où il n'était point indiqué en qualité de désinfectant, tels que l'état indolent et le mauvais aspect des plaies de vésicatoires.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 MAI 1860. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département de l'Ardèche. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les rapports de MM. les docteurs *Finaz, Kuhn, Loubier, Dutroulau* et *Cisseville* sur le service médical des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), de Niederbronn (Bas-Rhin), de Propiac (Drôme), de Forges, et des bains de mer de Dieppe (Seine-Inférieure) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit un mémoire sur la vaccine, par M. le docteur *Prosper Hullin* (de Mortagne). (*Commission de vaccine.*)

M. *Gavarret*, au nom du traducteur, fait hommage à l'Académie d'un volume intitulé : *Théorie mathématique des courants électriques*, par M. *Ohm*, traduit par M. *Gaugain*. — « A une époque déjà éloignée de nous, en 1827, dit M. Gavarret, après avoir consacré de longues années à l'étude expérimentale de l'électricité dynamique, Ohm résume ses recherches et ses découvertes dans un ouvrage publié à Berlin sous le titre de *Théorie mathématique des courants électriques*. Toutes les questions relatives à la distribution et au mouvement de l'électricité dans un circuit électro-dynamique sont abordées et résolues dans cette œuvre capitale. La partie de cette théorie qui a trait à l'état variable des tensions n'a pas encore été complétement soumise à l'épreuve de l'observation directe. Mais les conclusions si importantes pour la science et pour la pratique qui se rapportent aux phénomènes de courant dans l'état permanent des tensions ont été vérifiées par les physiciens les plus éminents; les lois de l'état permanent, telles qu'elles ont été découvertes et établies par le savant professeur de Cologne, ont reçu de l'expérience la consécration la plus éclatante, et ont passé dans l'enseignement officiel. L'ouvrage de Ohm est encore le travail le plus complet sur les lois générales de l'électricité dynamique; malgré son importance, il n'était que fort imparfaitement connu en France. M. Gaugain, un de nos physiciens les plus distingués, a donc rendu un véritable service à la science en publiant une excellente traduction de la *Théorie mathématique des courants électriques*, et en l'enrichissant de notes d'une grande valeur empruntées à ses propres travaux. »

Discussion sur les amputations secondaires, à la suite des coups de feu.

M. *Roux* rappelle que M. Robert lui a reproché de se trop préoccuper de l'ostéomyélite et de ses dangers; que, pour lui, il avait fait souvent et avec succès, dans la continuité : 1° des amputations primitives, alors que la moelle était rouge, que les articulations supérieures et les inférieures pouvaient contenir de la sérosité sanguinolente; 2° des amputations consécutives, malgré l'état de rougeur et de ramollissement de la moelle, l'amincissement de l'os, etc.

M. J. Roux pense que M. Robert a amputé des blessés après des lésions traumatiques récentes, pendant l'*ecchymose* de la moelle, et non pendant son *inflammation*, ce qui est tout différent. M. Robert a amputé, en outre, pour des lésions organiques, des malades qui ne présentaient pas l'ensemble des signes de l'ostéomyélite à la deuxième période, ce qui expliquerait ses succès.

L'orateur croit que M. Robert a dû perdre un grand nombre des opérés chez lesquels la scie a porté sur des parties d'os amincis, à canal médullaire agrandi, à moelle rouge et ramollie, lésions qui inspirent en général aux chirurgiens les plus grandes craintes.

M. J. Roux réfute ensuite l'argument d'après lequel M. Robert présente comme étant dus à un heureux hasard, les vingt-deux succès obtenus à Saint-Mandrier pour des amputations secondaires dans l'articulation. Il explique encore comment tous ces opérés, qui n'ont couru aucun danger du côté des os, ont pu échapper aux autres causes de mort, dues aux érysipèles, aux phlegmons diffus, aux hémorrhagies, à la pourriture d'hôpital, à l'infection purulente.

Puis, M. Roux, répondant aux objections de M. Jobert (de Lamballe), qui n'admet ni la première, ni la deuxième période de l'ostéomyélite, dit que les caractères de chacune de ces périodes ont été parfaitement vus et étudiés sur des blessés qui avaient succombé à des affections intercurrentes. C'est ainsi que l'on a pu faire l'histoire de ces périodes. Du reste, puisque M. Jobert admet la troisième période, ou de suppuration, il admet, par là même, les deux premières, l'hypérémie et l'inflammation, qui précèdent nécessairement la formation du pus.

M. J. Roux déclare qu'il n'a pas pris, comme le prétend M. Jobert, pour des caractères de l'ostéomyélite à la première et à la deuxième période, les symptômes des complications de toute plaie suppurante. L'ostéomyélite, après un certain temps, a tellement sa physionomie propre, que la seule inspection, sans la connaissance des antécédents, suffit pour faire porter un diagnostic certain. En ce qui touche les parties molles, les symptômes de l'ostéomyélite sont tellement caractéristiques de l'inflammation de l'os, qu'on les retrouverait encore, si, par impossible, la balle n'atteignait que les parties dures sans toucher aux parties molles.

« M. Robert, ajoute M. J. Roux, a contesté la valeur de quelques-unes de mes pièces pathologiques, mais il n'a pas insisté au même degré sur celles, en plus grand nombre, dont la signification est absolue. »

L'orateur se défend ensuite du reproche qu'on lui a fait d'avoir rejeté complétement l'amputation dans la continuité, et la résection dans la période secondaire ou d'ostéomyélite. Il rappelle que, dans son travail, il a cité un cas de résection et un cas d'amputation secondaires, tous deux suivis de succès. Ce qu'il a dit, c'est que « dans les amputations secondaires après les coups de feu et dans la phase d'ostéomyélite, l'amputation dans la continuité est l'*exception*, et la désarticulation la *règle*. La résection suit la même loi. »

« En résumé, dit M. J. Roux, puisqu'on n'a pas trouvé dans les musées des os anciennement frappés par des balles sans traces d'ostéomyélite, puisqu'on n'a pas trouvé d'observations cliniques d'insuccès dans les désarticulations, de succès dans les amputations des os lésés, pratiquées dans les conditions spéciales que j'ai signalées, les bases de mon travail n'ont pas été ébranlées, et je dois maintenir mes conclusions. »

M. *Larrey* pensait que M. J. Roux ne ferait que résumer les débats. Comme l'orateur a jugé à propos de discuter de nouveau la plupart des questions soulevées, il croit devoir déclarer que cette nouvelle argumentation n'a pas modifié sa manière de voir, et il maintient toutes ses objections.

Discussion sur la valeur fébrifuge du sulfate de cinchonine.

M. *Bouchardat*. Les objections que m'a adressées M. Briquet ont porté principalement sur l'action physiologique du sulfate de cinchonine, laquelle serait, d'après ce médecin, plus faible que celle du sulfate de quinine. Je pense que cette opinion repose sur un procédé vicieux d'expérimentation. J'ai démontré, par des expériences plus précises, que le sulfate de cinchonine a, au contraire, une action physiologique beaucoup plus énergique, et qu'il tue plus rapidement, à dose égale, que le sulfate de quinine. J'insiste sur cette particularité, parce qu'on s'exposerait, si l'on n'en tenait compte, à donner lieu à des accidents toxiques en forçant les doses du sulfate de cinchonine.

Quant à l'association du sulfate de cinchonine et du sulfate de quinine, recommandée par M. Michel Lévy, je l'approuve entièrement.

L'orateur termine en donnant de nouveau lecture des conclusions de son rapport.

Elles sont appuyées par M. Davenne, et approuvées par l'Académie.

M. *Piorry* répond d'abord au discours de M. Michel Lévy. Est-il bien certain, comme l'a prétendu M. Michel Lévy, que beaucoup de fièvres intermittentes guérissent seules? L'orateur est convaincu qu'abandonnées à elles-mêmes ces fièvres guérissent fort peu.

M. Michel Lévy dira-t-il que, pour connaître les fièvres d'accès, il faut aller les étudier en Crimée ou à Rome? Mais à Paris, où nous observons, les étrangers affluent, et nous pouvons, sur des fiévreux, mesurer des rates qui nous arrivent de tous les points du globe.

A lire le discours de M. Michel Lévy, on croirait que le sulfate de quinine est un médicament redoutable. Mais, dit M. Piorry, j'affirme sur l'honneur que, depuis tant d'années que je l'emploie, je n'ai jamais eu à constater le moindre accident résultant de son usage.

L'orateur ajoute qu'aucun succédané du quinquina, le sel marin excepté, ne fait diminuer la rate, et n'a, par conséquent, sur les fièvres une influence qu'on puisse lui comparer. Cependant, selon M. Michel Lévy, M. Laveran a vu des fièvres intermittentes guérir par de l'eau pure. M. Laveran connaît-il la percussion de la rate? Et a-t-il fait, à cet égard, des observations qui puissent être communiquées?

On a parlé aussi du prix élevé de la quinine, comme si dans les questions d'une telle gravité il était permis d'invoquer des raisons de mesquine économie.

Quant au dosage, M. Piorry doute qu'on obtienne des succès avec de faibles doses ; aussi y a-t-il bénéfice à donner tout de suite le sulfate de quinine à haute dose, afin de ne pas s'exposer à y revenir si souvent.

L'orateur arrive ensuite à M. Bousquet. « Si M. Bousquet, dit-il, avait lu mes ouvrages, il aurait vu qu'à chaque page de mon *Traité de médecine pratique* j'établis que les accès intermittents ne sont pas nécessairement sous la dépendance de la rate. J'ai eu soin d'énumérer toutes les lésions des autres organes qui peuvent provoquer ces sortes d'accès. Je n'ai commis nulle part cette énormité de rapporter à la rate la cause de l'intermittence, cette grande loi du système nerveux, qui est, en définitive, la véritable origine des accès de fièvre.

» M. Bousquet a invoqué contre moi les fièvres larvées? Est-ce que je ne les connais pas, moi qui ai montré précisément combien le gonflement de la rate était d'un heureux augure dans ce cas, et qui ai publié une observation de tétanos guéri par le sulfate de quinine chez un malade qui avait la rate grosse?

» M. Bousquet m'a reproché d'avoir vanté le sel marin dans le traitement de la fièvre intermittente; mais je ne suis pas l'inventeur de cette médication; je n'ai été que le rapporteur d'un travail de M. le docteur Salmon Désort sur ce sujet.

» Je ne relèverai pas les plaisanteries de M. Bousquet touchant les incertitudes de Boerhaave à la fin de sa carrière. Je veux seulement lui dire que les théories, quelles qu'elles soient, se jugent à la clinique, et que rien dans son discours n'est de nature à entamer mes convictions. Je maintiens donc tout entiers les termes de ma première communication.

M. *Bousquet :* Le discours de M. Piorry sur le traitement des fièvres intermittentes allait passer inaperçu, comme celui qu'il prononça en 1855 dans une discussion sur la variole, si je ne m'étais hâté, conformément à nos conventions formelles, de monter à la tribune pour y ramener l'attention de l'Académie. Si je me suis permis quelques remarques légèrement critiques, c'était un artifice de langage pour donner plus de prix à mes éloges. On m'a dit cependant que M. Piorry s'y était mépris ; je ne puis le croire. J'ai traité ses doctrines avec justice, avec importance, avec trop d'importance peut-être ; j'ai fais plus, j'ai beaucoup exalté M. Piorry au détriment de son maître, M. Audouard, qui, après avoir proclamé pendant quarante ans que l'obstruction de la rate était inséparable de la fièvre intermittente, a emporté dans la tombe le regret de se voir enlever sa découverte par un élève qu'il a pourtant honoré de ses louanges.

Dire que la fièvre intermittente gît dans la rate, c'est à peu près comme si l'on disait que la glande lacrymale contient le rire parce que cette glande se gonfle et répand des larmes quand on rit.

M. Piorry espère se sauver à la faveur des ténèbres ; comme les fonctions de la rate sont inconnues, il profite de cette obscurité pour hasarder ses conjectures. La rate, selon lui, n'aurait donc été créée que pour couver, pour engendrer la fièvre intermittente. Quelle noble fonction pour un organe!

La conséquence immédiate de cette théorie, c'est qu'on échapperait infailliblement à la fièvre intermittente en se faisant enlever la rate. Eh bien! non ; l'expérience en a décidé autrement, comme le prouve l'exemple de cet homme, qui eut la fièvre intermittente après l'ablation de la rate, et comme l'établissent les relevés de M. le docteur Boghe (de Gand), qui a compté dix-sept malades atteints de fièvres d'accès sans aucune lésion de la rate.

Il est vrai que si la rate n'est pas enflée, M. Piorry attribue la fièvre à une névralgie du plexus splénique, ou à une névralgie intercostale, ou à une névralgie des reins, de la vessie, de l'utérus, des ovaires, etc.!

D'autre part, on rencontre, surtout dans les pays marécageux, assez bon nombre de rates obstruées sans fièvre d'accès. Qu'y a-t-il d'étonnant, s'écrie M. Piorry, qu'un organe si profondément altéré soit inhabile à remplir ses fonctions? Est-ce qu'on y voit d'un œil crevé? Non! on n'y voit pas ; mais il y a peut-être quelque différence entre l'œil et la rate : il est plus sûr, j'imagine, que l'œil est fait pour voir, qu'il ne l'est que la rate est faite pour susciter la fièvre intermittente.

Pauvre fièvre! je viens de lire dans Chomel qu'on l'a fait venir successivement du foie, de l'estomac, des intestins, du mésentère, de la peau, des nerfs, de la veine porte, etc., et maintenant on la relègue dans la rate, le plus obscur de tous les organes!

M. Bousquet termine en annonçant qu'un jour peut-être il exposera devant l'Académie l'ensemble des doctrines de M. Piorry.

M. *Piorry* déclare qu'il n'a rien à répondre au discours de M. Bousquet.

Présentation.

M. *Laborde*, interne des hôpitaux, présente un *bras artificiel* destiné à remplacer le membre supérieur, à quelque hauteur qu'il ait été amputé. M. Laborde développe le mécanisme de ce nouveau système d'appareil prothétique, imaginé et exécuté par M. José Gallegos, de la Havane.

M. *Larrey* croit devoir faire remarquer que l'idée première de ces ingénieux appareils appartient à M. Van Petersen, dont on semble oublier trop facilement le nom et les services.

M. *Laborde* répond et démontre que le mécanisme de l'appareil de M. Gallegos ne ressemble à rien de ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 18 MAI 1860.

Communications et observations diverses.
Lectures de rapports.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi du pessaire à réservoir d'air globuleux, par M. le docteur Kums.

L'instrument que M. Kums désigne par le nom de *pessaire à réservoir d'air globuleux* n'est autre que la *boule élastique* que l'on vend dans les magasins de jouets d'enfants. C'est une enveloppe sphérique en caoutchouc vulcanisé, insufflée d'air et hermétiquement fermée. M. Kums préfère cette boule aux pessaires à air ordinaires, auxquels il reproche d'être à la fois dispendieux et infidèles. Il emploie des boules de 6 à 8 centimètres de diamètre. Leur application, dit-il, est assez facile, surtout quand on prend la pré-

caution d'en choisir qui ne soient pas fortement tendues, et que, leur donnant une forme circulaire par une pression assez forte sur deux points opposés, à l'aide du pouce et du medius, on les présente de champ à l'anneau vaginal. Elles s'arrondissent et se tendent, une fois introduites, parce que l'air qu'elles contiennent s'échauffe et se dilate.

Pour retirer ces pessaires, il faut généralement les percer, mais ce n'est pas là un grand inconvénient, parce qu'ils se vendent à un prix modéré, et que d'ailleurs ils sont susceptibles d'être raccommodés parfaitement.

M. Kuns pense que ces appareils sont surtout indiqués chez les personnes où il existe une grande sensibilité des parties, au point de rendre insupportable la pression d'un corps dur ; chez celles qui sont très maigres, et surtout promptement amaigries; quand il s'agit de soutenir un organe qui, par ses états successifs de vacuité et de réplétion, a besoin de reposer sur un corps qui le suive dans ses mouvements d'extension et de retrait, comme la cystocèle vaginale, ou bien encore, quand la cavité du vagin étant très grande et à parois relâchées, l'anneau est rétréci, soit naturellement, soit accidentellement, au point de rendre très douloureuse et même impossible l'introduction d'un pessaire non élastique d'un volume convenable. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars 1860.)

De l'emploi du saccharure de colchique dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire, par M. le docteur JOYEUX (de Mirecourt).

Des observations nombreuses qu'il a pu faire paraissent à M. Joyeux de nature à établir : 1° que le saccharure de colchique préparé avec le suc frais de la fleur est un des moyens les plus sûrs que le praticien puisse avoir à sa disposition pour combattre les accidents qui dépendent des diathèses goutteuse et rhumatismale.

2° Que les effets curatifs de colchique sont dus, non pas à son action irritante sur le tube digestif, mais bien à la puissance sédative des alcaloïdes qu'il renferme ; par conséquent, qu'il y a avantage à l'administrer à doses fractionnées et progressivement croissantes, de manière à éviter l'effet purgatif.

Le saccharure de colchique employé par M. Joyeux est préparé avec 100 grammes de suc frais et 500 grammes de sucre, et desséché dans le vide. Il emploie, en outre, pour frictions, un extrait de suc de colchique également évaporé dans le vide. Le saccharure est donné à la dose moyenne de 4 grammes par jour, fractionnés en dix paquets à prendre d'heure en heure.

Depuis que j'ai fait usage de ces préparations, dit l'auteur, je n'ai pas rencontré un seul accès de goutte qui n'ait cédé à deux ou trois jours de traitement. Le rhumatisme articulaire aigu disparaît dans l'espace de quinze à vingt jours. Dans le rhumatisme subaigu, sans obtenir un résultat aussi satisfaisant, j'ai constaté une grande amélioration. Je me suis bien trouvé, dans la plupart des cas, de faire prendre au malade comme adjuvant une infusion de tilleul nitré (2 grammes par litre). (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1860, n° 2.)

Sur les moyens à employer pour prévenir les marques de la petite vérole à la face, par M. le professeur STOKES (de Dublin).

A l'occasion d'une épidémie récente de variole, M. Stokes s'est livré à des recherches sur la valeur de l'ancienne méthode ectrotique et de quelques-uns des moyens qui lui ont été substitués. La méthode ectrotique proprement dite et la ponction des pustules lui ont paru seulement applicables dans les cas où l'éruption de la face est extrêmement discrète et bénigne. Les onctions d'huile et de liniment oléocalcaire ne lui ont jamais donné des résultats satisfaisants ; mais il s'est souvent bien trouvé de l'emploi du collodion, de la glycérine, ou d'une solution de gutta-percha, et de l'application de cataplasmes émollients. Ces derniers sont surtout indiqués lorsque l'affection se présente avec un caractère inflammatoire franchement accusé, tandis que les enduits imperméables et la glycérine réussissent mieux dans les cas à caractère typhoïde. M. Stokes fait d'ailleurs remarquer que c'est surtout dans la forme sthénique ou inflammatoire que la variole laisse volontiers des traces indélébiles; d'après ses observations, cette forme est beaucoup moins fréquente actuellement que par le passé. C'est par cette circonstance que s'explique la plus grande fréquence des cicatrices profondes dans les épidémies des siècles passés. (*Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, février 1860.)

Note sur un cas d'hypertrophie mammaire générale ayant acquis un volume et un poids considérables, par M. DEMARQUAY.

Nos lecteurs se rappellent que M. Manec a enlevé avec succès, l'année passée, deux mamelles énormément hypertrophiées (voy. *Gaz. hebdom.*, 185 , p. 000). M. Demarquay a dû recourir à la même opération, dans un cas où l'une seulement des mamelles (la gauche) était hypertrophiée; elle avait le volume d'une grosse tête d'adulte. La circonférence, à sa base, était de 66 centimètres; sa demi-circonférence, de haut en bas, de 48 centimètres. L'opération ne présenta aucune difficulté sérieuse. L'écoulement de sang veineux fut moins considérable qu'on ne s'y attendait. La tumeur fut facilement énucléée. Un très grand nombre d'artères furent liées, mais aucune n'avait un calibre développé. La plaie fut réunie par des sutures métalliques. La réunion s'effectua par première intention dans la plus grande partie de l'incision, et fut complète au bout d'un temps assez court.

La tumeur ne différait guère, par son aspect général, du tissu normal de la mamelle dans l'état de non-gestation. L'hypertrophie portait à la fois sur les éléments glandulaires et sur la trame fibreuse ; l'examen microscopique ne laisse aucun doute à cet égard. (*Gazette médicale de Paris*, n° 52, 1859.)

De l'intoxication saturnine par la poussière de verre, par M. LADREIT DE LACHARRIÈRE, interne des hôpitaux de Paris.

M. Ladreit de Lacharrière a constaté des accidents d'intoxication saturnine, chez plusieurs femmes qui travaillaient à émailler des crochets pour les télégraphes électriques. Ces crochets sont recouverts de poudre de verre, fabriquée avec les résidus des cristalleries, et en particulier de celles de Baccarat. Les ouvrières, en tamisant cette poudre, travaillent toute la journée dans une atmosphère de poussière très fine, qui ne tarde pas à tomber, mais qui, renouvelée sans cesse, forme un nuage jusqu'au-dessus de leurs têtes. Elles ne manient d'ailleurs aucune autre préparation de plomb. Les accidents dont elles étaient affectées avaient sans doute pour origine la poudre de cristal, sans cesse en contact avec les muqueuses respiratoires et digestives. Le cristal contient en effet environ 32 pour 100 de minium, et M. Pelouze a prouvé par des expériences, que, réduit en poudre fine et agité avec de l'eau mêlée d'une très petite quantité d'acide, il donne avec l'hydrogène sulfuré un dépôt noir de sulfure de plomb.

Quoi qu'il en soit, les manifestations de l'intoxication ont été remarquables chez les malades observées par M. Ladreit de Lacharrière, par leur rapide généralisation dans toute l'économie. Les désordres du côté du tube digestif, qui caractérisaient la colique de plomb, succédaient à un malaise précurseur, dont la durée était ordinairement de quelques jours, et ne tardaient pas à être suivis de troubles du côté du système nerveux. Ces troubles étaient caractérisés par de la douleur et des symptômes de paralysie. Toutes les malades se plaignaient de céphalalgie frontale. Sept sur huit ont accusé une diminution manifeste de l'énergie musculaire et de la sensibilité. Chez une, le sens du goût s'est montré altéré; chez une autre, la vue s'est affaiblie considérablement.

La durée du séjour dans la manufacture, avant l'apparition des premiers symptômes, a duré, chez six malades, de trois semaines à un mois; deux n'ont été atteintes qu'après quatre mois de travail.

Il semble d'ailleurs que l'absorption du produit toxique puisse se faire à la surface de la peau. Les ouvrières qui émaillent les cro-

chets ont toujours la main gauche couverte de poussière, et, chez toutes, la diminution de la sensibilité et du mouvement avait commencé par cette main. (*Archives générales de médecine*, décembre 1859.)

Documents pour servir à la solution de quelques questions controversées sur la syphilis, par M. le docteur Waller (de Prague).

Le travail dont nous donnons ci-après un extrait a été fait à l'occasion des opinions récemment mises en avant par quelques médecins viennois, MM. Hermann et Lorinser en tête. Ces doctrines peuvent se résumer en quelques mots. D'après MM. Hermann et Lorinser, le mercure ne guérit pas la syphilis; les accidents dits syphilitiques secondaires et tertiaires sont le plus souvent la conséquence accidentelle du mercure; l'iodure de potassium est le remède le plus efficace des accidents, parce qu'il débarrasse l'organisme de mercure en l'éliminant par les urines.

M. Waller a fait faire une analyse exacte de l'urine de huit sujets syphilitiques auxquels il faisait subir un traitement mercuriel, et dont il rapporte les observations. Dans tous ces cas, on trouve du mercure dans l'urine sans que l'iodure de potassium eût été administré. Ce métal est par conséquent éliminé par les urines, qu'il ait d'ailleurs été donné à l'intérieur ou administré en frictions, et l'iodure de potassium n'est nullement indispensable pour que cette élimination se fasse. Elle commence quelque temps après le début du traitement et continue ensuite pendant une période indéterminée.

Chez les malades de M. Waller, la présence du mercure dans l'organisme n'était pas douteuse, et pourtant ils ne présentaient aucun symptôme annonçant l'existence actuelle ou l'invasion imminente d'une cachexie mercurielle. L'élimination complète du mercure, d'autre part, ne guérit donc pas les accidents secondaires, etc., de la syphilis, assimilée par MM. Hermann et Lorinser. à une *hydrargyrose*, puisque ce n'est pas sa présence dans l'économie qui produit ces accidents. Aucun des huit malades de M. Waller affectés de syphilis constitutionnelle n'avait pris de mercure antérieurement. Chez trois d'entre eux le traitement mercuriel fut continué avec succès, malgré l'élimination du mercure par l'urine; la présence de ce métal dans l'urine n'est donc nullement une contre-indication formelle à son emploi ni une indication absolue pour l'administration de l'iodure de potassium; il existe des signes bien autrement concluants du mercurialisme.

L'existence d'une syphilis constitutionnelle indépendante de tout traitement mercuriel serait donc bien démontrée, si une telle preuve était nécessaire, par l'histoire des huit malades dont il vient d'être question; elle l'est encore d'une manière irréfragable par les trois inoculations bien connues d'accidents secondaires faites par M. Waller en 1856; ici encore il s'agissait de sujets vierges de tout traitement mercuriel, ce qui n'empêche pas l'apparition d'éruptions papuleuses, d'angine exsudative, et, plus tard, de pustules plates. A l'hôpital de Prague, la syphilis constitutionnelle indépendante de tout traitement mercuriel est beaucoup plus fréquente que celle qui succède à des accidents primitifs traités par le mercure.

Comme preuve de la vérole en dehors de toute action du mercure, M. Waller cite encore l'apparition presque constante d'accidents consécutifs à la suite du chancre, qui n'est guère empêché que par un traitement hydrargyrique. Comment, en admettant que le mercure soit la cause de ces accidents, comprendrait-on qu'il en prévienne le développement?

Se basant sur une expérience très vaste et sur des observations plus ou moins détaillées, M. Waller trace ensuite le tableau bien connu de la syphilis secondaire, soit chez les sujets qui ont subi un traitement mercuriel, soit chez ceux qui n'y ont jamais été soumis. Il résulte de ce parallèle que, dans les deux catégories de faits, on rencontre les mêmes accidents dans des rapports identiques de fréquence, et apparaissant à une époque commune aux deux séries. Ce sont les suivants, par ordre d'apparition : adénopathies cervicales, cubitales et inguinales; syphilides en macules, papuleuses et squameuses; condylomes plats, stomatite et angine exsudative, angine ulcéreuse; syphilis du larynx, des os, du testicule; enfin, lupus.

M. Waller compare à ces accidents ceux qu'il a vus se produire à la suite de la médication mercurielle : érythèmes, eczéma, formation de bulles et d'eschares sur la peau ou les muqueuses par l'application de préparations mercurielles irritantes; érosions de la muqueuse stomacale par l'administration du sublimé, du précipité rouge, etc.; gonflement et ramollissement des gencives; affections diphthéritiques, ulcéreuses ou catarrhales de la muqueuse buccale et pharyngienne; salivation, accompagnée de gonflement des glandes salivaires et des ganglions cervicaux. Quant au tremblement mercuriel et à la cachexie, on ne les rencontre que chez les ouvriers qui manient le mercure. La production de la carie, des gommes et autres affections des os et du périoste sous l'influence exclusive du mercure, n'est, par contre, nullement un fait démontré; rien ne prouve, enfin, que le mercure puisse produire, comme la syphilis, la dégénérescence cireuse ou amyloïde du foie, de la rate et des reins. Il est, d'ailleurs, à remarquer que la plupart des accidents qui peuvent survenir pendant le cours d'un traitement mercuriel sont facilement prévenus par des précautions convenables.

En terminant cette analyse, M. Waller fait observer que le diagnostic des affections syphilitiques constitutionnelles repose sur des principes et des faits qui satisfont aux exigences les plus rigoureuses d'une science sévère, et que l'arbitraire reproché aux partisans de la vérole pure par les *antimercurialistes* est tout entier du côté de ces derniers. (*Prager Vierteljahrschrift*, 1859, t. III.)

De l'exophthalmos cachectique, par M. Fischer, interne des hôpitaux de Paris.

Ce mémoire n'ajoute rien d'essentiel aux travaux de M. Charcot sur la maladie de Basedow (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 886, et 1859, n° 14). M. Fischer a seulement étudié d'une manière plus générale l'exophthalmie liée aux états cachectiques. et son étude le conduit à voir dans ce symptôme l'expression de deux états généraux: l'anémie poussée très loin et l'albuminurie. L'anémie, plus fréquente que l'albuminurie, sert à rendre compte et de tous les symptômes qui accompagnent l'exophthalmie (pâleur, faiblesse, excitation nerveuse, leucorrhée, hémorrhagies, palpitations cardiaques, souffle à la base du cœur, battements artériels, suffusions séreuses), et de l'exophthalmie elle-même.

Celle-ci est produite d'abord par une simple congestion des vaisseaux de l'orbite; plus tard, ces congestions persistant, sont suivies d'une hypertrophie du tissu cellulaire intra-orbitaire ou d'une suffusion séreuse due aux obstacles de la circulation. Dans l'albuminurie, il y a seulement suffusion séreuse.

Quant au goître, il se produit, suivant M. Fischer, par un mécanisme très simple. Sous l'influence des troubles fonctionnels du cœur se font des congestions sanguines dont le résultat, à la longue, est une dilatation des vaisseaux du corps thyroïde; enfin, l'hypertrophie y succède, comme on le voit dans la plupart des tissus soumis à des congestions répétées ou permanentes. Les palpitations du cœur et des vaisseaux sont attribués par M. Fischer à un spasme. Il pense, comme M. Charcot, qu'elles se rapprochent beaucoup des pulsations abdominales idiopathiques des hystériques et des hypochondriaques.

« Mais quant à rapprocher nécessairement l'exophthalmos du bronchocèle et de l'affection du cœur pour en faire un faisceau indissoluble, une sécrétion morbide, c'est là, dit M. Fischer, une erreur qu'on ne saurait trop repousser, et les exceptions à la règle sont si nombreuses, qu'elles la détruisent complétement. Ne voit-on pas qu'au lieu d'une loi on a une coïncidence, digne de remarque il est vrai, mais non constante, et qui provient de ce que la même cause du goître peut, dans quelques cas, donner naissance à l'exophthalmos et aux palpitations. Les exercices violents, l'exposition au froid, le chant, les cris, les parturitions nombreuses, sont des causes communes aux trois affections, mais peuvent les faire déclarer, soit isolément, soit simultanément, dans ce dernier

cas, alors que l'anémie s'y joint. D'ailleurs, si le bronchocèle, les palpitations et l'exophthalmos marchaient de pair, on aurait depuis longtemps observé leur filiation dans les contrées où la population est dégradée presque en totalité par le goître endémique. (*Archives générales de médecine*, novembre et décembre 1859.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies inflammatoires du cerveau, par M. le docteur Calmeil, médecin en chef de maison impériale de Charenton, 2 vol. in-8, Paris 1859, chez J.-B. Baillière et fils.

Il y a trois ans, un interne de Charenton subissait un examen de pathologie devant la Faculté de médecine de Paris. Un des examinateurs (l'agrégé, si j'ai bonne mémoire), lui demanda d'un ton de railleuse incrédulité : « Est-ce qu'on fait des autopsies à Charenton? » Le savant agrégé avait sans doute une distraction dans ce moment; il oubliait (car il est trop érudit pour l'ignorer), qu'une des plus belles conquêtes, une des plus glorieuses justifications de l'anatomie pathologique, la *paralysie générale* ou, comme on l'appelle aujourd'hui, la *méningo-encéphalite diffuse*, est sortie de l'amphithéâtre de Charenton. Mais peut-être l'honorable examinateur pensait-il seulement que les beaux jours de cet amphithéâtre étaient passés, et que, par un de ces revirements si communs dans les choses humaines, le zèle d'autrefois pour les autopsies y avait fait place à la plus coupable indifférence. Il n'en est rien cependant, et je pourrais le prouver d'une manière surabondante en étalant ici pompeusement le catalogue des thèses soutenues, depuis une quinzaine d'années par les internes de cet établissement, et dans lesquelles presque tous les honneurs sont pour l'anatomie pathologique. Mais qu'ai-je besoin d'un si grand nombre de pièces justificatives? J'en tiens une entre les mains qui suffira, je l'espère, à prouver aux plus incrédules que l'amphithéâtre de Charenton ne chôme point, qu'on y fait toujours des autopsies, beaucoup d'autopsies, et surtout qu'on les y fait très soigneusement, non-seulement d'une façon banale et grossière, avec la pince et le scalpel, mais encore d'une manière minutieuse et précise, à l'aide de la loupe et du microscope. J'en prends donc à témoin les deux gros in-octavo dont je vais présenter l'analyse, et qui ont exigé, comme le déclare l'auteur dans son *Avertissement*, l'ouverture d'une multitude de cadavres, des dissections journalières et des préparations microscopiques délicates.

Longtemps soumise aux fluctuations des doctrines régnantes et aux fantaisies de l'hypothèse, la pathologie cérébrale est entrée, de nos jours, dans une voie nouvelle et déjà féconde en beaux résultats. Depuis Pinel et Broussais jusqu'à notre époque, des esprits sérieux et positifs, des observateurs zélés et profonds se sont appliqués à soustraire cette branche importante de la médecine aux incertitudes de la théorie et aux caprices de l'arbitraire, en substituant les enseignements solides et durables de l'anatomie pathologique aux données chancelantes et fragiles d'un physiologisme aventureux. Charenton a eu sa belle part dans ce grand mouvement; il a fourni à cette espèce de révolution pathologique son contingent d'hommes, de faits et de travaux. Un des chefs de la glorieuse phalange, M. Calmeil, dont le nom s'associe à tous les progrès de la médecine du système nerveux, au lieu de s'arrêter en chemin, comme beaucoup de ses éminents collègues, a poursuivi hardiment la tâche commencée. Depuis trente ans, il y travaille sans relâche, et c'est le fruit de ces longues et patientes études qu'il vient d'offrir au public médical.

Je dirai d'abord quel est le plan adopté par l'auteur. Son livre renferme neuf chapitres, consacrés à l'histoire des différentes affections cérébrales, sauf le dernier qui est exclusivement réservé au traitement de ces affections. Chaque chapitre est divisé en quatre articles : le premier article contient un aperçu général, une description dogmatique de la maladie; le second, les observations qui s'y rapportent; le troisième comprend le résumé synthétique des faits précédents et leur signification statistique, au point de vue des causes prédisposantes et occasionnelles, des prodromes, de l'invasion, de la symptomatologie, de la marche, de la durée, de la terminaison, des complications et des lésions anatomiques; le quatrième article est consacré à l'interprétation de ces faits, au rapprochement et à l'examen critique des cas analogues consignés dans les annales de la science, à l'exposé et à la discussion des opinions ou des théories émises par les auteurs les plus accrédités. Enfin cet article se termine par des conclusions où sont formulées d'une manière définitive les convictions de l'auteur touchant la maladie qui fait le sujet du chapitre, et où sont résolus les principaux problèmes qu'elle soulève.

Les observations nombreuses qui enrichissent cet immense travail ne sont pas prises au hasard et placées là pêle-mêle et sans ordre. Parmi les milliers de faits qu'il a recueillis dans sa longue et laborieuse carrière, M. Calmeil a choisi les plus complets, les mieux observés et partant les plus catégoriques. Pas un n'a été admis aux honneurs de la publicité, sans avoir été préalablement soumis au contrôle le plus sévère, à la vérification la plus rigoureuse. Puis l'auteur les a comparés et confrontés mutuellement, et, suivant leurs affinités pathologiques, il les a distribués en séries qui représentent autant de nuances ou de variétés dans chaque espèce morbide.

Il est difficile, je crois, de procéder avec plus de méthode à la confection d'une monographie.

Et maintenant, quelle est l'idée dominante de cette œuvre? Dans quel esprit a-t-elle été conçue? Quel est son but? Quel est son résultat?

La réponse à ces diverses questions se trouve implicitement comprise dans le titre même de l'ouvrage : C'est un *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* ou une *Histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu*, etc. Un pareil titre est un véritable programme et presque une déclaration de principes; il indique clairement les intentions et les tendances de l'auteur; il dispense d'une longue préface.

Comme je l'ai dit plus haut, des cliniciens du plus rare mérite ont réussi, de nos jours, à débrouiller le chaos de la nosologie cérébrale en lui donnant pour base l'anatomie pathologique; mais cette œuvre de régénération, à laquelle se rattachent si noblement les noms d'Abercrombie, de Parent et Martinet, de Lallemand, de Rochoux, de Bayle, de MM. Ferrus, Rostan, Bouillaud, Andral, Cruveilhier, Bricheteau, Gendrin, Parchappe, Durand-Fardel, etc., était demeurée inachevée; malgré les immortels travaux de ces maîtres éminents, il restait encore bien des incertitudes à dissiper, quelques obscurités à éclaircir et des vérités importantes à mettre en lumière. Ces *desiderata* ne devaient pas être imputés au vice de la méthode adoptée par ces grands observateurs, mais bien à l'insuffisance de leurs procédés d'investigation. L'école dite *organicienne* n'avait fait l'anatomie pathologique du cerveau qu'avec les yeux et le scalpel. A cette anatomie imparfaite et, si j'ose le dire, grossière, il fallait ajouter, pour arriver à des résultats plus certains, les opérations délicates des instruments de précision. Déjà des tentatives de ce genre avaient été faites par MM. Gluge, Lebert, Mandl et Robin; mais ce n'était là qu'une ébauche, reposant sur des faits isolés et incomplétement observés. A M. Calmeil était réservé l'honneur de présenter sur ce sujet, à peine exploré, un travail de longue haleine et aussi complet qu'on pouvait l'attendre d'un savant aussi consciencieux et d'un observateur aussi expérimenté.

Fixer la nature de la maladie sur la détermination précise des produits morbides élémentaires, saisir la lésion à son origine et la suivre dans les différentes phases de son évolution, y rattacher aussi exactement que possible, non-seulement les différentes périodes de la maladie, mais encore toutes les nuances de sa manifestation séméiologique, de son expression fonctionnelle, tirer de ces notions des déductions rigoureuses pour le diagnostic et pour le traitement, tel a été l'objet principal des persévérantes recherches du médecin en chef de Charenton. Or, ces recherches ont abouti à un résultat bien inattendu et qui renverse la plupart des idées gé-

néralement reçus; elles ont amené l'auteur à cette conclusion suprême : que les affections ordinairement désignées et décrites sous les noms de *congestion encéphalique*, *délire aigu*, *paralysie générale*, *ramollissement cérébral*, *hémorrhagie cérébrale*, procèdent d'une origine commune et peuvent se rattacher toutes à une lésion primordiale, dont elles ne représentent que des variétés, des formes, des manières d'être différentes. Cette lésion primordiale, originelle, c'est l'*inflammation*. En réduisant ainsi à un type fondamental, en ramenant à l'*unité* les maladies des centres nerveux encéphaliques, M. Calmeil opère une révolution profonde, radicale, dans la nosologie cérébrale. Je vais essayer d'esquisser à grands traits cette grande réforme pathologique.

La congestion cérébrale est souvent le premier et le plus faible degré de la phlegmasie de l'encéphale; c'est une encéphalite légère, brusque, passagère, mais susceptible de se transformer en une lésion plus intense, plus profonde et plus durable. « Les traits de ressemblance, dit M. Calmeil, qui existent en grand nombre entre les attaques de congestion cérébrale à durée temporaire et les encéphalites à durée moins restreinte, frappent à la première vue. Ces deux états pathologiques se déclarent d'une manière à peu près constante sous l'influence des mêmes causes; ils portent également atteinte à l'exercice de la sensibilité, de l'intelligence et du mouvement; l'un comme l'autre, ils ont leur siége dans les petits tubes circulatoires de la substance nerveuse encéphalique; l'un comme l'autre, ils peuvent donner lieu à des suffusions sanguines; l'un comme l'autre, ils paraissent suscités par une modification identique de la vitalité normale; enfin, les états congestifs transitoires et temporaires sont toujours prêts à se convertir en états inflammatoires durables, tandis que les encéphalites anciennes et modérées sont toujours prêtes à s'élever par instants au degré d'intensité des épisodes congestifs les plus violents... » Ainsi, identité de causes et de lésion, similitude de symptômes, réciprocité de rapports, tels sont les liens qui rattachent la congestion cérébrale à l'encéphalite; en faut-il davantage pour établir entre ces deux affections une étroite parenté? Cependant, comme toute parenté a des degrés, M. Calmeil, voyant « dans son mode d'invasion, dans l'expression de ses divers phénomènes fonctionnels, dans le mode de turgescence sanguine qui lui appartient, dans la promptitude avec laquelle l'espèce d'éréthisme vital qui détermine l'accumulation du sang vers l'encéphale, au moment de son explosion, tend à s'affaiblir ou à s'éclipser, d'excellents caractères pour la distinguer, à titre d'espèce, des autres manifestations inflammatoires des centres nerveux intra-crâniens, M. Calmeil applique à la congestion cérébrale le nom d'*encéphalite temporaire* ou de *congestion cérébrale inflammatoire temporaire*.

Ainsi, activité moindre de la cause, fugacité des symptômes, rapidité de la marche, bénignité relative des lésions, consistant simplement dans l'accumulation d'un excès de sang dans les capillaires encéphaliques ou dans l'effusion d'une certaine quantité de sérosité dans l'interstice des éléments nerveux, tels sont les principaux caractères qui distinguent l'encéphalite temporaire de l'encéphalite permanente. « Elle représente, dit M. Calmeil, une nuance, une forme de l'état inflammatoire à son début. »

L'idée de ce rapprochement de la congestion cérébrale et de l'encéphalite n'est pas neuve dans la science. On la trouve en germe dans les travaux de Broussais; et Lallemand et M. Bouillaud ont aussi cherché à la faire prévaloir. Seulement, ces auteurs ne l'ont pas appuyée sur des faits aussi nombreux, sur des preuves aussi imposantes que vient de le faire M. Calmeil. Il a manqué surtout à leur démonstration le contrôle de l'examen microscopique, si habilement mis à profit par le médecin de Charenton.

C'est en vain qu'on chercherait dans l'ouvrage que j'analyse un chapitre spécialement consacré à la *méningite*. Cette affection, sur laquelle on a tant écrit et sur laquelle on disserte journellement, soit dans les amphithéâtres, soit au lit du malade, M. Calmeil la rejette à titre de maladie simple et isolée. Il n'admet point qu'elle puisse exister seule et indépendamment d'une inflammation simultanée de la couche corticale du cerveau. « Ce n'est pas uniquement, dit-il, à un état phlegmasique des vaisseaux de la pie-mère encéphalique qu'on doit attribuer la manifestation des différentes espèces de délire inflammatoire; les faits prouvent clairement que l'élément cortical du cerveau participe constamment dans les cas de ce genre à l'état inflammatoire des méninges; c'est donc le nom de *péri-encéphalites* ou de *méningo-péri-encéphalites* aiguës qui convient le mieux à de pareilles phlegmasies. » Si cette vérité n'a pas encore frappé les observateurs, c'est que dans les autopsies l'attention est tout d'abord et plus particulièrement attirée par les lésions si manifestes des membranes cérébrales. Que si l'on ne négligeait pas de tenir compte du degré de rougeur, d'injection de la substance corticale et de noter les changements de consistance qu'elle a subis, on se laisserait le plus souvent convaincre par la rougeur des vaisseaux de la pie-mère, par l'intimité des adhérences qui la fixent à l'élément nerveux plus ou moins injecté, ecchymosé, érodé et ramolli, que la surface du cerveau n'est point restée étrangère à la violence de l'inflammation. Mais on acquiert plus intimement encore cette conviction en étudiant la pulpe cérébrale sous la lentille d'un microscope. On trouve alors la substance nerveuse envahie par le travail inflammatoire. Les tubes vasculaires apparaissent nombreux, distendus, gorgés de sang; leurs parois sont comme saupoudrées de fins granules moléculaires de couleur grise; ces mêmes granules, quelquefois associés à des corpuscules pyoïdes, infiltrent par endroits les éléments nerveux, les dissocient et les compriment.

Des dissections infiniment multipliées depuis de longues années ont démontré à M. Calmeil la constance de ces lésions chez les sujets morts de méningite, d'hydrocéphale aiguë, de manie furieuse, etc. L'analogie et la discussion des faits le portent à croire qu'il a dû en être ainsi dans toutes les observations du même genre rapportées par les auteurs, aussi bien que dans les cas de méningite tuberculeuse et de méningite épidémique. Il estime donc qu'on doit réunir dans un même groupe toutes les perturbations fonctionnelles qu'on a coutume de rapporter à la phrénésie aiguë, à l'arachnoïdite, aux différentes formes de méningite, à l'hydrocéphalie, à la manie, au délire aigu, à la fièvre chaude, à la fièvre cérébrale, à la fièvre maligne, à la fièvre comateuse et même à certaines variétés d'hystérie, d'éclampsie, de *delirium tremens*, de mélancolie et à d'autres types d'aliénation mentale dite dynamique.

Telle est l'hécatombe que M. Calmeil immole résolûment sur l'autel de l'anatomie pathologique; et c'est avec ces débris des doctrines immolées qu'il dresse un piédestal à la *péri-encéphalite*.

Telle est la pensée fondamentale du TRAITÉ DES MALADIES DU CERVEAU. L'auteur nous excusera d'y restreindre notre analyse. Un ouvrage tel que le sien, entièrement édifié avec des faits, et portant sur de nombreux points de la pathologie cérébrale, ne peut être résumé brièvement; et l'on ne peut prendre une idée du contenu qu'en le lisant. C'est ce que feront tous ceux qui portent quelque intérêt à cette partie de la science.

Dr A. LINAS.

VII

VARIÉTÉS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher confrère, la publicité donnée en dehors des journaux de médecine à mon mémoire concernant l'hydrofère de M. Mathieu (de la Drôme), m'oblige à une courte explication. Ce fut à la demande de M. Gavarret, rapporteur de la commission de l'Académie, que je consentis à expérimenter ce nouveau mode de balnéation. Il était entendu que mes observations, *favorables* ou *contraires*, seraient adressées à l'Académie de médecine. C'est ce qui a eu lieu. La distribution que M. Mathieu (de la Drôme) a faite de mon travail au corps médical se rattache aux intérêts d'une entreprise sans doute fort légitime, mais à laquelle je suis et dois rester complétement étranger.

Agréez, etc. Dr HARDY.

— Un nouveau don de la somme de 5,000 fr. vient d'être fait à l'Association générale des médecins de France, par M. Rayer, président de l'œuvre.

— Par décret en date du 2 avril, MM. Duméril et Lordat ont été promus au grade de commandeur de la Légion d'honneur. — Par un autre décret, en date du 12 de ce mois, M. Lordat a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le docteur Lélut, père de l'honorable médecin de la Salpêtrière, vient de mourir à Gy (Haute-Saône), à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. M. Lélut avait débuté par la médecine militaire.

— Les médecins du 17e arrondissement de la ville de Paris viennent de se constituer en société. Ont été nommés : président, M. Souchard; vice-président, M. Deschaumes; secrétaire général, M. Bertholle; secrétaire particulier, M. Gaucher; trésorier, M. Pornod.

— A la suite d'une piqûre anatomique, notre honorable confrère, M. le docteur Ch. Phillips, vient de courir les plus grands dangers. Nous sommes heureux d'annoncer qu'il entre aujourd'hui en pleine convalescence.

— Un cercle médical vient d'être constitué à Bruxelles. La commission administrative se compose de MM. Daumeric, Leclercq, Rasse et Deroubaix, médecins; Laneau et Hauchamps, pharmaciens, et Scheller, médecin vétérinaire. Ont été nommés membres suppléants : MM. Prosper Delvaux et Émile Martin, médecins, et Thiriaux, pharmacien. Ce cercle compte dès ce moment 135 membres fondateurs.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire a décidé, dans sa dernière séance, qu'un prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 200 fr., serait décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Diagnostic et traitement de la diphthérie, considérés dans les voies respiratoires, y compris les fosses nasales. » Les concurrents devront appuyer leur travail sur des faits nombreux et bien observés. Les mémoires devront être adressés, avant le 31 mars 1861, et suivant les formes académiques, à M. Blot, secrétaire général de la Société, à Tours.

— Trois médecins sont attachés au corps de *Chasseurs des Alpes*, sous Garibaldi; ce sont les docteurs Ripari, Boldrini et Giulini.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Octobre. Quelques réflexions sur le traitement de la fissure à l'anus, par *Gaussail*. — Otorrhée; mort; induration du pédoncule cérébelleux inférieur, par *Bonafos-Lazerme*. — Recherches sur l'alcalinité comparée des eaux sulfureuses des Pyrénées, par *Filhol*. — Novembre. Fissure à l'anus (suite). — Eaux sulfureuses (suite). — Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse en 1858, par *Ripoll*.

JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI. — Septembre. Clinique (arthrite rhumatismale, hémorrhagie intestinale, météorisme, irrégularité et carie des dents), par *Serres*. — Vomissement observé sur un cheval sans qu'il y ait eu rupture de l'estomac, par *Knoll*. — Octobre et novembre. Fièvre typhoïde suivie d'affection tétanique, par *Arnal*. — Contagion de la fièvre typhoïde des chevaux, par *Mollet*. — Bistournage des solipèdes, par *Lafosse*. — Sur l'alimentation des chevaux, par *Delorme*.

MONTPELLIER MÉDICAL. — Novembre. Remarques sur l'ophthalmie pseudo-membraneuse, par *Bouisson*. — Injections narcotiques sous-cutanées (fin). — Gangrène de la verge occasionnée par une fièvre rémittente, par *Moutet*. — Décembre. Clinique, par *Gubal*. — Des médicaments incompatibles, par *Saint-Pierre*. — Plaie contuse traitée par la ventilation, par *Féraud*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 21. Méthode anesthésique (suite). — Présentations du sommet, etc. (suite). — Métrorrhagie guérie par le proto-iodure de fer, par *Argaing*. — 22. Méthode anesthésique (suite). — Des maladies saisonnières de l'enfance dans nos climats, par *Ronzier-Joly*. — Trois cas graves de laryngite, par *Artaud*. — 23. Méthode anesthésique (suite). — Présentations du sommet, etc. (suite).

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Octobre. Observations d'uréthrotomie par la méthode de M. Maisonneuve, par *Dupuy*. — Cancer de la langue opéré par écrasement linéaire, par *Fischer*. — Concrétions intra-articulaires d'urate de chaux, par *Dégranges*. — Novembre. Note sur le curare et ses propriétés chimiques, par *Perrens*. — Pica pellagreux (suite). — Décembre. Lithotritie : trois observations, par *Dupuy*. — Observations de suicide par strangulation, par *Fischer*. — Pica pellagreux (fin).

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 10. Lettres médicales de l'armée d'Italie, par *Bertherand*. — 11. Maladies de l'armée d'Orient (suite).

L'ÉCHO MÉDICAL SUISSE. — N° 11. Observations d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne à forme convulsive, par *Cornaz*. — L'eau minérale de Saxon (Valais), par *Morin*. — Observation de fièvre pernicieuse syncopale, par *Rouget*. — Du traitement du javart cartilagineux, par *Buchler*. — Moyen de constater le chlore libre dans l'acide chlorhydrique, par *Eymael*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — N° 13. Fièvres larvées (fin). — Exutoires (suite). — De la poche amnio-choriale et de la hernie que peut faire l'amnios à travers la rupture du chorion, par *Mattei*. — 14. (Manque.) — 15. Énorme tuméfaction née d'une métastase sous l'influence d'accès névralgiques périodiques, par *Liégey*. — Exutoires (suite). — 16. (Manque.) — 17. De la chlorose dans les deux sexes, par *Macario*. — Exutoires (suite).

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Octobre. Doctrines médicales (suite). — De l'alimentation dans ses rapports avec le scorbut, par *Comisetti*. — Fracture de la colonne cervicale, par *La Coste*. — Phlegmon général de l'abdomen, par *Petithan*. — Iritis syphilitique, par *Carré*. — Novembre. Doctrines médicales (suite). — Cas de dentition tardive, par *Robert*. — Alimentation dans ses rapports avec le scorbut (fin).

BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 12. Note sur la revaccination, par *Marinus*. — Anévrysme de l'aorte thoracique, par *Germain*. — Discussion sur le diagnostic de la morve. — Tome III, 2e série (1859-1860). — N° 1. Essai des quinquinas, par *Guillermond*. — Mémoire sur les teintures alcooliques, par *Laneau*. — Discussion sur le diagnostic de la gale (fin). — Rétrécissement uréthral traité par l'incision externe, par *Leroy* (d'Étiolles).

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES. — Novembre. Épidémies consécutives à l'inondation de la Loire (fin). — Maladies de la matrice et de ses annexes traitées par les boues de Saint-Amand, par *Charpentier*. — Observations sur le régime des aliénés en Belgique, par *Parigot*. — De l'action des maladies épidémiques sur l'organisme, par *Schuermans*. — Décembre. Régime des aliénés (fin). — Traitement de l'iléus par les laxatifs, par *Goetseels*. — De l'emploi de l'azotate d'argent dans les maladies des enfants et en particulier dans la diphthérie, par *Hauner*. — Maladies épidémiques (suite).

ARCHIV FUER PATHOLOGISCHE ANATOMIE. — 5e et 6e livraisons. Remarques sur les tumeurs des glandes salivaires, par *Billroth*. — Sur la thrombose du canal artériel, par *Rauchfuss*. — Expériences sur le croup, par *Fahrner*. — Sur les éléments du lait et leurs premiers produits de décomposition, par *Hoppe*. — De l'influence de la dilution du sang sur la sécrétion urinaire, par *Herrmann*. — Sur la métamorphose muqueuse du cancer, par *Braune*. — Oblitération de l'artère pulmonaire chez un enfant de quatre semaines, par *Rauchfuss*. — Sur l'emphysème cutané consécutif aux contusions de la poitrine, par *Strauss*. — Cas de gangrène suite d'oblitération veineuse, par *Hueler*. — Sur l'hématine et l'hématocristalline, par *Hoppe*.

ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE. — 3e livraison. Sur l'emploi des sutures multiples pour la réunion des plaies, par *Simon*. — La suture tordue, par *Roser*. — Sur l'asthme thymique, par *Friedleben*. — Formation d'éléments lymphatiques dans le tissu cellulaire de la plèvre et du poumon dans la fièvre puerpérale, par *Wagner*. — La pathologie cellulaire, par *Führer*. — Le climat de l'Égypte au point de vue médical, par *Rultmann*. — Sur la vératrine du *veratrum viride*, par *Uhle*. — Présence d'os nombreux dans les poumons, par *Wagner*. — Observations diverses (alopécie générale de la tête, maladie tachetée, empoisonnement par le cyanure de potassium, péritonite consécutive à une perforation de l'intestin grêle), par *le même*. — Sur l'emploi du laryngoscope, par *Gerhardt*. — Fistule stomacale consécutive à un cancer ulcéré, par *Flinzer*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 43. Division des tumeurs (fin). — Le quassia (suite). — Clinique (suite), par *Ulrich*. — 44. Remarques sur la nomenclature, par *Schultze*. — Remarques sur le traitement des anévrysmes par la compression indirecte, par *Heyfelder*. — Clinique (suite), par *Ulrich* et *Küchler*. — Quelques cas de variole hémorrhagique, par *Frommann*. — Observation de rhinoplastie, par *Zeis*. — 45. Études sur les pertes séminales, par *Dicenta*. — Électrothérapie (suite). — Le quassia (fin). — Les carcinoses, par *Steinthal*. — Clinique (fin), par *Küchler*. — Variole hémorrhagique (fin). — 46. Électrothérapie (suite). — Clinique (gangrène pulmonaire), par *Munk*. — Erreurs de diagnostic, par *Leibermeister*. — 47. Clinique (hémiplégie syphilitique, pneumonies traitées par la digitale, zona de la tête), par *Munk*. — Erreurs de diagnostic (suite). — Clinique (suite), par *Ulrich*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSARZNEIKUNDE. — Tome XIV, 1re livraison. Prophylaxie du choléra, par *Ritter*. — Sur les soins médicaux donnés aux classes pauvres, par *Grossmann*. — Simulation de pierres vésicales, par *Fuber*. — Tentative de pendaison, par *Schmidt*. — Rapports médico-légaux divers.

Livres.

ANNUAIRE DE LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE POUR 1860, résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger pendant l'année 1859, traduits de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol, par le docteur *M.-L. Noirot*. 4e année. In-18 de 400 pages. 3 fr. 50

DES TACHES DE LA CORNÉE ET DES MOYENS DE LES FAIRE DISPARAITRE, par *de Bourrousse de Laffore*, médecin en chef de l'hospice impérial des Quinze-Vingts. Brochure in-8 de 36 pages. 1 fr. 50

DE LA PLURALITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par le docteur *J. Rollet*. In-8 de 87 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

ICONAUTOGRAPHIE DE JENNER, par le docteur *Munaret*. In-8 de 70 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

QUELQUES APERÇUS SUR LA CHIRURGIE ANGLAISE, par le docteur *J. Topinard*. In-4. Paris, Coccoz. 2 fr. 50

ON THE NATURE OF THE SUBSTANCE FOUND IN THE AMYLOID DEGENERATION OF VARIOUS ORGANS OF THE HUMAN BODY (Sur la nature de la substance trouvée dans la dégénération amyloïde de divers organes du corps humain), par *F. Harris*. In-8 de 28 pages avec une planche. Westminster.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er du chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 25 MAI 1860. N° 21.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 25 avril au 14 mai 1860.

73. FOREST, Ernest-Stanislas, né à Yvré-l'Évêque (Sarthe). [*De la dysenterie épidémique.*]

74. GUIBERT, Jean-Louis, né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). [*Essai sur les lois des effets physiologiques des courants électriques, et les règles qu'il faut en déduire pour les applications thérapeutiques.*]

75. BECK, Edmond, né à Steenvoorde (Nord). [*Du panaris.*]

76. PÉAN, J.-E., né à Marboué (Eure-et-Loir). [*De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie.*]

77. PANOU DE FAYMOREAU, Arthur, né à Nossi-Bé. [*Fièvres intermittentes.*]

78. VERCHÈRE, Antoine, né à Vaise-Lyon (Rhône). [*Quelques considérations générales sur l'éducation naturelle physique des enfants, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence, première et seconde enfance; règles hygiéniques qu'il faut suivre dans les fonctions organiques pendant cette période du développement.*]

79. NICOLAS, L.-E., né à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Essai sur la transfusion du sang.*]

80. SICARD, François, né à Nersac (Charente). [*Des fractures du col chirurgical de l'humérus.*]

81. HUSSEIN, Mirza-Mohammed, né à Téhéran (Perse). [*Du traitement de la fièvre intermittente par l'acide arsénieux.*]

82. MÉTIVIER, Théophile, né à Crennes (Mayenne). [*Du croup.*]

83. PIÉRART, Hippolyte-Ernest, né à Crépy (Aisne). [*De l'inertie de la matrice, ou faiblesse, diminution, cessation, troubles divers des contractions utérines pendant l'accouchement.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

BOURBON.

FEUILLETON.

Littérature médicale.

1°

M. Moreau (de Tours) : La psychologie morbide (1). — Vicomte de Lapasse : Essai sur la conservation de la vie (2). — M. Descuret : La médecine des passions (3). — Le baron de Feuchtersleben et M. Foissac : Hygiène de l'âme (4). — M. Ch. des Étangs : Du suicide politique (5).

2°

Le *Mingens ad parietem* à Montpellier et en Angleterre.

Si l'on veut apprendre à quel point les croyances auxquelles on s'arrête, par sentiment ou par réflexion, sur les questions primordiales de la médecine, gouvernent l'étude et commandent la solution de la plupart des problèmes sociaux, il n'y a qu'à parcourir coup sur coup, comme nous venons de le faire, des ouvrages où des médecins instruits, mais de tendances diverses, s'appliquent à interpréter l'homme intellectuel et moral. La médecine a sur la politique, en de telles matières, un avantage considérable. La première ne juge que les masses, et les juge sur leurs actes extérieurs; la seconde juge les individus, et les juge sur le témoignage de leur organisme. L'une ne voit que des faits, dont elle cherche le plus souvent en vain à pénétrer le sens à l'aide de moyens grossiers, tels que ces informes et volumineuses statistiques dont les éléments ne peuvent être contrôlés, et elle regarde les scènes changeantes de

(1) *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou de l'influence des névropathies sur la dynamique intellectuelle*, par le docteur Moreau (de Tours). 1859, 1 vol. in-8°. Paris, Victor Masson.

(2) *Essai sur la conservation de la vie*, par M. le vicomte de Lapasse. 1860, 1 vol. in-8°. Paris, Victor Masson.

(3) *La médecine des passions*, par le docteur Descuret, 3e édition, 2 vol in-8°. Paris, chez Labé.

(4) *Hygiène de l'âme*, par le baron E. de Feuchtersleben, traduit de l'allemand par le docteur Schlesinger-Rahier. 1 vol. in-12. Paris, J.-B. Baillière.

Hygiène philosophique de l'âme, par le docteur Foissac. 1 vol. in-8°, 1860. Paris, J.-B. Baillière.

(5) *Du suicide politique en France*, par le docteur Des Étangs. 1 vol. in-8°. Paris, Victor Masson.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 24 mai 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : INCIDENT. — PERCHLORURE DE FER CONTRE LE PURPURA. — MÉTHODOLOGIE MÉDICALE. — OBLITÉRATION DU COL UTÉRIN CHEZ LA FEMME ENCEINTE. — ILE DE LA RÉUNION : DU *séringos* OU DYSENTERIE PURULENTE. — HOPITAUX MILITAIRES FRANÇAIS A TURIN. — THÈSE DE M. BAZIRE : DES RÉSECTIONS ARTICULAIRES.

L'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, dans laquelle M. Piorry avait répondu au discours de M. Bousquet, avait été suivie d'une petite scène *extra muros* entre le premier de ces orateurs et un médecin du Val-de-Grâce, étranger à l'Académie. Il était arrivé à M. Piorry, rétorquant des assertions de médecins militaires, de risquer cette parenthèse : « *Si médecine militaire il y a.* » *Inde iræ.* Nous connaissions cet incident, dont nous tenions le récit de bouche bien instruite; nous n'avions pas cru, néanmoins, utile d'en parler, d'abord parce qu'il s'était passé hors de la salle des séances, puis parce qu'il n'avait eu aucun caractère grave, et s'était même terminé par des protestations de sympathie. Mais M. Dubois (d'Amiens), justement préoccupé de bruits où le fait était grossi, avait demandé à M. Piorry des informations, que celui-ci s'est empressé de donner dans une lettre où il rend aux choses leurs proportions réelles, et pleine de déférence pour les médecins des armées, particulièrement pour ceux d'entre eux qui appartiennent à la Compagnie. Cette lettre a été lue publiquement; nous espérons qu'elle aura calmé les susceptibilités qui ont inspiré à M. Michel Lévy la note portée par lui à la tribune, et que nous reproduisons; susceptibilités très honorables, nées d'un sentiment élevé de la considération du corps qu'il représente avec beaucoup de distinction, mais que ce sentiment même a exagérées, suivant nous. Il n'a jamais été douteux à nos yeux, il n'est plus douteux pour personne, que M. Piorry, en paraissant décliner, par une boutade, l'autorité spéciale de la médecine militaire, *en tant que militaire*, n'a fait qu'exprimer une opinion qui, entendue en son sens littéral, est exacte pour une grande partie de la pathologie, et, en tout cas, n'a rien de désobligeant pour personne. M. Piorry et M. Lévy peuvent se donner la main, après comme avant.

— Nous ne regrettons, dans l'excellent rapport de M. Devergie sur le travail de M. Pize (de Montélimart), relatif à l'emploi du perchlorure de fer contre le purpura, qu'une seule chose; c'est qu'il ne se soit pas expliqué, avec l'autorité de sa grande expérience, sur les chances de guérison spontanée et rapide de la maladie, particulièrement de la forme de *purpura simplex* qui est caractérisée par de larges taches. Assez fréquemment, et la semaine dernière encore, nous avons vu ces taches disparaître en trois ou quatre jours, sans l'aide d'aucune autre médication que l'usage d'une tisane amère. Comme les expériences de la commission ne portent que sur onze cas, si notre observation a quelque valeur, cette *théorie du bonheur* dont parlait récemment M. Jules Roux pourrait n'être pas absolument inapplicable aux résultats observés.

Quant à la théorie de l'action thérapeutique, la supériorité de la médication par le perchlorure de fer sur l'ancien traitement rappelé par M. Devergie, donnerait à penser que la stypticité du sel ferrique y entre au moins pour une certaine part. Le médecin de Saint-Louis faisait autrefois sucer aux malades, il est vrai, des tranches de citron, en même temps qu'il leur administrait des ferrugineux et des toniques; mais nous croyons qu'aucun suc végétal n'arrive à l'état acide dans le sang, et que le jus de citron lui-même, après qu'il a passé par les voies digestives, tend plutôt à alcaliniser le sang qu'à l'acidifier.

— A la même séance, M. Ferrus a traité, à l'occasion d'un rapport sur un mémoire de M. Chapelle (d'Angoulême), les plus hautes questions de méthodologie médicale. L'Académie doit être lasse, pour le moment, de philosophie; sans quoi, elle eût prêté plus d'attention à la lecture de ce rapport et plus d'intérêt aux vues qui y sont exprimées.

M. Depaul enfin s'est occupé, dans une lecture originale, de l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte et de l'opération que réclame cet état pathologique. Il a eu la fortune de rencontrer trois cas de grossesse avec *soudure complète* du col; c'est un contingent précieux dans l'histoire d'une lésion si rare, et M. Depaul en a tiré le parti qu'on devait attendre de son esprit judicieux et de son habileté technique.

—Le MONITEUR DE L'ÎLE DE LA RÉUNION publie *in extenso* un mémoire de M. le docteur Vinson, dont nous avons déjà dit quelques mots d'après les COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES (*Gazette hebdomadaire*, t. V, p. 75), et relatif à l'affection désignée sur la côte d'Afrique sous le nom de *séringos*. Comme cette maladie se rapproche beaucoup de notre dysenterie, et comme rien ne nous paraît plus intéressant, et surtout plus utile aux progrès de la pathologie, que

---

la société sans autre intérêt que celui des contre-coups qu'elle en peut ressentir. L'autre assigne aux faits leurs raisons, ou tout au moins en va chercher le mobile directement à leur origine : dans les replis du cœur humain, qu'elle connaît mieux que personne; dans les dispositions et prédispositions somatiques, qu'elle seule sait observer. Et, comme conséquence, la politique n'a contre les maux de l'humanité que des remèdes empiriques, ordinairement répressifs et très rarement préventifs, où la punition tient cent fois plus de place que l'amélioration, et qui s'appliquent indistinctement, aveuglément, à des séries d'individus marqués par la loi ou par la règle administrative. La médecine, au contraire, sachant mieux d'où vient le mal, sait mieux comment on peut s'en garantir, et, loin qu'elle ne songe qu'à réprimer, c'est souvent jusqu'à l'utopie, — utopie généreuse, — qu'elle porte ses aspirations de perfectionnement moral et d'élévation intellectuelle.

Voyez ce qui se passe sur deux points qui se touchent, mais qui malheureusement se touchent plus dans la logique des choses que dans nos institutions : dans la sphère judiciaire et dans celle de l'éducation. Des fournées de coupables défilent chaque jour devant des juges qui, le délit ou le crime constatés, ouvrent leur Code et appliquent la peine. Au delà comme en deçà de cette exécution, rien. Le violateur de la loi n'est et ne peut être qu'un coupable aux yeux du tribunal. Il a eu intérêt à commettre le vol ou l'assassinat; il a été emporté par la colère, par la jalousie, par la cupidité, par des désirs brutaux; c'est tout ce qu'il est besoin de savoir pour condamner. Tous les ans on dresse le bilan de ce terrible compte; on constate que tel genre de crime, l'infanticide, l'atteinte à la propriété, etc., a augmenté de fréquence ou diminué; on établit un rapport plus ou moins douteux entre lui et quelques faits contemporains, comme l'abondance ou la disette, la suppression ou la création de certaines institutions, et tout est dit. Combien la perspective s'agrandit pour le médecin! Sous quel jour différent lui apparaissent ces lignées de malfaiteurs que la justice frappe sans relâche et qui renaissent toujours de la même souche pendant une série de générations! Sans contester en aucune façon à la Société le droit de se défendre, sans absoudre non plus l'asservissement aux mau-

l'étude des modifications imprimées aux espèces nosologiques par les climats, nous entrerons dans des détails suffisants pour donner une idée exacte et complète de la forme décrite par notre confrère de la Réunion. L'observateur à qui l'on doit déjà de précieuses notions sur l'*ulcère de Mozambique* est un guide à qui l'on peut se fier.

Le *séringos* règne, avons-nous-dit, sur la côte d'Afrique. On l'a trouvé aux Comores, mais seulement chez les Cafres que l'Afrique y envoie. Il en est de même à la Réunion; au moins M. Vinson ne l'y a-t-il jamais rencontré chez les indigènes, bien qu'il soit admis par la tradition locale que ceux-ci l'ont pris par contagion à l'époque de la traite. A Madagascar même, on ne rencontre que la dysenterie ordinaire et point le *séringos*.

Voici le tableau symptomatologique de la maladie :

« Le Cafre atteint du *séringos* est d'abord pris de diarrhée, de coliques vives; il tombe dès le début dans la plus grande prostration. A cette première période succèdent des selles sanglantes mêlées de pus, et bientôt après des selles purulentes. En même temps le découragement s'empare du malade : il devient insensible à tout, ne se soutient plus, chancelle et tombe. Ses joues se creusent, ses traits se contractent : il dépérit à vue d'œil. La maigreur est si complète, que le malade devient squelette avant la mort. Il se jette hors du lit, se traîne au dehors sur la terre, et là, nu, il s'abandonne. Tantôt, dans le décubitus dorsal, il tient ses jambes écartées, et laisse s'écouler de l'anus béant un flot continu de pus blanchâtre ; tantôt, couché sur le côté et les jambes rétractées, une longue traînée de pus s'écoule de l'anus entr'ouvert ot roule sur les ischions saillants et amaigris, comme une cascade contre un rocher noirci et anguleux. Cependant le ventre du sujet est rétréci et comme attaché aux reins : on se demande où les intestins se sont réfugiés. Cette contraction de l'abdomen ne s'efface même point après la mort. La peau est froide ou sans augmentation de chaleur. Le pouls s'affaiblit de bonne heure : on le cherche avec difficulté et à peine s'il est perceptible, tant il est faible, délié et retiré ; mais cependant, quand on parvient à le saisir, on constate sa fréquence dans sa faiblesse. Le malade, sans délire, reste dans l'anéantissement physique et moral le plus complet : il refuse tout, ne veut plus même boire. Les menaces et la douceur sont également impuissantes à l'y obliger. Il se laisserait mourir dans cette posture, sans proférer une seule parole. Le regard ne tarde pas à prendre une singulière expression : il devient vague et terne ; la pupille s'élargit et le globe oculaire paraît d'une blancheur extraordinaire. Le malade ne se soulève plus du milieu des selles purulentes dont il est inondé ; il s'affaiblit et meurt dans l'épuisement, sans râle, sans agonie. »

La succession des périodes est généralement rapide; assez souvent même le passage a lieu d'emblée de la période bilieuse à la période purulente, qui est ordinairement la plus longue.

A l'*autopsie*, la quantité de pus trouvée dans le côlon est énorme, surtout dans la partie descendante. L'intestin en est distendu. La langue, le pharynx et l'œsophage sont sains; mais depuis le duodénum jusqu'à l'anus on constate une suite de lésions d'intensité toujours croissante, dont les principales sont l'injection et la tuméfaction de la membrane muqueuse. Le jéjunum et l'iléum sont grisâtres ou violacés, avec turgescence noirâtre des vaisseaux; la muqueuse est tantôt ramollie, tantôt piquetée de sang, d'autres fois semée de taches rouges, qui pénètrent dans la profondeur des tuniques et apparaissent à l'extérieur. Les lésions du côlon sont d'autant plus caractérisées que la maladie s'est terminée plus lentement.

« Dans certains cas, on trouve toute la surface muqueuse du côlon, dans son étendue entière, comme bosselée, recouverte de petites tumeurs adhérentes, comme pustuleuses. Tantôt la muqueuse de tout le côlon, ainsi épaissie, est rouge, rugueuse, semée d'innombrables aspérités ou de petites fongosités à sommets blanchâtres comme des grains de semoule. L'ensemble de ces mille fongosités confluentes fait ressembler la surface du côlon quelquefois à un tissu lardacé, plein de taches ecchymotiques, d'autres fois à une peau de variolé. C'est un conflit de points pustuleux se détachant sur un fond tour à tour grisâtre ou violacé.

» Vers le rectum, le tissu devient plus rouge et plus congestionné; cette rougeur embrasse les trois tuniques muqueuse, musculeuse et fibreuse. Il existe vers cette partie un piqueté rouge ou même des taches lenticulaires noirâtres, comme dans le pourpre. Les veines hémorroïdales sont ordinairement gonflées de sang; les veines du mésentère, la grande et la petite mésaraïques peuvent être vivement congestionnées; mais ces cas ne sont pas constants. Les ganglions mésentériques sont très prononcés et engorgés, noirâtres, mais seulement quand le mal a duré quelque temps. Ces effets consécutifs souvent ne se développent pas. »

Les ulcérations intestinales ne paraissent pas être fréquentes, car l'auteur se borne à dire qu'il *en a rencontré* d'étendue variable, et seulement dans le côlon.

La glande hépatique est quelquefois volumineuse. Rien d'anormal dans les autres organes.

Quant au traitement, quel qu'il soit, il est impuissant, et l'auteur en est réduit à chercher ce qu'il pourrait essayer à l'avenir. Le nitrate d'argent en lavement et par la bouche lui paraît un des moyens les plus rationnels, bien qu'il n'y ait qu'une très médiocre confiance.

---

vaises passions, le médecin même le plus dégagé de préoccupations matérialistes ne peut voir se mêler, dans une même famille, l'épilepsie, la paralysie, le suicide et le crime, sans chercher le lien de cette redoutable association et sans se demander s'il n'y a pas autre chose à faire que de mettre l'épileptique à l'hôpital, le suicidé hors de l'église, et le criminel aux galères.

Ce simple aperçu, auquel la loi sur la presse limite nos remarques, conduit naturellement à la question de l'éducation. On a beaucoup discuté sur la valeur de l'éducation. Les auteurs mêmes que nous avons sous les yeux lui font une part très diverse, suivant qu'ils accordent plus ou moins à l'influence de l'organisation, et nous aurons à nous expliquer sur ce point délicat. Mais tous, et c'est ce que nous voulons constater, tous posent la question sur ses véritables bases. Jusqu'à quel point peuvent être dirigés, modifiés, perfectionnés l'intelligence et le cœur de l'homme? On ne peut le dire qu'après s'être bien rendu compte de la prise que l'éducation peut avoir sur la constitution native du cerveau; car c'est, en définitive, dans le crâne qu'est l'instrument nécessaire de la pensée et du sentiment. Cette recherche est l'affaire des médecins. La débilité d'esprit et les mauvais instincts sont des maladies. Parer à ce grand inconvénient de l'éducation actuelle, d'agir par des procédés uniformes sur des natures disparates; aviser au moyen d'adapter les procédés aux aptitudes, d'agir sur le caractère par le tempérament physique, est encore une œuvre presque toute médicale.

L'influence du corps sur l'esprit ou de l'esprit sur le corps, telle est la question qui est au fond de tous les ouvrages indiqués plus haut, de ceux du moins qui sont du domaine de la pathologie. On peut même ajouter qu'elle se mêle, en quelque mesure, aux deux livres qui ont un autre objet : ceux de M. de Lapasse et de M. des Étangs. Attachons-nous donc à cette question, et voyons à quelles conséquences elle a conduit les auteurs.

(La suite au prochain numéro.)

A. DECHAMBRE.

Qu'est-ce donc que cette maladie? En quoi diffère-t-elle de la dysenterie, en quoi lui ressemble-t-elle?

Son caractère spécial ressort déjà de ce fait (s'il est bien avéré), que les Indiens des tropiques, mais surtout les Malgaches, qui vivent sous la même latitude que les Cafres, et qui sont très sujets à la dysenterie commune, sont tout à fait exempts du *séringos*. Ce n'est donc plus là le produit ordinaire des conditions climatériques communes aux pays chauds; et il faut que soit la Cafrerie elle-même, soit la constitution et le genre de vie des indigènes, soit leur acclimatement dans les pays où ils sont transportés, recèlent quelques conditions pathologiques particulières. On doit reconnaître, en outre, que l'appareil symptomatique et les désordres anatomiques dépassent ce qu'on a coutume d'observer dans les dysenteries des climats tempérés, et même dans celle de l'Afrique française. Enfin, le peu d'importance des complications hépatiques et des ulcérations intestinales dans le *séringos*, si la description tracée plus haut repose sur une base expérimentale assez large, la différencie de la dysenterie ordinaire par des traits assez importants.

Néanmoins il faut prendre garde de mériter le blâme dont Zimmermann frappait les médecins précisément à l'occasion de la dysenterie, et de perdre de vue les rapports des choses en regardant de trop près leurs différences. « Les médecins, dit-il, ont de tout temps pris trop de liberté dans les divisions des espèces de dysenteries; ils ont commis la faute qu'Hippocrate reprochait aux médecins de Cnide, et que Sauvages a commise dans toute sa *Nosologie*, en décrivant comme autant d'espèces particulières des histoires *seulement variées* des mêmes maladies. » A tout prendre, les symptômes et les altérations caractéristiques de la dysenterie se présentent également dans le *séringos;* seulement ils n'y sont pas dans les mêmes relations de fréquence ou d'intensité; et, de plus, certains traits de l'espèce morbide sont identiquement les mêmes dans ces deux affections.

Ainsi, dans l'une comme dans l'autre, on observe la succession des trois périodes, l'empiétement de l'une sur l'autre, les évacuations bilieuses du début et les selles purulentes de la fin, l'épaississement, les boursouflements partiels et les ulcérations de la muqueuse, la turgescence du foie. Seulement le pus est moins abondant, la muqueuse est moins profondément altérée, les ulcérations intestinales et l'hépatite sont moins communes dans le *séringos* que dans la dysenterie. Il en est de ces dissemblances comme de celles qui ont provoqué, au détriment de la clinique, la distinction de la dysenterie rouge et de la dysenterie blanche. Et nous avons de plus ici l'influence des lieux, avec laquelle il faut compter; influence si réelle sur l'espèce morbide la mieux déterminée que, dans la dysenterie même, les ulcérations n'occupent pas les mêmes parties de l'intestin sous toutes les latitudes. Chose singulière, si l'on veut, mais qui n'en est pas moins incontestable; elles tendent à descendre vers le rectum, à mesure qu'on approche des pays intertropicaux.

En second lieu, cette immunité des parties supérieures du tube digestif, signalée dans le *séringos*, est aussi un des caractères de la dysenterie. Et précisément nous voyons les désordres progresser suivant la loi que nous rappelions à l'instant, c'est-à-dire aller s'aggravant de haut en bas, et se concentrer surtout dans la partie descendante du côlon, conformément à ce qu'on devrait attendre de la dysenterie la plus franche se développant, comme ici, sous le ciel de l'équateur.

Nous devons, du reste, en terminant ces courtes remarques, rendre à notre confrère de Bourbon la justice que, tout en distinguant les deux maladies, il est loin de les séparer absolument; il les associe même dans une de ses conclusions comme deux *variétés* d'une même espèce. On peut regretter seulement, et nos lecteurs regretteront surtout, qu'il ait laissé à d'autres le soin de développer les motifs de ce rapprochement.

— Nous avons reçu de M. le docteur Valerio les deux rapports mensuels qu'il a adressés à M. Salleron, médecin principal des hôpitaux militaires français à Turin, sur les malades admis dans la *division des fiévreux* en juin et juillet 1859. Ces rapports, relatifs à un total de 357 malades seulement, dont 67 blessés, ne peuvent servir de base suffisante à une histoire médicale, même la plus restreinte, de l'armée d'Italie; mais nous les signalons comme documents à consulter. Disons seulement que sur ce nombre de malades on a observé 28 fièvres inflammatoires (ou synoques), 17 fièvres rhumatismales, 15 fièvres typhoïdes, 60 diarrhées et 18 dysenteries.

A. DECHAMBRE.

La question des résections articulaires, étudiée depuis une douzaine d'années avec tout l'intérêt et le soin qu'elle mérite, par les chirurgiens anglais et américains, est encore peu connue en France. La résection du coude seulement est à peu près complétement passée dans notre pratique chirurgicale ordinaire; celle de l'épaule a été, depuis quelques an-

---

Nous avons reçu deux nouvelles lettres contenant l'interprétation biblique des expressions *mingentem ad parietem, clausum et novissimum in Israel*. La première lettre est de M. West, d'Alford (Lincolnshire), à qui la GAZETTE HEBDOMADAIRE doit déjà un document intéressant sur le même sujet :

« Monsieur et très honoré confrère,

» J'ai trouvé le passage suivant dans le CLERICAL JOURNAL, numéro du 8 septembre 1857 :

« Dans votre dernier numéro, *J.-B. K.* dit: « Il est bien connu » que les passages des *Rois*, XXI-21 et IX-8 signifient tous les mâles. » Telle est, en effet, sans aucun doute, l'opinion générale, qui » donne ainsi un nouvel exemple des nombreux contresens de phrases » de l'Écriture, dus à ce que l'on ne tient pas assez compte de la » différence entre les mœurs de l'Orient et celles de notre âge et de » nos contrées. Aucun adulte en Orient ne serait capable d'accomplir l'opération dont il est question de la manière décrite (*mingere » ad parietes*). » Les longues robes traînantes des Orientaux les forçant à *couvrir » leurs pieds*, dans des cas de ce genre Gesenius dit que la phrase » en question est une expression méprisante pour un petit garçon, » surtout quand il est fait mention de détruire toute une race ou » toute une famille. *Signé :* EASTWOOD. »

» Ce passage de M. Eastwood est suivi d'une note signée Ed. C. J., où il est dit que la traduction de Gesenius : *Quemcumque masculi generis hominem* (*Thesaurus*, p. 1397), ne s'accorde pas entièrement avec celle d'Eastwood.

» Agréez, etc. » WEST. »

La seconde lettre est de M. le docteur Espagne (de Montpellier) :

« Cher confrère,

La citation biblique de M. Trousseau a défrayé la presse médicale. Une foule d'écrivains se sont plu à rechercher la valeur réelle des paroles du livre sacré. Le sens littéral de ces paroles a trait à

nées, pratiquée plusieurs fois; mais celles du genou et de la hanche ont, jusqu'à présent, rencontré fort peu de partisans. La première a cependant attiré, l'année dernière, l'attention de la Société de chirurgie; un mémoire sur ce sujet lui a été présenté, et M. Follin a fait cette résection sur un de ses malades, à l'hôpital Necker; mais celle de la hanche n'a pas été pratiquée depuis la tentative de Roux, en 1847.

Une thèse inaugurale, présentée il y a quelques jours à la Faculté, par M. Bazire, nous donne, sur cette résection, des détails très intéressants. L'auteur, ancien interne de M. Erichsen, à l'hôpital de l'Université, à Londres, l'a vu exécuter plusieurs fois, et il se trouve, par conséquent, placé dans d'excellentes conditions pour nous éclairer sur la valeur de cette opération, encore nouvelle pour nous.

Charles White (de Manchester), qui le premier pratiqua la résection de la tête humérale, conseilla, en 1770, de reséquer celle du fémur, mais son idée ne fut mise à exécution qu'en 1821, par White (de Westminster), que M. Velpeau, par suite de la similitude des noms, a confondu avec le chirurgien de Manchester. Bien que suivie de succès, la tentative de White attira peu l'attention; aussi ce ne fut qu'en 1845 qu'une brillante résection de la tête du fémur, faite par M. Fergusson, et suivie d'une rapide et complète guérison, tira définitivement l'opération de l'oubli dans lequel elle était tombée.

Répétée un grand nombre de fois, par les chirurgiens les plus distingués de l'Angleterre, elle peut être considérée maintenant comme entrée dans la pratique chirurgicale anglaise, malgré les préventions qu'elle rencontra d'abord et les critiques parfois un peu vives de M. Syme, qui la repousse d'une manière absolue.

Si le malade, dit le chirurgien d'Édimbourg, est affecté de carie de la hanche, il doit mourir (*he must die*); si la coxalgie n'est pas due à la carie, il peut guérir (*he may recover*). M. Syme, du reste, définit la carie : « cette forme d'ulcération des os dans laquelle il n'y a aucun moyen de guérir l'os affecté, » arguant ainsi du pronostic pour déduire la nature de la maladie. Il pense que, dans tous les cas où il existe une carie de la tête du fémur, la cavité cotyloïde est elle-même altérée. Cette question de l'immunité de l'acetabulum a dominé longtemps les discussions sur l'opportunité de la résection de la hanche. M. Bazire lui a consacré un chapitre peut-être un peu trop court, car on ne saurait nier son importance.

Cependant des exemples assez nombreux sont venus prouver : 1° que le fémur étant carié, la cavité cotyloïde peut être saine; 2° qu'elle peut guérir spontanément après que la luxation s'est effectuée ; 3° qu'elle peut être malade au moment de l'opération, et guérir après que la gouge ou la scie a enlevé les portions cariées; 4° que la guérison a pu même (dans un cas appartenant à M. Hancock) s'effectuer bien que la perforation de cette cavité eût permis à l'opérateur de faire pénétrer son doigt dans le bassin.

Trente-deux observations sont rapportées à l'appui des idées de l'auteur, partisan déclaré de l'opération. Bien que nous partagions complétement son opinion sur ce point, et malgré notre vif désir de voir les conclusions de son travail adoptées par les chirurgiens français, nous ne pouvons nous empêcher de lui faire un reproche assez grave. Dans l'état actuel de la question, le seul moyen de vaincre les préventions que rencontre l'adoption de la résection dans les cas de carie des grandes articulations, est d'appuyer la discussion de preuves aussi convaincantes que possible. La chirurgie française, il faut le dire à son honneur, car c'est là un de ses plus beaux titres de gloire, se laisse rarement aller à l'entraînement irréfléchi de la nouveauté. Si beaucoup de questions ont été agitées à l'étranger longtemps avant de pénétrer dans notre pratique, elles ne prennent droit de cité dans la science qu'après avoir été mûrement étudiées au lit du malade et discutées dans nos sociétés savantes, où elles sont, on peut le dire sans être taxé de prétention, jugées en dernier ressort devant ce tribunal quelquefois défiant, mais qui, composé d'hommes éclairés par l'étude et l'expérience, sait reconnaître la vérité et repousser l'erreur de quelque part qu'elle vienne.

Mais une cause, fût-elle excellente, doit s'appuyer sur des preuves suffisantes. Les observations que M. Bazire rapporte dans son travail sont données beaucoup trop brièvement, et cela est d'autant plus regrettable qu'elles perdent ainsi en partie une valeur qu'il eût été facile de leur conserver, car le plus grand nombre sont rapportées *in extenso* dans les journaux anglais et américains. On est tenté de nier ainsi l'opportunité d'opérations dont il eût été aisé de prouver l'utilité, et l'on a d'autant plus de tendance à le faire que les indications de l'opérateur sont très difficiles à préciser.

Il eût été bon également de donner les indications bibliographiques, qui seules permettent de contrôler les opinions de l'auteur, et M. Bazire semble s'être chargé lui-même d'en démontrer l'avantage; car l'observation 28, d'un malade de M. Walton, publiée dans *The Lancet*, 1848, paraît être la

---

une fonction économique dont l'exercice, convenons en, n'est rien moins que surhumain. Vous-même, monsieur, avez fourni aux lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE l'agréable occasion de savourer une interprétation piquante, et si le docteur Aliquis est toujours aussi bien inspiré, je lui promets une série non interrompue de battements de mains. Votre numéro du 4 mai contient la partie la plus savante de l'article de M. le docteur Sales-Girons sur le même sujet. Encore est-il permis de se demander si la curiosité des commentateurs est satisfaite. Les uns veulent que la locution soit prise au propre; d'autres ne l'entendent qu'au figuré. En présence de tant de débats, j'ai senti poindre en moi certains souvenirs classiques, et, dussé-je lasser votre complaisance, je viens vous demander pour eux l'hospitalité de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Comme je ne prétends m'accommoder du plumage de personne, je ne m'attribue pas l'exclusive propriété de ces lignes. Le samedi 28 avril dernier, je lus le feuilleton de votre journal chez mon cher et honoré maître, M. le professeur Courty. Notre lecture était interrompue de réflexions et de sourires approbateurs. Nous partagions le sentiment du docteur Aliquis relativement au *mingens;* quant au *clausum* et au *novissimum*, qu'il avait un peu laissés dans l'ombre, nous cherchâmes à les interpréter. C'est cette exégèse que je vous soumets.

L'examen des textes sacrés cités par la GAZETTE HEBDOMADAIRE permet de les classer en deux catégories : 1° ceux dans lesquels Dieu fait peser ses vengeances seulement sur les individus *mingentes ad parietem;* 2° ceux qui nous montrent l'extension de ces menaces non-seulement sur les *mingentes*, mais encore sur tout ce qui est *clausum et novissimum in Israël*.

Cette inégalité dans le châtiment doit évidemment avoir pour base l'inégalité dans la faute.

Il est facile de s'en convaincre.

L'avarice de Nabal, refusant de reconnaître les services de David, n'est, on peut le dire, qu'un fait isolé ne comportant pas la dépravation de toute une race. Aussi la colère de David n'avait-elle menacé que tout individu *mingentem ad parietem*, c'est-à-dire, d'après

même que celle rapportée sous le n° 29, d'après une leçon faite par M. Solly à Saint-Thomas, et rapportée dans le même journal en 1852, 2e vol., p. 144. La seule différence est que M. Walton attribue la mort à la phthisie et M. Solly à une affection rénale.

Outre les résections de la hanche, pratiquées pour caries articulaires, M. Bazire a cité quelques-unes de celles qui ont été faites pour des plaies par armes à feu. Cette opération a été importée dans la chirurgie militaire étrangère par Heyfelder, Langenbeck, Guthrie, Seutin et plusieurs autres chirurgiens civils, qui avaient su porter, jusque dans les camps où les conduisait leur dévouement à l'humanité et à la patrie, les habitudes de travail et l'amour de la science qu'ils avaient puisés dans la pratique des hôpitaux civils. Faite six fois pendant la campagne de Crimée, mais exclusivement dans l'armée anglaise, cette opération n'a été, il est vrai, qu'une seule fois suivie d'un succès complet, mais la désarticulation de la cuisse a été constamment mortelle. Ce dernier résultat eut mérité d'entrer en ligne de compte dans le débat qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine.

M. Bazire montre avec raison les dangers de l'opération faite trop tardivement. La résection n'est pas, qu'on le sache bien, destinée à entrer dans le traitement ordinaire de la coxalgie ; elle est et elle doit être limitée à des cas exceptionnels. Posée même de cette façon, cette question mérite une sérieuse étude. L'auteur, comme il le dit lui-même, n'a pas eu la prétention de faire une statistique complète ; 42 observations viennent à l'appui de ses idées; elles donnent comme résultat 22 succès, 17 insuccès et 3 cas douteux. Bien que nous n'ayons pas trouvé rapportés les cas de Bigelow, Sayre, Parkman, Buchanan, etc., et que les observations de M. Bazire ne comprennent qu'une partie des 61 observations que nous avons pu rassembler sur ce sujet, les résultats statistiques sont peu changés. La thèse sera consultée avec fruit; elle a le mérite très grand d'attirer l'attention sur un sujet encore peu connu en France, et nous devons nous associer aux vœux que forme l'auteur « pour que cette opération, fille » d'une chirurgie essentiellement moderne et de progrès, la » chirurgie conservatrice, soit plus généralement connue et » adoptée, et qu'elle puisse rendre la santé, tout en leur con- » servant un membre utile, à des milliers d'infortunés que la » science naguère encore se disait impuissante à guérir. »

Dr Léon Le Fort.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, étudiée surtout comme cause de dystocie, par le docteur Depaul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie, chirurgien des hôpitaux, etc.

(Suite. — Voir le numéro 20.)

Le fait que je viens de rapporter me semble curieux à plus d'un titre. C'est, je crois, de tous les cas de ce genre qui sont connus, le seul où le développement de la vessie, pendant la vie intra-utérine, se soit offert avec des proportions aussi considérables. On peut facilement comprendre les difficultés qui se présentèrent quand on a vu le volume d'une semblable tumeur. Les tractions exercées sur la tête et les bras ne pouvaient amener d'autre résultat que celui qu'on obtint, l'arrachement successif de ces parties. L'obstacle ne pouvait être vaincu qu'à une seule condition, l'évacuation du liquide. Mais une double complication existait dans ce cas, et ce n'est pas la première fois qu'elle a été signalée : je veux parler d'un épanchement dans la cavité péritonéale et d'une infiltration considérable de ses parois. Ces deux lésions me paraissent être un résultat purement mécanique expliqué par la compression que la vessie a dû exercer sur les vaisseaux renfermés dans la cavité abdominale. L'absence de toute trace d'inflammation du côté du péritoine ne permet pas une autre explication. Si les membres inférieurs ont échappé à l'infiltration, c'est à l'énorme pression qu'ils ont supportée qu'il faut l'attribuer, pression qui devait s'exercer d'autant plus énergiquement qu'ils ont dû, pendant quelque temps, faire une certaine saillie au-dessus de la tumeur abdominale. On peut juger de son intensité et de sa persistance en songeant à l'aplatissement qu'ils avaient subi sous son influence, et dont il a été question dans les détails de l'autopsie.

C'est à l'oblitération ou à l'absence complète d'une portion du canal de l'urèthre que se rattachent les principales lésions dont il vient d'être fait mention; mais j'ai eu à constater un autre vice de conformation, qui paraît assez commun lorsque l'appareil urinaire présente une semblable disposition. Je veux parler de la terminaison de l'intestin dans la vessie, terminaison telle, dans ce cas, qu'elle explique parfaitement pourquoi aucune quantité de méconium n'avait pu se mêler au liquide renfermé dans cet organe.

Du reste, la poche urinaire n'est pas seulement remarquable par son extrême développement, elle offre une exemple d'hypertrophie considérable, ce qui prouve déjà que, pendant la vie fœtale, elle ne joue pas le rôle unique de réservoir passif, mais qu'elle fait des efforts incessants pour se débarrasser du liquide qui lui est transmis par les reins. C'est surtout dans la partie de la tumeur qui représente le fond de l'organe que cette hypertrophie est

---

nous, et les lignes suivantes vont légitimer notre sens, les individus responsables de leur avarice, les adultes.

Quant à traduire par *homme ou bête, pas même un chien*, ainsi que l'ont fait certains commentateurs, nous pensons qu'il n'y a pas lieu. Lorsqu'il s'agit d'une nation maudite que Dieu veut frapper tout entière, les détails d'extermination, d'une précision extrême, s'appliquent même aux animaux. Samuel ordonne à Saül de prendre les armes contre Amalec, roi de cette race inique, perpétuelle ennemie du peuple de Dieu : « Marchez contre Amalec, taillez-le en pièces, et détruisez tout ce qui est à lui. Ne lui pardonnez point, ne désirez rien de ce qui lui appartient, mais *tuez tout, depuis l'homme jusqu'à la femme, jusqu'aux petits enfants, et ceux qui sont encore à la mamelle, jusqu'aux bœufs, aux brebis, aux chameaux et aux ânes* (1). » (*Rois*, liv. I, XV, 3.)

Venons-en au *clausum* et au *novissimum*.

(1) Toutes nos citations françaises guillemetées de la Bible sont extraites de la traduction de Sacy.

Les prédictions d'Ahias à la femme de Jéroboam, d'Élie à Achab et du jeune prophète envoyé par Élisée à Jéhu, se distinguent de la menace de David à Nabal par la plus grande extension possible. Rien ne doit être ménagé. La colère divine atteindra non-seulement *mingentes ad parietem*, mais encore et *clausum et ultimum in Israel*, et *clausum et novissimum in Israel*. C'est que les crimes de Jéroboam, d'Achab et de Jézabel sont bien plus monstrueux que l'impiété et l'avarice de Nabal.

La destruction complète de la maison de Jéroboam doit être le prix de l'apostasie de ce roi, qui a rétabli dans Israël le culte des veaux d'or, et déclaré religion d'État cette idolâtrie sacrilége. Baasa tua Nabal, fils et successeur de Jéroboam, et régna en sa place. Il tua aussi « tous ceux de la maison de Jéroboam; il n'en laissa pas vivre *un seul de sa race*, jusqu'à ce qu'il l'eût exterminée entièrement, selon que le Seigneur l'avait prédit. » (*Rois*, III, XV, 29.)

La punition de la race d'Achab est peut-être plus terrible. Ces dynasties impures d'Israël, dont chacune surpasse en dépravation

considérable; elle porte principalement sur la tunique musculeuse dont les fibres se dessinent à travers le péritoine, sous forme de colonnes charnues; l'épaisseur est moins grande dans les autres régions; il y a même un véritable amincissement dans les points où se sont produites des espèces de hernies de la membrane muqueuse. Ce développement insolite a d'ailleurs complétement modifié les rapports des diverses régions de la vessie. La portion du bas-fond qui appartient à l'embouchure des uretères, au lieu de rester la partie la plus déclive de l'organe, en représente le point le plus élevé, tandis que le sommet s'est fortement porté en bas et en avant. Il est facile de constater qu'en même temps l'organe paraît avoir subi un mouvement de rotation sur son axe vertical, et que sa région latérale gauche se trouve un peu portée en avant, tandis que la droite s'est dirigée en arrière.

On va voir, dans l'observation suivante, la reproduction presque complète des diverses circonstances qui ont signalé celle que je viens de rapporter, tant sous le rapport des obstacles qui troublèrent la parturition, qu'au point de vue des moyens par lesquels l'art dut intervenir, et des lésions qui furent constatées à l'autopsie. Il est probable d'ailleurs que c'est la première de ce genre qui ait été consignée dans les annales de la science.

Obs. II. — Fait de Paul Portal, qui se trouve consigné dans son ouvrage qui a pour titre : *La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations*. Paris, MDCLXXXV, page 146 et suivantes.

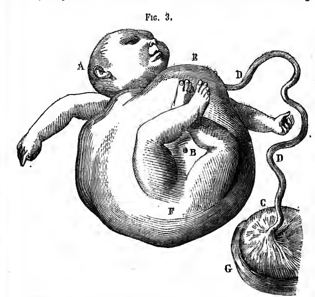
« *De l'accouchement d'un enfant d'une figure extraordinaire et qui n'était ni mâle ni femelle.* — La nuit du deuxième jour d'août 1671, je fus appelé pour l'accouchement d'une femme qui demeure dans la rue de la Mortellerie, laquelle était dans un travail fâcheux, dont la sage-femme ne pouvait venir à bout, quoique très habile. Elle m'avait demandé pour lui donner le secours nécessaire en cette occasion. Je touchai cette femme et je trouvai que la tête de l'enfant était sortie et que l'enfant était mort. J'appris qu'on lui avait donné l'eau du baptême, lorsqu'il avait encore des marques de vie, et je m'efforçai de sauver la mère, voyant qu'il n'y avait plus rien à ménager à l'égard de l'enfant.

J'introduisis mes doigts, les glissant doucement le plus avant que je pus, afin de tirer le corps de l'enfant, mais je fus surpris que la tête quitta le corps et qu'un bras se sépara en deux, et je fus obligé de porter doucement la main pour attirer le reste du corps; mais il me parut au tact une espèce de vessie, comme celle d'un porc lorsqu'elle est pleine d'eau, ce qui m'obligea de me servir d'un crochet aigu que j'introduisis pour donner issue à cette eau, après avoir tenté inutilement avec le doigt de lui faire passage. D'abord que ce crochet eut fait son trou, il sortit environ quatre à cinq pintes d'eau du corps de l'enfant, car celles de la matrice s'étaient écoulées auparavant, et ensuite j'eus plus de facilité (quoique avec beaucoup de peine) de tirer la tête de l'enfant, qui était d'une figure si extraordinaire que j'ai bien voulu le faire dessiner avant que d'en faire l'ouverture.

Il y avait dans l'hypogastre de l'enfant une tumeur qui était fort considérable; elle était longue de six pouces et demi, et cette longueur se mesurait d'un côté du fœtus à l'autre, suivant la région des os des iles. Sa largeur, qui prenait depuis l'os pubis jusqu'au nombril, était de quatre pouces et trois lignes.

Cette tumeur était plus éminente par le milieu que partout ailleurs et en la partie qui descendait de cette éminence vers l'os pubis, il paraissait un petit tubercule rond en sa base, dont le diamètre était d'une ligne et demie, et qui s'élevait en forme de verrue de la hauteur d'une ligne

Fig. 3.



a. L'enfant étant rejoint avec sa tête et son bras, et vu couché sur le dos.
b. Petite éminence en forme de verrue, qui était le point où devait être le conduit de l'urine.
c. Le placenta.
dd. Le cordon ombilical.
e. L'éminence de la tumeur.
f. Les fesses sans anus.
g. Les membranes.

de laquelle, en la pressant, il sortait une goutte d'eau, ce qui fit juger d'abord que la nature avait eu dessein de faire un enfant mâle. Le cordon, qui était encore attaché au ventre de l'enfant, avait à l'endroit du nombril dix lignes de diamètre. L'arrière-faix n'avait rien d'extraordinaire, et était sorti si entier que la mère de l'enfant, nonobstant le rude travail qu'elle avait souffert, ne fut presque point malade et ne souffrit pas plus de douleur qu'elle en avait souffert en ses précédents accouchements, quoiqu'ils eussent été plus heureux. Voilà l'histoire de cet accouchement.

Nous commençâmes ensuite notre dissection par une incision cruciale que nous fîmes au ventre inférieur.

Nous ouvrîmes les téguments depuis le nombril suivant le chemin de la ligne blanche jusqu'à l'os pubis, et de là nous passâmes outre vers le lieu où devait être l'anus, afin de voir s'il serait seulement couvert de la peau qu'on est quelquefois obligé d'ouvrir aux enfants qui naissent, pour donner issue aux excréments.

Ces téguments étant ouverts et l'anus ne se trouvant point en aucune part, non plus que l'urèthre, ni les parties externes de la génération,

---

la dynastie précédente, sont condamnées à périr. Les forfaits d'Achab et de Jézabel ont comblé la mesure. Le châtiment doit être à la hauteur du crime. On sait que *Dieu* fut *trouvé fidèle en toutes ses menaces*, pour parler comme Racine (1). Achab est frappé d'une flèche inconnue entre le poumon et l'estomac. Le char et les rênes des chevaux teints de son sang sont lavés dans la piscine de Samarie, et les chiens lèchent ce sang, selon la parole du Seigneur (*Rois*, III, XXII, 34, 35, 38). Sa femme Jézabel, précipitée, par ordre de Jéhu, d'une fenêtre du palais, teint aussi la muraille de son sang. Foulée sous les pieds des chevaux, elle est dévorée dans le champ de Jezrahel par des chiens affamés qui n'en laissent que le crâne, les pieds et l'extrémité des mains (*Rois*, IV, IX, 33, 35). Soixante et dix fils d'Achab, — Racine dit quatre-vingts, par licence poétique (2), — furent égorgés et leurs têtes rangées en deux tas placés aux portes de la ville (*Rois*, IV, X, 7, 8). Jéhu fit encore mourir *tout ce qui restait* de la maison d'Achab dans Jezrahel et dans Samarie (*Id.*, 11, 17).

Il est évident que l'extermination a été complète lorsque les prophètes avaient annoncé qu'elle atteindrait *mingentes ad parietem, et clausum et novissimum*. Toute l'hérédité des coupables, toute leur maison a participé à la punition divine.

Le premier des trois termes latins s'appliquant aux adultes, quel est le sens des autres?

Clausum doit être regardé comme synonyme du mot *domus* des Latins. Il s'applique à toute la maison et comprend tout ce qui ne participe pas à la vie publique : les femmes, les enfants, les vieillards, les domestiques proprement dits et même les animaux. L'ordre de Samuel à Saül montre que, dans certains cas, ceux-ci doivent être immolés avec la famille coupable. Nous prenons toujours la famille dans le sens antique.

Reste le *novissimum* dont la traduction littérale est *la chose la*

(1) *Athalie*, acte I[er], scène I[re].
(2) Et dans un même jour égorger à la fois
(Quel spectacle d'horreur!) *quatre-vingts* fils de rois.
(Acte II, scène 7.)

que nous cherchions en même temps, nous allâmes plus avant et coupâmes transversalement les muscles droits pour découvrir le péritoine et chercher par ce moyen encore plus exactement les parties externes de la génération du sexe. Mais après une perquisition exacte, nous ne trouvâmes ni anus ni conduit do l'urine, ni verge, ni marque de matrice, ni aucune de ces parties qui servent à jeter les excréments dehors, soit ceux qui descendent des intestins, soit ceux qui sortent de la vessie.

Avant que d'aller plus loin, nous fîmes nos réflexions sur la couleur des muscles de l'abdomen, qui paraissaient avoir été tellement lavés et abreuvés de l'eau qui avait formé en cet enfant l'hydropisie, qu'ils semblaient plutôt membraneux que charnus, la couleur de leurs chairs étant effacée par l'abondance des eaux qui les avaient lavés.

Nous recherchâmes curieusement au-dessous des téguments et des muscles droits l'endroit qui répondait au petit tubercule qui paraissait au bas de l'hypogastre, pour voir si ce n'était point le membre viril ; mais nous ne trouvâmes rien sous ce tubercule qui pût nous le persuader, n'y yant ni vaisseaux spermatiques, ni testicules, ni matrice, ni conduit de a'urine, ni rien de tout ce qui peut faire le discernement du sexe, et nous lcrûmes aisément que cet enfant qui n'avait pu vider ses eaux par l'urèthre, dans la matrice de sa mère, en était devenu hydropique. Ce qui nous donna lieu de conjecturer que les eaux de l'enfant faisaient partie de celles que la femme vide au temps de l'accouchement.

Je suis d'autant plus confirmé dans cette conjecture que j'ai vu en accouchant une femme dont l'enfant venait les pieds devant, lorsque le ventre fut au passage, cet enfant urina par la verge avec impétuosité encore que vraisemblablement il ne respirât pas.

Après avoir exactement dessiné tout ce qui était au dehors du péritoine, nous en fîmes l'ouverture pour découvrir toutes les parties qui étaient contenues au dedans du bas-ventre.

Le péritoine étant ouvert, la partie tuméfiée qui nous avait paru avant la dissection, se manifesta d'elle-même ; c'était la vessie, laquelle était pleine extraordinairement. Nous l'aurions ouverte sur-le-champ, mais ayant vu que le rectum, au lieu d'aller jusqu'à l'endroit où devait être l'anus, aboutissait au fond de la vessie où il était attaché, cela nous obligea de considérer avec attention cette attache.

Le rectum était noir à cause du méconium dont les intestins des enfants sont remplis quand ils naissent. Ce méconium est une substance excrémenteuse, noirâtre, qui s'amasse dans les intestins du fœtus pendant la grossesse, et qui ne se vide qu'après l'accouchement. Et souvent nous sommes obligés de donner aux enfants, quand ils sont nés, de l'huile d'amandes douces, ou de la casse mondée, ou quelque sirop pour faciliter la sortie de cet excrément, afin que le lait de la nourrice ne trouve pas d'obstacle dans les intestins de l'enfant pour lui donner sa nourriture.

Enfin nous ouvrîmes la vessie qui répandit environ une chopine ou trois demi-setiers d'eau claire et sans aucun mélange de noirceur de méconium, quoique après cette ouverture et cet épanchement d'urine il nous ait paru, en pressant le rectum et poussant le méconium vers la vessie, qu'il en était entré une goutte dans le fond de cette vessie. Ce qui nous donna occasion d'ouvrir le rectum environ un pouce au-dessus de la vessie et d'y introduire un stylet à bouton, arrondi par le bout, lequel entra sans violence dans la vessie par le même trou, par lequel le méconium y était entré en pressant l'intestin.

La vessie ayant été ouverte et l'eau qu'elle contenait étant épanchée, elle se resserra très peu, ce qui nous obligea de la considérer en sa substance. Elle était très dure et presque calleuse, épaisse de plus d'une ligne et demie, plus blanche qu'elle n'est ordinairement, ce que nous attribuâmes à l'hydropisie, laquelle vraisemblablement s'était communiquée par l'ouraque à tout le reste de l'habitude du corps d'où le crochet fit sortir une si grande quantité d'eau, que les chairs des parties internes des ventres moyen et inférieur étaient beaucoup plus rouges que les chairs de l'habitude. La tête, quoique arrachée, était fort livide et remplie de sang. Nous remarquâmes à un endroit de la partie interne de la vessie qu'il y avait de petites pierrettes faites comme des grains de sable, qui étaient tellement enfoncées dans le corps de cette vessie qu'il était difficile de les détacher. Elles étaient en la partie latérale du côté droit vers le fond de la vessie, et occupaient l'espace de quatre lignes en longueur et d'une ligne et demie en largeur.

Les reins paraissaient être un amas de glandes ou de chairs glanduleuses jointes et conglomérées ensemble sous une même enveloppe, comme sont ordinairement ceux des jeunes animaux ; ce qui nous fit conjecturer que chacune de ces glandes pouvait produire ces mamelons par où l'urine se distille dans le bassinet du rein.

Il n'y avait rien de remarquable au foie qui avait sa consistance et sa couleur naturelle; ce qui nous donna lieu de conjecturer que l'hydropisie était venue parce que les eaux n'ayant point d'issue faute d'urèthre, avaient été obligées de refluer par l'ouraque dans l'habitude.

On dit vulgairement que les eaux sont percées lorsqu'elles sortent de la matrice, mais c'est parler improprement ; car ce sont les enveloppes qui sont percées et les eaux qui s'écoulent.

Nous découvrîmes les uretères qui aboutissaient à la vessie, nous les conduisîmes jusqu'aux reins et nous n'y trouvâmes rien d'extraordinaire.

Nous cherchâmes les vaisseaux spermatiques voyant qu'il n'y avait aucune apparence de la génération, et nous n'en trouvâmes aucun rameau ni de la veine ni de l'artère, qui allât dans les parties de la génération.

L'estomac était à l'ordinaire, l'épiploon était rangé contre l'estomac. La rate, qui était du côté gauche, était fort pâle. Nous ouvrîmes le thorax, nous découvrîmes le cœur et le développâmes de son péricarde. Il était d'une substance plus rouge de beaucoup que n'étaient les chairs des muscles du bas-ventre.

Les poumons avaient aussi une couleur qui ne marquait pas qu'ils eussent été lavés, ni qu'il y eût eu une hydropisie dans la poitrine. Le reste n'avait rien de remarquable.

L'enfant, suivant la relation qui nous a été faite par la mère, n'était que dans son septième mois.

La mère, depuis ce temps-là, s'est toujours, après son accouchement, fort bien portée. Je priai M. Pequet, qui avait été présent à la dissection que j'avais faite du fœtus, d'aller voir la mère. Nous la trouvâmes en très bonne santé, n'ayant qu'un peu les jambes enflées en suite d'une hydropisie qu'elle avait eu trois semaines avant son accouchement. Elle se porte encore à présent parfaitement bien. »

Quoique cette observation laisse à désirer d'assez nombreux détails, on est frappé de l'analogie qu'elle présente avec celle qui m'appartient. Il s'agit encore ici d'une grossesse qui n'avait pas parcouru toutes ses périodes et qui fut enrayée par un travail prématuré dont on ne signale pas la cause, mais qui trouve son explication dans le fait pathologique lui-même, ainsi que j'espère le démontrer plus loin. Tout parut se passer régulièrement jusqu'au moment où la tête eut franchi les parties génitales ; mais alors sur-

plus nouvelle, *ce qui arrive en dernier lieu*. Cette interprétation est généralement admise. En voici des preuves multiples :

La liturgie romaine a placé dans l'office des morts ces paroles du livre de *Job* : « Je sais que mon Rédempteur est vivant et que je ressusciterai de terre au dernier jour. » (*Redemptor meus vivit et in* novissimo die *de terra surrecturus sum*.) [*Job*, XIX, 25.] On lit dans les *Commentaires* de César : *Quo prœlio sublati Helvetii non-nunquam ex* novissimo agmine *prœlio nostros lacessere cæperunt* (3). « Les Helvètes, fiers d'avoir vaincu dans cette rencontre, nous inquiétèrent quelquefois avec leur *arrière-garde*. » (Édition Nisard.) — Lorsque Didon, abandonnée par Énée, se décide à quitter la vie, elle se jette sur le lit nuptial, où elle va mourir et prononce *les suprêmes adieux*.

Incubuitque toro dixitque novissima verba.
(*Æneid*., lib. IV.)

Ovide exprime la même pensée dans les mêmes termes :

Dixerat hæc Proteus et condidit æquore vultum
Admisitque suos in verba novissima *fluctus*.
(*Métamorph*.)

« Ainsi parle Protée ; il se replonge dans la mer, et le flot étouffe ses *dernières paroles*. » (Édit. Nisard.)

On trouve dans le même auteur, à propos de l'astre du matin, qui précède l'aurore :

Qui vocat auroram cœloque novissimus *exit*.
(*Métamorph*.)

« Il appelle l'aurore, et sort *le dernier* du ciel. » (Même édit.) Ce vers est très précieux pour expliquer le sens biblique du *novissimum*.

La fable *Æsopus laudens*, de Phèdre, nous montre :

Novissime *succumbit, tum victor sophus*.
(III, IV.)

(3) *De bello gall*., I, 15.

vinrent de grandes difficultés que la sage-femme ne put vaincre, et pour lesquelles elle réclama l'intervention de *P. Portal*. Les tractions que fit ce médecin sur la tête et l'un des bras n'eurent d'autre résultat que l'arrachement et la séparation complète de ces parties. Cet enfant était cependant parfaitement frais, puisque quelques instants auparavant la sage-femme avait pu l'ondoyer pendant qu'il donnait encore des signes de vie. Je cite à dessein cette particularité, parce que pour les personnes qui connaissent la résistance de la colonne vertébrale, même dans sa région cervicale, elle donnera la mesure des efforts qui furent tentés.

Dans ce cas encore, la nature de la difficulté ne fut reconnue qu'après qu'on eut fait pénétrer la main dans la cavité utérine. Alors ce qui restait de l'enfant se présenta sous la forme d'une énorme vessie remplissant l'organe. Moins heureux que moi, *Portal* ne put parvenir à la perforer avec le doigt et dut se servir d'un crochet aigu. Il évalue à 4 ou 5 pintes la quantité d'*eau* qui s'écoula, et, malgré cela, ce ne fut qu'avec de grandes difficultés qu'il parvint à extraire l'enfant. C'est qu'en effet il y avait encore dans la cavité abdominale une tumeur considérable qui fut ouverte plus tard, et qui ne contenait pas moins d'une *chopine* (je cite textuellement) d'un liquide clair et sans aucun mélange de méconium. Un examen attentif démontra que cette tumeur était formée par la vessie, considérablement développée et hypertrophiée, puisque ses parois avaient plus d'une ligne et demie d'épaisseur. Comme dans mon observation, le gros intestin s'ouvrait dans sa cavité, avec cette différence toutefois que son orifice, quoique petit, ne l'était pas cependant assez pour empêcher le méconium de s'épancher, et si cet épanchement n'a pas eu lieu pendant la vie fœtale, c'est à une autre circonstance qu'il faut l'attribuer. Les organes génitaux externes manquaient complétement, et rien ne fut trouvé qui indiquât la trace du canal de l'urèthre.

De ce fait, probablement unique à l'époque où il fut observé, *P. Portal* en avait déjà tiré la conclusion que le fœtus urine pendant la grossesse, et que la cavité de l'amnios est le réservoir définitif de la sécrétion des reins. Quant à l'explication qu'il donne de l'hydropisie ascite, elle est évidemment erronée. Elle ne saurait être autre ici que celle que j'ai donnée pour le même fait relaté dans mon observation. Il est encore digne de remarque qu'à part les organes génito-urinaires et la fin de l'intestin, tout était parfaitement conforme chez cet enfant.

Obs. III. — Le cas suivant a été rapporté par M. Fearn (*Lancet*, t. II, p. 178, années 1834-1835). — « Après l'expulsion de la tête d'un enfant, on trouva qu'il était impossible d'extraire le corps, même après avoir mutilé les extrémités supérieures et après avoir vidé le thorax. On sentit alors à travers le diaphragme une tumeur élastique; on la ponctionna et il s'en échappa une quantité considérable d'un liquide aqueux et rougeâtre, et ensuite l'accouchement fut facilement terminé.

A l'examen, l'enfant parut être arrivé au septième ou au huitième mois seulement. Les parois de son ventre étaient flasques, mais considérablement développées. Dans sa cavité, était un énorme sac dont les parois avaient deux ou trois lignes d'épaisseur. Elles étaient traversées en tous sens par de gros vaisseaux très nombreux et gorgés de sang. Une dissection attentive fit voir que ce sac n'était autre chose que la vessie urinaire énormément distendue par la sécrétion des reins; ses fibres musculaires étaient hypertrophiées. Elle n'avait pas de communication avec l'urèthre qui ne se prolongeait que jusqu'à la portion membraneuse, quoique le pénis fût bien développé.

Les reins étaient flasques; leurs portions corticale et tubuleuse étaient beaucoup diminuées par suite de la distension qu'avait subie le bassinet. L'uretère de chaque côté avait, lorsqu'il était insufflé près d'un pouce de diamètre, et d'un côté l'ouverture de l'un de ces conduits dans la vessie admettait facilement le bout du petit doigt. Lorsque la vessie était remplie, elle contenait plus de 2 litres.

Le rectum finissait dans la cavité pelvienne par un cul-de-sac; il n'y avait pas d'anus. De plus, l'extrémité inférieure droite présentait un arrêt de développement. Elle était atrophiée immédiatement au-dessous du genou et se terminait par un pied qui ressemblait en tout point à celui d'un embryon de dix à douze semaines. Dans toutes les autres parties, le corps était bien développé. »

On n'a pas indiqué dans le fait qu'on vient de lire la quantité de liquide qui s'écoula après la ponction; mais toujours est-il qu'elle devait être considérable, et l'on peut s'en faire une idée quand on songe aux nombreuses mutilations dont la tête et le thorax devinrent inutilement le siége. Il est impossible de savoir s'il était en totalité renfermé dans la vessie, ou si, comme dans les deux autres cas, une partie était contenue dans la cavité péritonéale. Quoi qu'il en soit, la poche urinaire était énorme et avait des parois de 2 à 3 lignes d'épaisseur; le canal de l'urèthre ne se prolongeait que jusqu'à la portion membraneuse et manquait entièrement à partir de ce point jusqu'à la vessie. L'anus était également imperforé; mais l'intestin ne s'ouvrait pas dans la vessie et se terminait par un cul-de-sac dans la cavité pelvienne.

Je dois à l'obligeance de M. Dumas, professeur d'accouchement à la Faculté de Montpellier, le fait suivant, qu'il a bien voulu me signaler. Il a été publié dans les *Archives de la médecine belge* (mai, 1842, 5e cahier, p. 10 et suiv.).

Obs. IV. — *Développement énorme de la vessie et des parois abdominales chez un fœtus d'environ huit mois.* — Observation communiquée par M. *Delbovier*, prosecteur adjoint de la Faculté de médecine de Liége.

« Ce fœtus avait des cheveux, des ongles aux doigts et aux orteils. Il présentait une longueur, du sommet du crâne à l'appendice xiphoïde de 12 centimètres; du même appendice au pubis, 11 centimètres (l'abdomen était ouvert).

Aspect extérieur. — Abdomen énormément distendu, présentant du pubis au sternum, une mesure de 34 centimètres; une circulaire passant par le milieu du dos et de l'ombilic, présente une longueur de 51 centimètres.

La face et la mâchoire inférieure du côté gauche sont déprimées par suite de la compression que l'abdomen y a exercé. Ce fœtus n'a pas d'anus, et la verge n'offre pas de traces de corps caverneux.

Description anatomique des viscères contenus dans l'abdomen. La vessie est hypertrophiée, elle est fusiforme, c'est-à-dire rétrécie à ses

---

« Enfin, il s'avoue vaincu; le sage, ainsi reconnu pour maître, lui dit... » (Édit. Nisard.)

Phèdre, du reste, répète plusieurs fois le même adverbe avec un sens identique.

On sait que pendant l'agonie de Tibère, un retour apparent de ce prince à la santé plongea dans la consternation toute la cour romaine, et surtout Caligula, qui attendait impatiemment l'empire. *Cæsar in silentium fixus, a summa spe* novissima *exspectabat* (Tacite, *Annales*, VI, L). « Caïus était muet et interdit, comme tombé, d'une si haute espérance, *à l'attente des dernières rigueurs.* » (Trad. de Burnouf.)

Pline le Jeune écrit à Sparsus : « Vous me mandez que de tous mes ouvrages, le *dernier* que je vous ai envoyé est celui qui vous plaît davantage. » (Trad. de Sacy.) *Librum quem* novissime *tibi misi ex omnibus meis vel maxime placere significas.* (lib. VIII, III) (1).

La comparaison de tous ces textes montre évidemment que *novissimum* doit s'entendre de *ce qu'il y a de plus nouveau, ce qui est survenu en dernier lieu*, c'est-à-dire, dans l'espèce, DES ENFANTS QUI VIENNENT DE NAÎTRE. Ceux-là même, d'après le sens que nous donnons aux prophéties en question, doivent partager le sort de toute la race maudite. En français, nous disons indifféremment le *nouveau-né* ou le *dernier-né*.

Il y aurait bien lieu de rechercher si *ultimum*, qui signifie aussi *le dernier*, doit être regardé comme synonyme de *novissimum*, ou s'il doit seulement s'appliquer aux esclaves, aux personnages les plus infimes, aux derniers de tous... Je me borne ici, sans prolonger la discussion sur un terrain que je ne connais pas assez.

(1) Les expressions *novissime, novissima, in novissimis*, correspondent exactement aux diverses significations de notre mot *dernier*, et se prennent comme lui au propre et au figuré. On peut s'en assurer par le passage suivant de Cicéron : « *Itaque per brevi tempore qui ne in novissimis quidem erat histrionibus ad primos pervenit comœdos.* » (Plaidoyer pour Roscius le comédien.) — « Eros, qui n'était pas même un bouffon du dernier ordre, s'est trouvé bientôt un de nos premiers acteurs comiques. » (Édit. Nisard.)

deux extrémités et renflée à sa partie moyenne, elle occupe pour ainsi dire tout l'abdomen, depuis l'excavation du bassin jusqu'au diaphragme ; elle est inclinée un peu à gauche, et a contracté de nombreuses adhérences avec le péritoine du même côté, au moyen de membranes adhésives ; en haut, elle repousse le foie et le diaphragme vers la poitrine ; elle est appliquée sur la colonne vertébrale et y comprime la rate, les reins et l'S du côlon. La masse intestinale est refoulée à droite. Son diamètre longitudinal (pubio-diaphragmatique) a en longueur 20 centim., le transversal 13 centim., et l'antéro-postérieur 12 centim. Les parois de la vessie ont partout une épaisseur d'environ 5 millim., excepté à sa partie inférieure, antérieure et postérieure, où elle offre plusieurs colonnes charnues qui ont environ 15 millim. d'épaisseur (notez que l'individu a séjourné plusieurs mois dans l'alcool). Derrière le bas-fond de la vessie, se trouvent les vésicules séminales, correspondant au tiers inférieur et antérieur du muscle carré lombaire, et séparées l'une de l'autre par un espace de 9 centim. Elles adhèrent à la vessie par un repli du péritoine. Entre ces deux vésicules se trouve le rectum, qui, après avoir décrit une courbure à gauche, s'abouche dans la vessie par une ouverture qui n'a pas plus d'un millim. de diamètre. Cette ouverture se trouve entre celle des uretères, située un peu plus haut et un peu à droite. A l'extérieur de la vessie, on voit des fibres musculaires très prononcées, et l'on suit facilement la direction des divers faisceaux qu'elles forment.

Les artères ombilicales forment un relief sur les deux côtés de la vessie, et offrent un diamètre de 3 millimètres.

A l'intérieur de la vessie, on aperçoit les ouvertures des uretères qui se trouvent dans les enfoncements de la muqueuse ; au milieu, celle du rectum, en avant et derrière le pubis, celle de l'urèthre, qui est imperforée sous l'arcade pubienne; dans tous les bas-fonds de la vessie, la muqueuse est hypertrophiée et est devenue comme fibreuse ; là elle forme une quantité de saillies et d'enfoncements, dans lesquels viennent s'ouvrir les conduits sus-mentionnés.

Le canal de l'urèthre est imperforé, du moins s'il l'est, l'ouverture en est si petite, qu'il m'a été impossible d'en opérer le cathétérisme ; j'ai bien pu introduire un stylet jusque vers le ligament sous-pubien, par les deux orifices, mais toujours, vers cet endroit, j'ai rencontré un obstacle au passage de mon instrument. De plus, j'ai introduit un tube par les deux orifices, et en soufflant je n'ai pu faire traverser toute l'étendue du canal à aucune bulle d'air.

La longueur du canal est de 5 centimètres, à partir de l'arcade pubienne à l'extrémité du gland. Ce gland est sphéroïde ; ses diamètres sont de 2 centimètres. La verge n'offre pas la moindre trace de corps caverneux, elle est constituée uniquement par le canal de l'urèthre et la peau, qui s'épaissit au sommet pour constituer le gland. Le canal de l'urèthre ouvert présente une surface transversale de 5 millimètres dans sa partie moyenne, et, arrivé au gland, il se dilate énormément et présente là une surface de 15 millimètres ; alors, à l'extrémité du gland, il se rétrécit subitement, et n'offre plus qu'une largeur de 5 millimètres.

Rein gauche hypertrophié : il est appliqué sur le carré lombaire et s'étend sur une grande partie du muscle transverse ; il recouvre les quatre dernières fausses côtes et dépasse leur extrémité antérieure; il descend ensuite sur le bord supérieur de l'os iliaque. Il est à peu près rond et aplati d'avant en arrière ; on y distingue parfaitement plusieurs lobules séparés par des scissures ; il reçoit de l'aorte deux artères du diamètre d'un millimètre, qui se rendent à sa scissure ; il reçoit également de l'ombilicale une artère du même volume, celle-ci pénètre dans son bord postérieur et inférieur. La hauteur du rein est de 6 centimètres, sa largeur de 4 et demi. Le bassinet est très dilaté, de même que l'uretère ; ce bassinet offre environ 2 centimètres de longueur dans tous ses diamètres ; l'uretère est renflé à sa partie moyenne, et offre là le diamètre d'un centimètre ; un peu avant de se rendre dans la vessie, il se rétrécit et n'offre plus qu'un millimètre et demi de diamètre; les parois de ce conduit ont l'épaisseur d'un millimètre. La capsule sus-rénale est unie au rein par un très petit repli du péritoine ; son diamètre transversal est de 15 millimètres, le longitudinal de 12. Le rein et la capsule sus-rénale ont environ partout l'épaisseur d'un centimètre.

Rein droit, très petit, atrophié et d'une apparence fibreuse, présentant dans ses diamètres latéral et longitudinal, la longueur de 15 millimètres ; la capsule sus-rénale offre absolument la même dimension; elle est unie au rein par un repli du péritoine beaucoup plus grand que celui du côté opposé. Ce rein ne reçoit qu'une artère de l'aorte qui est capillaire. Le bassinet n'existe pas, si l'on doit entendre par ce nom une dilatation plus grande que celle du conduit auquel il donne lieu. L'urèthre est percé d'un petit conduit; il a la forme d'un cordon fibreux renflé sur plusieurs parties de son trajet.

La rate est petite ; elle a une forme prismatique bien déterminée. Les bords antérieur et postérieur sont tranchants, le bord interne est mousse ; sa hauteur est de 3 millimètres, sa largeur d'un centimètre. Elle reçoit une petite artère du tronc cœliaque, et est unie au grand cul-de-sac de l'estomac par un petit repli du péritoine et les *vasa breviora*.

Pancréas. Je n'ai trouvé à la place qu'il occupe qu'un petit amas de follicules de la grosseur d'un pois, et je n'ai pu distinguer ni vaisseaux, ni canal excréteur.

Foie atrophié, aplati contre le diaphragme, et réduit pour ainsi dire à une lame mince ; il représente assez bien la forme d'une feuille de trèfle. Son diamètre transversal est de 9 centimètres, l'artère postérieure de 6 centimètres. Le lobe gauche est très mince et tranchant sur ses bords, il n'a que 5 millimètres d'épaisseur ; le lobe droit offre environ partout l'épaisseur d'un centimètre. Le lobe de Spigel est aplati, et on ne le distinguerait pas s'il n'envoyait une lame mince au lobe gauche, pour former un pont à la veine ombilicale. La vésicule biliaire est adhérente au tissu du foie ; elle est assez développée, relativement au volume du foie ; elle contient une matière concrète, solide, brunâtre, ayant assez de ressemblance avec le méconium contenu dans les intestins.

L'artère hépatique est peu volumineuse, elle n'a qu'un millimètre et demi de diamètre ; la veine ombilicale est mieux développée, et présente un diamètre de 3 millimètres.

Estomac très petit : diamètre transversal, 30 millimètres ; diamètre longitudinal, 15 millimètres.

Intestins grêles, très peu développés, n'offrant dans presque toute leur étendue qu'un diamètre de 5 millimètres. Le cæcum est assez développé, relativement aux intestins grêles ; il offre dans tous ses diamètres une longueur de 20 millimètres; l'appendice vermiforme a une longueur de 20 millimètres, les côlons ascendant et transverse n'ont qu'un diamètre de 7 millimètres. Alors ce dernier se renfle insensiblement ; le côlon ascendant offre un diamètre de 20 millimètres, et l'S iliaque 22 millimètres. Le rectum descend en diminuant de largeur, et arrive près de la vessie ; il se rétrécit tout à coup, et n'offre plus à l'endroit où il s'ouvre dans ce viscère qu'un diamètre d'un millimètre. Les fibres charnues du rectum semblent se continuer avec celles de la vessie. La muqueuse offre des plis longitudinaux qui sont très rapprochés à l'ouverture du rectum ; on n'observe pas la moindre trace de sphincter. »

Je crains, monsieur le rédacteur en chef, d'avoir abusé de votre obligeance ; mais elle m'est si connue que j'espère, en y ayant recours, ne pas avoir perdu mon temps. »

A. Espagne.

Montpellier, 16 mai 1860.

Remarques. — Il n'est pas de meilleur guide, pour la détermination du sens de *novissimus*, que Varron et les écrivains des siècles suivants. Varron est, en effet, de l'époque même où le mot venait de s'introduire dans la langue latine ; or, Aulu-Gelle, qui est postérieur à Varron de deux cent cinquante ans environ, s'exprime sur ce sujet de la manière suivante :

« Il est un assez grand nombre de mots depuis longtemps usités dont il est certain que Cicéron n'a pas voulu se servir, parce qu'il ne les approuvait pas. Au nombre de ces mots étaient *novissimus* et *novissimi*. Salluste et M. Caton, et d'autres de la même époque, s'en sont servis largement... L. Ælius Stilon évitait de les employer... Ce que Varron en pensait, on peut le savoir par ses propres paroles, tirées du sixième livre de *De Linguâ latinâ*, *ad Ciceronem*. « Ce qu'on appelait, dit-il, *extremus*, on l'appelle communément *novissimus*. J'ai souvenir qu'Ælius et d'autres vieillards » évitaient le mot comme trop nouveau. En voici l'origine : De » même que de *vetus* on a fait *vetustius* et *veterrimum*, ainsi de » *novus* on a tiré *novius* et *novissimum*. » (Aulu-Gelle, *Nuits attiques*, livre X, c. 21.)

A. D.

Par un décret inséré au *Bulletin des lois*, le cadre des médecins adjoints des asiles d'aliénés vient d'être ainsi fixé : 1re classe : quatre médecins adjoints (2,500 fr. de traitement); 2e classe : six médecins adjoints (2,000 fr.) ; 3e classe : nombre illimité (1,800 fr.)

— M. le docteur Marbeau, de Brives (Corrèze), est mort le 10 mai dans cette ville, après quarante ans d'exercice.

Malheureusement l'auteur s'était borné à publier une note purement anatomique, et on ne savait rien de ce qui s'était passé pendant l'accouchement. Je pris le parti d'écrire directement à M. Delbovier, pour le prier de compléter son observation sous ce rapport, s'il était possible. Voici un extrait de la lettre qu'il voulut bien m'adresser dans le courant de décembre 1853.

» J'ai publié dans les *Archives de la médecine belge, journal des sciences médicales, physiques et naturelles*, Bruxelles, 1842, mai, 5e cahier, page 10, une observation d'un fœtus octimestre présentant plusieurs anomalies; un croquis imparfait accompagne ladite observation. Je n'ai rien dit concernant la délivrance de la mère, parce que, à cette époque, j'aurais pu blesser l'amour-propre de l'accoucheur qui était appelé à délivrer la mère. Aujourd'hui, pour vous être agréable, je peux compléter cette observation au point de vue obstétrical.

« La mère, qui jouissait d'une bonne santé, avait eu précédemment quatre couches heureuses ; dans cette dernière grossesse, elle conserva jusqu'à la fin une bonne santé, ce ne fut qu'un mois avant la délivrance qu'elle eut de la peine à se mouvoir à cause de l'énorme volume du ventre.

« *Parturition.*— Le fœtus présenta au diamètre supérieur du bassin une position des fesses, l'accoucheur dégagea la jambe gauche et opéra de très fortes tractions sur celle-ci, ce qui amena la déchirure des tissus mous de la jambe et la fracture du tibia et du péroné ; voyant qu'il était impossible de terminer l'accouchement de cette manière, le bassin de la mère ayant les proportions normales, on soupçonna une hydropisie du fœtus, l'accoucheur perça le fœtus d'un coup de bistouri un peu au-dessus du pli de l'aine, ce qui amena au dehors une grande quantité de liquide que malheureusement on n'a pas analysé ; le ventre de l'enfant étant désempli, l'accouchement se termina avec la plus grande facilité de même que la délivrance. Les suites de l'accouchement furent heureuses pour la mère qui se rétablit assez promptement.

« Avant de faire subir à son semblable une opération quelconque, il faut poser un diagnostic exact et précis... Voilà, mon cher confrère, le motif pour lequel mon observation a été publiée incomplète. »

(La suite à un prochain numéro.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 14 MAI 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PATHOLOGIE. — *Observation sur l'existence d'un calcul salivaire chez un enfant nouveau-né*, recueillie par M. le docteur *Burdel*, et communiquée par M. *Jules Cloquet*. — Il y a six mois, j'ai présenté à l'Académie un calcul urinaire extrait de la région prostatique chez un enfant nouveau-né par M. le docteur Burdel (de Vierzon). Ce savant et laborieux confrère vient de m'adresser une autre observation qui ne présente pas un moindre intérêt. Il s'agit d'un calcul salivaire, de petite dimension il est vrai, que M. le docteur Burdel a extrait du canal de la glande sublinguale chez un enfant âgé de trois semaines.

Le 3 mai, une pauvre femme amenait à M. Burdel un enfant âgé de trois semaines, et qui, disait-elle, ne pouvait pas teter. La langue n'était retenue par aucun filet, mais sous cet organe, qui était fortement soulevé de la cavité où il est logé, M. Burdel vit que la glande sublinguale offrait un développement excessif. En pressant légèrement, il fit sortir la petite pointe qui termine le calcul, et avec des pinces très fines, après quelques tentatives, il parvint à en faire l'extraction sans être obligé d'inciser. Après cette extraction, l'enfant put reprendre facilement le sein de sa mère. Ce calcul présente le volume et la forme d'un grain de blé.

L'observation de M. Burdel est digne d'intérêt. Évidemment ce calcul n'a pu se développer pendant les trois semaines qui ont suivi la naissance, et je ne connais pas d'exemples de calculs salivaires chez les nouveau-nés, de calculs qui ont dû se former pendant la vie intra-utérine, époque où la salive doit contenir peu de sels. Notre honorable confrère M. Fremy a bien voulu se charger de l'analyse de la concrétion, il a constaté qu'elle était formée presque exclusivement par du phosphate de chaux très basique mélangé avec quelques centièmes de substance organique azotée, qui devait être du mucus des canaux salivaires.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 MAI 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un mémoire sur la vaccine et sur le moyen de conserver le virus-vaccin, par M. le docteur *Prosper Hullin*. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Raphaël* sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1859 dans l'arrondissement de Provins. — *c*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de l'Isère, de la Loire-Inférieure, de Vaucluse, de la Lozère, du Nord et de l'Ariége. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Les rapports de MM. les docteurs *Chevalier*. *Delissode* et *d'Arcet*, et *Buissard*, sur le service médical des eaux minérales de Chaudesaigues (Cantal), de Cambo et de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), et de La Motte (Isère), pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de M. *Richet* et de M. *Broca*, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une lettre de M. *Husson*, directeur-général de l'assistance publique, qui assure le concours de l'administration à la commission académique chargée d'expérimenter l'appareil dit *hydrofère* de M. *Mathieu* (de la Drôme). — *c*. Une note intitulée : *De la cure des hernies étranglées sans opération*, par M. le docteur *Bérord* (de Gensac). (*Commission nommée*, M. Robert, *rapporteur.*) — *d*. Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Coleman de la Rivière* (de Madrid). (Accepté.)

M. *Michel Lévy* lit la note suivante :

« Je tiens à constater, devant mes collègues de l'Académie, comme devant mes collègues du corps médical de l'armée, que je n'ai pas assisté à la dernière séance ; j'aurais protesté, comme je proteste aujourd'hui, contre le silence que notre président a gardé devant les attaques qui sont parties de cette tribune contre les médecins militaires.

» La médecine militaire est une institution publique comprise dans l'organisation même de l'armée ; elle a fait ses preuves, non-seulement sur tous les champs de bataille du monde, mais dans les luttes des Académies, des facultés et de la presse scientifique ; elle a donné à la France un contingent de gloires nationales ; elle possède à juste titre la confiance de l'armée ; toute parole qui, tombée de cette tribune, serait de nature à affaiblir cette confiance, acquiert une gravité extrême. Remarquez qu'elle frapperait en même temps l'enseignement universitaire ; car, depuis dix ans, le corps médical de l'armée ne se recrute plus que parmi les docteurs en médecine. Il y a là une question tout à la fois d'ordre public et de pudeur professionnelle. Je sais bien que les paroles de M. Piorry ne produiront pas cet effet ; mais, après deux discussions qui ont ravivé, dans cette enceinte, le souvenir des dernières campagnes d'Orient et d'Italie ; en présence des services rendus en Algérie par la médecine militaire qui, depuis trente années, a porté si haut l'ascendant de notre profession parmi les populations arabes ; au moment où nos jeunes camarades de l'armée s'exposent, à 5000 lieues de la France, aux atteintes de la guerre et du climat de la Chine, jeter du haut de cette tribune des accents et des gestes d'ironie à cette phalange de médecins militaires qui personnifient le désintéressement et la pureté professionnelle, c'est au moins un acte de mauvais goût, auquel le bureau n'aurait pas dû s'associer par son silence. »

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. Piorry, qui déclare n'avoir pas eu l'intention de blesser ses honorables confrères de la médecine militaire.

M. *Malgaigne* désire que M. Michel Lévy, en présence des dénégations de M. Piorry, renonce à l'insertion de sa note au *Bulletin*, et laisse tomber l'incident.

Lectures et Mémoires.

MÉDECINE GÉNÉRALE. — M. *Ferrus*, au nom d'une commission dont il fait partie, avec MM. *Rostan* et *Jolly*, lit un rapport sur un

mémoire de M. *Chapelle* (d'Angoulême), ayant pour titre : *De la méthode à suivre dans l'étude de la médecine.*

L'auteur se demande, dit M. Ferrus, si cette méthode doit être celle de Descartes ou bien celle de Bacon. Il pense que l'on ne doit pas opposer sans cesse l'un à l'autre ces deux grands philosophes; tous deux acceptent la méthode expérimentale; ils ne diffèrent que par leur point de départ. Bacon applique son attention à l'étude des faits particuliers, rejette le procédé déductif *à priori;* tandis que Descartes, porté aux spéculations pures, dédaigne l'analyse minutieuse pour se livrer aux plus hautes spéculations métaphysiques. L'auteur voit un écueil dans l'une et l'autre de ces directions : l'une aurait conduit Descartes à mettre sa méthode en désaccord avec sa philosophie; quant à Bacon, le rendant trop absolu en sens inverse, elle l'aurait porté à déclarer que l'induction *à posteriori*, pouvait mener seule à la vérité. Il y a erreur dans les deux directions. La bonne méthode, selon l'auteur, consiste à les concilier l'une et l'autre, c'est-à-dire à généraliser après avoir bien observé, ou à se servir à la fois de la méthode inductive et de la méthode déductive; c'est également l'opinion de M. Ferrus.

M. le rapporteur, après avoir longuement discuté les diverses propositions émises par M. Chapelle, conclut en ces termes :

» L'importance attachée par votre commission à l'examen du mémoire de M. Chapelle, et les développements qu'a reçus ce rapport, indiquent que nous n'avons point considéré ce travail comme une œuvre sans mérite. Si l'auteur eût accordé à cette étude intéressante le temps et les soins que le sujet réclame, nous n'aurions pas hésité à en proposer le renvoi au comité de publication. Les lacunes qui nous ont paru exister à cet égard ne le permettent pas; nous croyons juste, toutefois, d'adresser des félicitations à l'auteur pour ses vues sages et judicieuses, de déposer son mémoire dans les archives et d'inscrire son nom sur la prochaine liste des candidats au titre de correspondants nationaux. (*Adopté.*)

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Devergie*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Bouchardat* et *Bouillaud*, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur *Pize* (de Montélimard), ayant pour titre *De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du* purpura hæmorrhagica *et de son action sédative sur le cœur.*

M. Pize, dit M. le rapporteur, a été le premier à signaler les avantages que le perchlorure de fer présente dans le traitement du *purpura*, et à appeler l'attention des praticiens sur l'action sédative qu'il exercerait sur le cœur. Il rapporte dans son mémoire quatre observations relatives au *purpura hæmorrhagica*, d'où il ressort : 1° que le perchlorure de fer est l'agent, par excellence, de la guérison de cette maladie, puisqu'il arrête les hémorrhagies dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, et que, continué pendant quelques jours, il fait rapidement entrer le malade en convalescence; 2° que, puisqu'il produit un ralentissement immédiat dans la circulation, puisqu'il fait descendre les battements du pouls en vingt-quatre heures de 110 à 80 pulsations, le perchlorure de fer exerce une action sédative immédiate sur le cœur.

La commission, dit M. le rapporteur, vu la rareté des cas de *purpura hæmorrhagica*, s'est trouvée dans l'impossibilité de vérifier par l'observation la première proposition de l'auteur. Toutefois, ajoute-t-il, les faits du mémoire, résumés dans le rapport, sont tellement nets, tellement tranchés, qu'elle les considère comme constituant une preuve de l'efficacité du perchlorure de fer dans le traitement de cette maladie.

Mais il existe une maladie très voisine du *purpura hæmorrhagica*, et beaucoup plus commune, surtout à l'hôpital Saint-Louis; c'est le *purpura simplex*. Onze malades ont été traités par le perchlorure de fer. L'administration de ce sel, à la dose de 1 gramme et demi dans 100 grammes de liquide, a donné des résultats des plus remarquables, en ce sens que, dans l'espace de quatre à cinq jours, les taches de *purpura* étaient assez atténuées pour qu'on pût les abandonner à elles-mêmes; en même temps, l'état général s'était singulièrement amélioré; les forces se relevaient très promptement et l'appétit reprenait d'une manière très rapide.

Le traitement, qui consiste à faire sucer aux malades des tranches de citron dans le cours de la journée, en même temps qu'on leur donne des ferrugineux et des toniques, est distancé par le perchlorure de fer. Les effets de ce dernier agent sont presque toujours immédiats, et la maladie marche beaucoup plus vite vers la guérison.

L'emploi du perchlorure de fer sur une granche échelle nous a conduit à faire une observation qui ne nous paraît pas avoir été consignée dans la science. On sait que le *purpura simplex* peut se montrer sous deux formes très distinctes, en dehors de l'existence ou de l'absence de la fièvre; il peut être à formes pétéchiale, lenticulaire, ressemblant à des piqûres de puce; ou au contraire, sous forme de plaques irrégulières, diffuses, uniques ou multiples, et toujours d'une dimension assez grande.

Dans deux cas de la première forme, les seuls que la commission ait pu observer, si chaque éruption ou poussée a paru disparaître un peu plus vite, au moyen du perchlorure de fer, les récidives n'en ont pas moins eu lieu, malgré la continuation du médicament; de sorte que, dans cette forme à éruption successive, le perchlorure de fer n'a pas eu l'efficacité qu'il a montrée dans l'autre. Le purpura lenticulaire, à éruption soutenue, progressant uniformément, cède au contraire très vite au perchlorure.

M. le rapporteur, se demandant à quelle circonstance il faut attribuer ce résultat négatif, la maladie étant la même, la forme et la marche seule différant, explique cette différence dans les résultats par cette considération que, dans les maladies, la cause n'est pas tout; que la forme et la marche sont pour quelque chose dans l'efficacité de tel ou tel agent thérapeutique. Toujours est-il que le perchlorure de fer, administré à la dose de vingt à trente gouttes dans un julep de 100 grammes, en vingt-quatre heures, lui paraît être la médication par excellence du *purpura simplex* non fébrile et du *purpura hæmorrhagica.*

A l'égard de l'action sédative du perchlorure de fer sur le cœur, M. Pize ne cite aucun fait en dehors de ceux qui sont relatifs au *purpura hæmorrhagica*, et dans lesquels on a vu le pouls, qui était arrivé à donner 110 et même 119 pulsations, descendre, par l'emploi du perchlorure, à 80 ou 89 pulsations. Suivant M. Bouillaud, membre de la commission, M. Pize se serait trop hâté de conclure, en attribuant la sédation du cœur au perchlorure de fer. En effet, l'accélération dans les battements du cœur peut être la conséquence directe des hémorrhagies. Si l'hémorrhagie s'arrête, la fréquence diminue.

Arrivant ensuite à la question de doctrine, soulevée par M. le docteur Pize, M. le rapporteur dit qu'il y a deux manières d'expliquer l'influence du médicament : l'une qui consiste à ne considérer que l'action chimique du perchlorure de fer sur les humeurs ou les tissus; l'autre qui ne tient compte que de l'action dynamique. C'est à la première de ces théories que l'auteur se rallie.

M. Devergie, après avoir discuté l'une et l'autre de ces opinions, déclare qu'elles ne lui paraissent pas suffisamment fondées.

« Quelque porté, dit-il, que nous soyons à tenir compte, dans l'économie, des réactions chimiques qui peuvent s'opérer entre les fluides animaux et les agents qui sont mis en contact avec eux, il nous est impossible d'assimiler l'appareil digestif et les vaisseaux à des appareils de laboratoire. Or, la théorie de l'auteur de ce mémoire, qui n'est que la reproduction de celle de M. Burin-Dubuisson, ne fait jouer aucun rôle aux organes; elle est toute chimique. Nous pensons qu'elle doit être rejetée parce qu'elle est trop exclusive.

» Nous en disons autant de l'opinion opposée.

» Frappé de la rapidité d'action du perchlorure de fer sur l'économie, et de ses merveilleux effets dans l'arrêt immédiat des hémorrhagies, ainsi que de la rapidité avec laquelle il relève les forces du malade; prenant en considération les expériences de M. Bruck et d'autres, qui démontrent le passage du fer dans le sang, nous croyons que les préparations ferrugineuses agissent de deux manières : et par leur transport dans le sang, qu'elles tendent à reconstituer; et par leur action directe et stimulante sur les organes auxquels elles impriment plus d'énergie.

» La commission propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Pize; 2° de déposer son mémoire dans les archives; 3° de le

comprendre dans la liste des futurs candidats au titre de correspondant. »

M. *Gibert* fait remarquer que le *purpura simplex* guérissant spontanément, il n'y a pas lieu d'attribuer au perchlorure de fer la cure de cette affection.

Sur la proposition de M. *Trousseau*, la discussion du rapport de M. Devergie est renvoyée à la prochaine séance.

Obstétrique. — M. *Depaul* commence la lecture d'un travail intitulé : *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, et de l'opération qu'elle réclame.*

Les auteurs qui ont écrit sur cet état pathologique sont unanimes, dit M. Depaul, à élever des doutes sur l'authenticité des faits observés, et à attribuer l'obstacle à des déviations du col plutôt qu'à une oblitération de son orifice. Le hasard ayant fourni à l'honorable académicien trois cas dans lesquels une *soudure complète* s'était produite pendant la gestation, il a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de les faire connaître, de les comparer à ceux qui existent déjà dans les annales de la science et d'y puiser les éléments nécessaires pour tracer l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique de cette remarquable et importante lésion.

M. Depaul se contente, aujourd'hui, de rapporter les deux premiers faits qu'il lui a été donné d'observer.

Le premier est relatif à une femme dont le bassin, notablement rétréci, avait exigé, pour un premier accouchement, l'opération de la céphalotripsie. Dans le cas actuel, elle était en travail depuis deux jours, lorsque M. Depaul intervint, mandé par M. le docteur Remondet. Outre le vice de conformation du bassin, M. Depaul constata, par le toucher et par le spéculum, que le col utérin était dépourvu de toute dépression et de toute ouverture indiquant qu'il fût perméable. Ce ne fut encore que deux jours après, que M. Depaul, après avoir pris l'avis de M. P. Dubois, se décida à pratiquer une incision au centre de la portion de la matrice proéminant à la partie supérieure du vagin. L'opération réussit bien et justifia le diagnostic; mais, vu l'étroitesse du bassin, il fallut, cette fois aussi, recourir à la céphalotripsie pour achever l'accouchement.

La deuxième observation se rapporte à une femme multipare, enceinte de sept mois environ, et qui entra, au mois de septembre 1855, dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, éprouvant depuis longtemps des vomissements opiniâtres et presque continuels. Toute médication ayant échoué, M. Trousseau réunit ses collègues de l'Hôtel-Dieu, pour agiter la question de l'avortement provoqué. Sur l'avis de M. Depaul, qui assistait à la consultation, cette opération fut ajournée. Cependant les vomissements persistaient. Le 11 octobre, la malade étant tombée dans une attaque d'éclampsie, M. Depaul fut mandé pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Mais, comme il procédait à l'examen des parties, il reconnut, à l'aide du toucher, et il s'assura par le spéculum, que l'orifice interne du col utérin était complétement oblitéré par une cloison transversale, épaisse et résistante. Cette lésion ayant été constatée aussi par quelques-uns des assistants, M. Depaul pratiqua le débridement, et, lorsque le col fut suffisamment dilaté, il se hâta de terminer l'accouchement à l'aide des forceps. Mais les attaques d'éclampsie continuèrent, et la malade succomba deux jours après.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Des affections strumeuses du rectum, communication à la Société médicale du *Saint-Georges Hospital* de Westminster, par M. le docteur Rouse.

En faisant le travail dont nous donnons ici quelques extraits, M. Rouse se proposait de combler une lacune que l'on remarque dans la plupart des traités classiques, et qui est d'autant plus surprenante, que l'affection dont il s'agit est extrêmement fréquente.

D'après M. Rouse, elle débute par un dépôt de matière tuberculeuse dans les follicules et dans le tissu sous-muqueux. Tôt ou tard ces dépôts sont remplacés par de petites ulcérations taillées à pic, à bords indurés, qui se cicatrisent quelquefois en ne laissant qu'une induration très circonscrite, mais qui plus souvent s'étendent peu à peu, affectant en général une forme demi-circulaire. Par la rencontre de plusieurs ulcères, il peut alors se produire une perte de substance de la muqueuse qui occupe toute la circonférence de l'intestin.

D'autres fois l'ulcère, creux en profondeur, détruit toute l'épaisseur des parois de l'intestin et donne lieu, suivant son siége plus ou moins élevé, à une péritonite ou à des abcès de l'espace pelvirectal inférieur, à des fistules à l'anus, etc. Cette terminaison est rare, parce que le développement des tubercules s'accompagne presque toujours d'un épaississement considérable des parois du rectum.

Dans quelques cas, l'ulcère, en se cicatrisant, est remplacé par un rétrécissement fibreux du rectum qui s'ulcère, par la stase des matières au-dessus de la coarctation; de là une autre source d'abcès et de fistules. Ou bien le bord inférieur de l'ulcère se couvre de végétations condylomateuses qui peuvent acquérir des dimensions considérables, rétrécir fortement la lumière de l'intestin et même l'effacer complétement. Si alors l'affection est négligée, les végétations s'étendent de haut en bas et envahissent jusqu'à leur région anale; lorsque l'anus livre passage à quelques-unes de ces végétations, le sphincter ne retient plus qu'incomplétement les matières fécales. En outre, les condylomes deviennent souvent le siége d'ulcérations douloureuses. Quelquefois encore les condylomes restent circonscrits au siége primitif de l'ulcération; mais le tissu sous-muqueux entre cette partie et l'anus est envahi par une infiltration de lymphe plastique qui rétrécit l'anus et s'accompagne souvent d'érosions.

Le premier symptôme qui dénote ordinairement l'existence de ces lésions, ce sont des selles sanguinolentes, accompagnées plus tard de mucosités plus ou moins abondantes et de douleurs que les malades rapportent à la région sacrée. Plus tard, le ténesme et la diarrhée apparaissent et persistent presque sans interruption; en même temps, les malades éprouvent une sensation de brûlure dans le rectum et de la pesanteur au périnée. On remarque, en outre, fréquemment une vive irritation de la vessie.

Si l'on pratique le toucher rectal à cette époque, on trouve la muqueuse inégale, rugueuse, présentant çà et là des ulcérations peu étendues. A mesure que celles-ci gagnent du terrain, les hémorrhagies deviennent plus fréquentes et plus abondantes. Si le malade ne succombe pas à d'autres lésions tuberculeuses, les symptômes d'un rétrécissement organique du rectum surviennent, et, après les accidents variés qui peuvent accompagner cet état, les malades succombent à des suppurations, à la fièvre hectique, etc.

En traitant cette affection, le premier soin du médecin doit être, bien entendu, d'agir sur l'économie entière par les moyens connus, et surtout de combattre la dyspepsie qui aggrave au moins, en entravant l'assimilation des aliments, la disposition à la tuberculose.

Le traitement local doit être approprié aux lésions qui sont propres à chaque période de l'affection. Au début, quand la diarrhée est un des symptômes dominants, de petits lavements amylacés et laudanisés soulagent beaucoup les malades. Lorsque la cicatrisation des ulcérations tend à amener un rétrécissement du rectum, il faut prévenir cette terminaison désastreuse par l'emploi des divers procédés de dilatation. Quand l'intestin est rétréci par une cicatrice peu épaissi, il est bon de l'inciser et de recourir ensuite à l'emploi méthodique des bougies.

Dans les cas où les ulcérations restent indolentes et ne se cicatrisent pas, des lavements amylacés ajoutés à vingt gouttes de copahu rendent souvent d'utiles services.

Les fistules ne doivent pas être opérées, d'après M. Rouse, lorsque des tubercules existent dans les poumons et dans d'autres

points de l'économie; il pense que cette opération peut avoir pour résultat d'accélérer la marche de la phthisie pulmonaire, et que, s'il n'en est pas ainsi, la plaie ne se cicatrise pas, ou bien il se forme d'autres fistules. L'opération a d'ailleurs l'inconvénient, lorsqu'il existe un rétrécissement, d'être souvent suivie d'incontinence des matières fécales.

Les végétations condylomateuses, réfractaires à l'usage de la bougie seule, sont souvent modifiées avantageusement par l'onguent gris, appliqué à l'aide d'une bougie; si elles s'ulcèrent, il faut recourir à une solution de nitrate d'argent (5 grains par once); si ce moyen ne suffit pas, on lui substitue les applications d'acide nitrique ou de nitrate acide de mercure, que l'on pratique après avoir dilaté l'anus à l'aide d'un spéculum. L'usage do l'iodure de potassium à l'intérieur est un adjuvant utile de ce traitement. (*British Medical Journal*, 17 décembre 1859.)

Remarques sur la diathèse hémorrhagique qui se manifeste quelquefois dans le cours de la phthisie pulmonaire et dans d'autres affections aiguës ou chroniques, par M. le docteur L. LEUDET, professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Rouen.

La coïncidence du *puerpera hæmorrhagica* et de la tuberculisation générale aiguë, déjà signalée par Rokitansky et Waller, a été remarquée par différents médecins. M. Charcot, en étudiant les rapports qui peuvent exister entre ces deux affections, a cherché à établir qu'il ne s'agit pas d'une coïncidence fortuite, mais que le purpura est le symptôme d'une altération profonde du sang, qui est elle-même un effet de la tuberculisation.

M. Leudet a observé un certain nombre de faits qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Sur 244 cas de phthisie pulmonaire, il compte 9 cas d'hémorrhagies se manifestant par un autre organe que le poumon, 5 fois par l'intestin, 2 fois dans les muscles de la paroi abdominale, 2 fois dans la peau, 3 fois dans le cerveau, 1 fois par le nez, 1 fois par les urines. Le plus souvent, les hémorrhagies siégeaient simultanément dans plusieurs organes; elles étaient quelquefois assez abondantes pour compromettre les jours des malades, et, dans tous les cas, l'affection primitive a entraîné la mort peu de temps après l'apparition des hémorrhagies.

Ces hémorrhagies surviennent, d'ailleurs, en général, à une période assez avancée de la phthisie, surtout dans la forme aiguë ou dans les recrudescences aiguës de phthisies antérieurement chroniques ou latentes. Cependant cette règle n'est pas absolue, car on les observe aussi, mais plus rarement, dans la forme chronique. On ne saurait les regarder comme une conséquence des hémoptysie abondantes ou répétées, car sur neuf malades, deux n'avaient eu aucune hémoptysie, ni au début, ni dans le cours de la phthisie. Les entérorrhagies ne peuvent pas non plus être mises sur le compte des ulcérations tuberculeuses, car dans la plupart des cas où elles ont été observées, l'intestin n'était le siége d'aucune altération de ce genre. Il faut donc admettre là une véritable diathèse hémorrhagique, et cette manière de voir trouve un appui de plus dans la généralisation des hémorrhagies qui a été notée plusieurs fois.

M. Leudet range dans la même catégorie de faits des hémorrhagies qu'il a observées dans la pleurésie chronique, le cancer du médiastin antérieur, les maladies du foie, celles du cœur compliquées de maladie du foie, les lésions du rein. Il insiste surtout sur leur fréquence, souvent signalée, dans les maladies du foie, la cirrhose par exemple. (*Gaz. méd. de Paris*, n°s 53 et 54, 1859.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

DIVERSES PUBLICATIONS SUR L'HYDROLOGIE MÉDICALE.

1° **Pougues, ses eaux minérales, ses environs**, par M. le docteur ROUBAUD; 1 vol. in-12. Paris, 1860, à la Librairie Nouvelle.

Enfin, c'en est fait des frimas et des giboulées, et nous pouvons chanter avec le poëte :

Solvitur acris hiem gratâ vice veris et Favoni.

Voici le moment où les heureux de la terre quittent la ville et où le client transfuge pose à son médecin cette inévitable question : « Docteur, quelles eaux me faut-il prendre cette année? » Or, les indications ne sont pas toujours tellement précises qu'on n'éprouve quelque embarras à répondre *ex abrupto*. Eh bien! je veux vous faire faire connaissance avec un petit livre qui me semble avoir, entre autres mérites, celui de simplifier extraordinairement la difficulté.

Votre malade est-il atteint de dyspepsie, de gastralgie, d'entéralgie? — Envoyez-le à Pougues.

A-t-il une maladie du foie, névralgie, hépatite chronique, engorgement, calculs et coliques hépatiques? — Envoyez-le à Pougues.

Est-il diabétique ou affecté d'une lésion de la rate, d'une maladie du pancréas? — Que ne l'envoyez-vous à Pougues?

Est-il affligé d'une néphrite quelconque, simple, goutteuse, albumineuse ou calculeuse? d'une cystite chronique, d'une incontinence d'urine, d'une spermatorrhée? — Hors de Pougues, pas de salut.

Avez-vous des clientes qui se plaignent d'aménorrhée, de dysménorrhée, de leucorrhée, ou chez lesquelles vous ayez constaté des signes de métrite chronique, de catarrhe utérin? — A Pougues, vous dis-je!

Avez-vous affaire à des anémiques, à des chlorotiques, à des scrofuleux, à des goutteux? — A Pougues!.... à Pougues!..... à Pougues!

Ce sont des eaux vraiment merveilleuses; elles guérissent de tous les maux, elles font perdre aux malades jusqu'au souvenir de leurs souffrances; elles anéantissent le vieil homme et le font renaître de ses cendres. Ah! si jamais un antiquaire, quelque peu chimiste et géologue, avait le loisir d'en faire l'analyse, il trouverait certainement qu'elles sont formées de l'union mystérieuse et souterraine des flots du Léthé et des eaux de Jouvence.

Que cette métaphore ne vous donne pas à penser que ce qui vient d'être dit touchant les vertus curatives de Pougues soit du domaine de la mythologie. Je l'ai lu dans un charmant petit volume qui, malgré sa couverture rose-pâle et satinée, est trop sérieux pour égarer les pas du lecteur dans les sentiers enchantés et fleuris de l'hyperbole et de la fable. A coup sûr je n'en répondrais pas s'il était d'Alexandre Dumas; mais il est de M. Félix Roubaud!

M. Roubaud est devenu très vite un hydrologue fervent et un hydropathe zélé; il a reçu depuis si peu de temps le baptême hydrologique, qu'il est peut-être permis de dire de lui qu'il est animé de l'ardeur enthousiaste des néophytes. Joignez à cela l'imagination généreuse et brûlante d'un Provençal, et vous ne serez point surpris que notre distingué confrère ait si utilement employé une première saison passée à Pougues, au triple profit de la science, de l'humanité et de l'établissement dont il est inspecteur.

Son livre est aussi complet que possible. On y trouve même une vue de l'établissement thermal, soigneusement gravée par Wormser, et une carte géographique du canton de Pougues.

La *première partie*, divisée en neuf chapitres, traite de l'historique et de la climatologie de la localité, de la description topographique du bourg et des thermes, des propriétés physiques et chimiques, physiologiques et médicales des eaux de Pougues, de l'hygiène de ces eaux et de la vie qu'on y mène; enfin de leur embouteillage et de leur exportation.

M. Roubaud fait assez bon marché de quelques morceaux de briques et de vieux fragments de colonnes, qui pourraient, à la rigueur, servir à prouver que Pougues fut, sous la domination romaine, une des stations thermales les plus hantées par les patriciens podagres et par les matrones chlorotiques. Il se contente de faire remonter au XVI[e] siècle la noblesse de ces eaux, qui reçurent leurs premiers titres d'Henri III, de Catherine de Médicis et d'Henri IV. Depuis lors, Pougues fut honoré de la faveur des rois, des princes, des philosophes et des poëtes, et visité successivement par Louis XIII, Louis XIV et les personnages les plus illustres de sa cour, par le poëte Adam Billaud et par Jean-Jacques, qui, n'ayant guère à se louer de la bienveillance administrative de l'époque, s'emporta avec une véhémence toute misanthropique contre la grille qui entoure la fontaine,

Et dont le riche seul, à force de ducats,
Peut forcer les barreaux, ouvrir les cadenas.

Depuis le XV[e] siècle, le patronage des médecins n'a pas plus manqué à Pougues que celui des monarques. Raymond (d'Orléans), Pidoux, Antoine de Fouilloux, Jean Blanc, Brisson, Conrade, Costel, Duclos et Delarue, ont à l'envi préconisé les bonnes qualités thérapeutiques de cette source thermale. Mais à voir l'indifférence que la génération actuelle témoignait à l'égard de Pougues, il y a quelques années encore, on eût cru volontiers que ces eaux avaient perdu toute leur efficacité. Il n'en est rien; et, grâce à leur nouvel inspecteur, elles vont retrouver tout leur ancien prestige.

A l'en croire, Pougues est un petit Eldorado où règne un printemps éternel. La peinture qu'il en fait ressemble à celle de ces fraîches et délicieuses vallées de l'Arcadie chantées par Théocrite, Virgile et Tibulle. Les indigènes sont doux, hospitaliers (et pour cause), très polis et (nous aimons du moins à le croire) suffisamment honnêtes.

M. Roubaud se complaît dans la description de l'établissement thermal. Depuis la loge du concierge et le poteau qui porte écrit en lettres d'or : *Eaux minérales de Pougues*, jusqu'à la salle de bal et au salon de conversation, il ne fait grâce au lecteur d'aucun détail capable de rendre l'esquisse plus séduisante et plus animée.

Le côté hydrologique de Pougues est décrit d'une manière aussi minutieuse et aussi soignée. De l'aveu même de M. Roubaud, cette station laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport du captage et de l'aménagement des eaux; mais il assure que des améliorations sont projetées et qu'elles ne tarderont pas à se réaliser. « En attendant (et sans doute à titre de compensation), l'eau est puisée et offerte aux buveurs par une jeune et fraîche fille de la campagne dans des verres à anse, de capacité variable. » L'auteur ajoute, avec un sérieux imperturbable, qu'un « certain nombre de ces verres est toujours maintenu propre par des lavages incessants. » Toutefois, on n'est pas obligé de boire dans le gobelet administratif, et quelques personnes délicates « s'en procurent un auprès de la fontainière, le marquent d'un signe spécial et l'emportent parfois, à la fin de leur traitement, comme un souvenir de Pougues ou comme une relique, instrument de leur guérison. » Le verre luimême aurait-il donc quelque vertu spécifique qui justifierait le fétichisme de ces naïfs et fanatiques buveurs ?

Pougues ne possède que vingt-quatre baignoires. M. Roubaud ne dit rien ni de leur forme, ni de leur capacité, ni de leur mode d'installation. Si nous étions moins charitable, ce silence nous ferait supposer que, sous ce rapport, Pougues n'a pas atteint la perfection. Mais, en revanche, cet établissement est pourvu d'un appareil hydrothérapique aussi complet qu'on puisse le désirer, ainsi que d'un gymnase « et de différents jeux propres au développement des formes plastiques et à l'accroissement des forces du corps. »

Les sources thermales sont au nombre de deux : la source Saint-Léger, réservée pour l'emploi interne, et la source Saint-Marcel, consacrée à l'usage des bains et des douches. Leur température est de 12 degrés. La première est plus riche que la seconde en acide carbonique. A part cette nuance, leur composition chimique est à peu près identique. D'après les analyses de MM. Boulay et Henry, ces eaux sont minéralisées par les bicarbonates de chaux, de magnésie, de fer et de soude ; par les sulfates de soude et de chaux, le chlorure de magnésium et les phosphates de chaux et d'alumine ; ou y trouve aussi de la glairine, de l'acide silicique et de l'alumine. En 1857, M. Mialhe y a constaté la présence de l'iode ; ainsi s'expliquerait la vogue immense dont jouissent les eaux de Pougues dans le département de la Nièvre pour le traitement de la scrofule.

La nomenclature pathologique qui a été dressée au commencement de cet article fait voir suffisamment quelle belle part M. Roubaud accorde à ces thermes dans la thérapeutique hydrominérale. Il est vrai qu'il est difficile de rencontrer une source où se trouvent plus heureusement associés trois des principaux agents de la médication thermale : les sels alcalins, l'iode et le fer. Peut-être est-ce à cette précieuse combinaison que les eaux de Pougues doivent « le privilége de se conduire au milieu de l'économie à la manière des eaux alcalines, sans en avoir les inconvénients. » Elles produisent dans tous les viscères abdominaux « une modification salutaire quand ils sont malades et une excitation fonctionnelle à l'état physiologique, » sans jamais entraîner les conséquences fâcheuses de la saturation alcaline. Cette excitation bienfaisante n'est pas limitée aux organes digestifs; suivant M. Roubaud, elle s'étend aussi à l'appareil génital, dans l'un et l'autre sexe : témoin ce vieillard de soixante ans, qui, « pour calmer des ardeurs dont il ne voulait plus, était forcé de suspendre l'usage de l'eau de Pougues. »

Après un long chapitre consacré à l'étude des maladies que l'on *guérit* à Pougues, vient un court chapitre relatif à celles que l'on n'y *guérit pas*. L'auteur estime qu'il est *inutile* d'envoyer à Pougues : 1° les affections cutanées; 2° les maladies dont le traitement par les eaux minérales repose principalement sur la thermalité des eaux, quelque soit d'ailleurs le mode d'action de cette thermalité : le rhumatisme, les affections chirurgicales, certaines névralgies, etc.; 3° les maladies qui réclament une forte dérivation sur le tube intestinal, telles que les paralysies symptomatiques d'une lésion des centres nerveux; 4° enfin les maladies spécifiques. Il croit qu'il est *dangereux* d'envoyer à Pougues : 1° toutes les maladies aiguës; 2° toutes les maladies de l'appareil respiratoire et du cœur; 3° toutes les maladies à dégénérescence. « Toute lésion matérielle de l'appareil digestif est, dit-il, une contre-indication formelle du traitement par les eaux de Pougues; » et ailleurs : « Les médecins qui envoient des malades à cette station doivent s'assurer par avance qu'il n'existe aucune lésion grave du côté des bronches, des poumons et du cœur. »

Dans un chapitre spécial, M. Roubaud trace les règles d'une sage hygiène, que feront toujours bien de suivre les baigneurs prudents, qui voudront mieux assurer l'efficacité des eaux.

Dans le chapitre intitulé : *La vie aux eaux de Pougues*, l'auteur, se plaçant au point de vue des distractions et des plaisirs, partage les établissements d'eaux minérales en trois catégories : 1° ceux où l'on s'amuse beaucoup, et où la médecine s'efface devant la roulette et les femmes galantes; 2° ceux où on s'amuse moyennement; 3° ceux où l'on ne s'amuse pas du tout. Pougues appartient à la seconde catégorie. « La vie y est assez occupée par les soins du traitement, par les excursions et par les divertissements de toutes sortes, pour que l'ennui soit fort empêché d'y trouver place. On n'y rencontre pas, il est vrai, les plaisirs anxieux et factices des thermes d'Allemagne, mais on y goûte les douces émotions d'une vie heureuse sans passion, élégante sans faste, intime sans familiarités. C'est la vie de famille avec toutes les convenances du monde, avec toutes les délicatesses d'une bonne éducation. »

La mère sans danger y conduira sa fille.

Nous ne nous arrêterons point sur la *deuxième partie* de l'ouvrage de M. Roubaud. Elle est consacrée à la description des environs de Pougues; elle intéresse beaucoup plus le touriste que le médecin.

En fermant le livre très intéressant dont nous venons de donner l'analyse, il ne nous reste plus qu'à former un vœu dans l'intérêt

des malades, c'est que les eaux de Pougues remplissent fidèlement les promesses que M. le médecin-inspecteur fait en leur nom.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Dr A. Linas.

VI

VARIÉTÉS.

— La Société de médecine de Paris vient d'éprouver une nouvelle perte dans la personne de l'un de ses plus anciens et honorables membres, M. le docteur Legras.

Appartenant à une famille qui porte un nom très estimé dans le commerce, sa vocation l'avait appelé aux études médicales. Reçu docteur en 1817, en même temps qu'il obéissait aux devoirs d'une clientèle nombreuse, il aimait à s'occuper de littérature médicale; aussi, malgré la modestie qui était le fond du caractère de notre regretté confrère, la Société de médecine, dont il était membre depuis 1828, mit souvent à profit son érudition.

M. Legras était un des membres les plus assidus de cette Société; ce n'est que dans ces derniers temps que, sentant le besoin du repos, il avait demandé son admission comme honoraire, ce qui ne l'empêcha pas d'assister plusieurs fois encore aux séances.

Une mort subite l'a enlevé, à l'âge de soixante-treize ans, à sa famille et à ses amis, sans que rien n'ait pu lui faire prévoir cette triste séparation.

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu le jeudi 31 mai, à trois heures, dans la salle des thèses de la Faculté.

Le banquet aura lieu le même jour, à six heures et demie, au Palais-Royal, chez les Frères-Provençaux. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

On souscrit, jusqu'au 30 mai, chez MM. Blain des Cormiers, 7, rue de l'Université; Descroizilles, à l'Hôtel-Dieu; Dufour, rue Saint-Georges, 29; Genouville, rue du Cherche-Midi, 5; Paul, à l'hôpital Lariboisière.

— Dans sa séance du 14 mai, le Comité consultatif d'hygiène publique a dressé ainsi qu'il suit la liste de présentation pour la place de médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, vacante par le décès de M. Darralde: 1° M. Pidoux; 2° M. Crouzeilhes; 3° M. Pressat. On nous assure qu'il sera créé une deuxième place de médecin-inspecteur adjoint des Eaux-Bonnes (*Gaz. des Hôpitaux*).

— M. Pagès a donné sa démission de médecin-inspecteur de Baréges. Le Comité consultatif d'hygiène publique a dressé la liste de présentation dans l'ordre suivant: 1° M. Le Bret; 2° M. de Puisaye; 3° M. Caillat.

— Nous apprenons aussi que le Comité consultatif d'hygiène publique a formé dans l'ordre suivant la liste de présentation pour la place de médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre): 1° M. Colin; 2° M. Verjon.

— La Société de médecine de Lyon vient de proposer deux prix sur les questions suivantes:

Première question, dans nos climats tempérés, les fièvres catarrhale, muqueuse, typhoïde, forment-elles trois maladies distinctes? — En cas de réponse affirmative, comment les distinguer et les traiter? — Le prix est de 300 fr.

Deuxième question, comparer, sous les rapports hygiénique et économique, le système des fosses d'aisances closes de toutes parts et assujetties à une vidange périodique, avec le système dans lequel les matières sont déversées dans les égouts, et par ceux-ci dans les fleuves. Déterminer lequel de ces systèmes mérite la préférence; formuler les précautions à prendre pour en atténuer ou en neutraliser les inconvénients. Le prix, pour cette dernière question, a été exceptionnellement porté à 500 fr.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, avant le 15 août 1861, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général de la Société.

— M. E. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses leçons sur les affections de la peau, le samedi 26 mai, à neuf heures précises du matin, et les continuera tous les samedis, à la même heure. — M. Bazin terminera, cette année, l'étude de la pathologie cutanée, d'après la méthode et les doctrines qu'il enseigne depuis 1825. — Visite des malades à huit heures.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Henke's Zeitschrift fuer die Staatsarzneikunde. — 4e cahier. Compte rendu du service médico-légal à Munich pendant les années 1853 à 1858, par *Hofmann*. — Hygiène des écoles, par *Schraube*. — Sur la position des médecins militaires en Prusse. — 1860, 1er cahier. Sur la monomanie incendiaire, par *Wachsmuth*. — Analyse de bières adultérées, par *Pfaff*. — Sur le service des vidanges dans les grandes villes, par *Voigt*. — De la pénalité dans les cas de coups et blessures, par *Sauttus*. — Tentative d'homicide, par *Krügelstein*. — Infanticide par asphyxie sans traces extérieures, par *Lengsfeld*. — Remarques médico-légales sur les plaies de tête, par *Siebenhaar*.

Journal fuer Kinderkrankheiten. — 9e et 10e livraisons. Leçons sur la scarlatine, par *Stiebel*. — Remarques sur les anomalies du thymus, par *Friedleben*. — Emploi du soufre doré d'antimoine dans les maladies inflammatoires des voies respiratoires chez les enfants, par *Jacobi*.

Œsterreichische Zeitschrift fuer practische Heilkunde. — N° 42. Sur quelques applications analytiques de la glycérine, par *Kletzinsky*. — 43. Pseudarthrose artificielle établie dans la continuité du maxillaire inférieur pour remédier à une ankylose d'une des articulations temporo-maxillaires, par *Dittl*. — 44. Quelques cas de médecine légale, par *Nusser*. — 45. Schuller médecin, par *Winternitz*. — Sur les affections calculeuses, par *Keller*. — 46. Sur les affections tuberculeuses au Caire, par *Wedl*. — Sur la veine ophthalmo-méningée, par *Hyrtl*.

Prager Vierteljahrschrift. — Tome IV. Remarques psychiatriques sur le suicide, par *Schlager*. — Contributions à la trachéotomie dans le cas de croup, par *Sendler*. — Sur l'atonie des tissus tendineux, par *Linhart*. — L'ellébore et le veratrum (fin), par *Schroff*. — Sur les affections urémiques de l'intestin, par *Freitz*.

Vierteljahrsschrift fuer gerichtliche und œffentliche Medicin. — Octobre. Asphyxie par le gaz des mines: rapport médico-légal, par *Housselle*. — Castration faite par un empirique et suivie de mort; extraits des débats. — Remarques sur une épidémie de scorbut, par *Steuer*. — Rapports divers (coups et blessures, hyperesthésie du sens de l'olfaction, empoisonnement par le phosphore, taches suspectes). — Des causes de mort et des maladies des ouvriers dans les mines de houille, par *Marten*.

Wiener medizinische Wochenschrift. — N° 43. Empoisonnement par le séjour dans des appartements peints avec des couleurs arsenicales, par *Lorinser*. — Galvano-caustique (suite). — Même sujet, par *Samter*. — 44. Sur la péritonite consécutive à l'inflammation purulente des trompes de Fallope, par *Foerster*. — Empoisonnement par les couleurs arsenicales, etc. (fin). — Sur la péritonite consécutive à l'inflammation des trompes (fin). — Polype fibreux de l'utérus enlevé par la ligature, par *Lempe*. — 46. Sur les kystes du cou, par *Balassa*. — Sur les ulcères serpigineux de la peau, par *Keller*. — 47. Kystes du cou (fin). — Ulcères serpigineux (fin). — Sur la batterie de Grenet, par *Zsigmondy*. — 48. Sur l'étranglement de la hernie ovario-vaginale, par *Braun*. — Sur l'élévation de la température du corps pendant l'agonie et après la mort, par *Adler*. — 49. Examen microscopique des muscles lisses, par *Moleschott*. — Hernie ovario-vaginale (suite). — 50. Sur les embolies, par *Oppolzer*. — Galvanocaustique (suite).

Livres.

Manuel du malade a Vichy, par le docteur *Amable Dubois*, premier médecin-inspecteur adjoint de l'établissement thermal de Vichy, etc. In-12 de 180 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

Illustrations of Puerperal Fever (Illustrations de la fièvre puerpérale), par *E. Copeman*. In-8. Londres, Churchill. 5 fr.

Mind and Brain; or, the Correlations of Consciousness and Organisation, with their Applications to Philosophy, Zoology, Physiology, Mental Pathology, and the Practice of Medicine (L'intelligence et le cerveau, ou corrélations entre la connaissance intellectuelle et l'organisation, avec leurs applications à la philosophie, zoologie, physiologie, pathologie mentale et médecine pratique), par *T. Laycock*. 2 vol. in-8, avec illustrations. Edinburgh, Simpkin. 20 fr. 50

Obstetrical Transactions. Vol. Ier. In-8, avec 7 planches. Londres, Longman. 21 fr.

On Obscure Diseases of the Brain and Disorders of the Mind; their Incipient Symptoms, Pathology, Diagnosis, Treatment and Prophylaxis (Sur des maladies obscures du cerveau et les désordres de l'esprit: leurs symptômes, pathologie, diagnostic, traitement et prophylactique), par *Forbes Winslow*. In-8. Londres, Churchill. 22 fr. 50

Einleitung in die Mineralquellenlehre (Introduction à l'étude des eaux minérales), par *B.-M. Lersch*. Tome II, 3e partie ou 2e moitié du *Dictionnaire des eaux minérales*. Grand in-8. Erlangen, Enke. 4 fr. 50

Handbuch der historisch-geographischen Pathologie (Manuel de pathologie historico-géographique), par *A. Hirsch*. Tome I, 2e partie. Grand in-8. Erlangen, Enke. 6 fr. 75

Zur Lehre vom Herzen (Études sur le cœur), par *H. Locher*. Grand in-8. Erlangen, Enke. 2 fr. 75

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 1er JUIN 1860. N° 22.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 31 mai 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACTION THÉRAPEUTIQUE DU PERCHLORURE DE FER ADMINISTRÉ A L'INTÉRIEUR. — OBLITÉRATION DU COL UTÉRIN DANS LA GROSSESSE.

Après la lecture d'une bienveillante note de l'équitable M. Blache, destinée à revendiquer en faveur de MM. Thierry et Deleau la priorité de l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura, M. Trousseau a ouvert la discussion sur le rapport de M. Devergie. Le temps lui a manqué pour présenter toutes les considérations dont il s'était armé, et la parole lui a été réservée pour la prochaine séance. Néanmoins il en a assez dit sur la question de fait, comme sur la question théorique, pour ne laisser aucun doute sur son opinion.

L'opinion de M. Trousseau est qu'on n'en peut avoir, du moins quant à l'action hémostatique *indirecte* du perchlorure de fer (la seule dont il ait parlé), et il entend par action indirecte celle qu'exercerait, par exemple, sur une hémorrhagie utérine le médicament pris par les voies digestives. Il doute fort de la réalité de l'effet thérapeutique, et, celui-ci fût-il vrai, il ne croit pas du tout à l'exactitude de l'une quelconque des théories par lesquelles on a cherché à en rendre compte, particulièrement à celle qui fait dépendre de la coagulation du sang l'arrêt de l'hémorrhagie.

Nous irons dans un sens plus loin, et dans un autre sens moins loin que M. Trousseau.

Comme lui, nous suspectons la vertu hémostatique du perchlorure de fer ; mais y en a-t-il, comme il l'a dit, de meilleurs? Nous mettons de côté les substances susceptibles d'arrêter les pertes de sang par une action mécanique, par exemple, l'ergot de seigle, qui retient le sang dans les vaisseaux de la matrice en les réduisant de volume, en les comprimant sous l'effort des contractions utérines ; ou, si nous gardons l'ergot, c'est en tant que coagulant; et, dans ces termes, nous osons demander s'il existe un seul agent réellement et incontestablement hémostatique. Les acides minéraux

FEUILLETON.

Revue.

LA SAVOIE MÉDICALE. — DÉMEMBREMENT.

L'avare qui, par un coup de fortune, a vu tout à coup s'enfler son trésor, redouble d'amour pour sa cassette ; il lui rend visite à toute heure, il la baise, il la caresse du regard ; il écoute la musique de l'or qui tinte et des billets frôlés entre les doigts ; il compte, il vérifie, et, le total trouvé, il compte encore! Telle est à peu près notre position. Nous avons dans la *Savoie médicale* un nouveau trésor, que nous contemplons d'un œil écarquillé. On nous dit que la Savoie a des lacs, des montagnes, des vallées, de la houille, du marbre et des vers à soie. Nous voulons bien le croire, mais que nous importe? La Savoie a des médecins, des eaux minérales, des hôpitaux, un passé et un présent scientifiques respectables ; c'est tout ce qu'il nous faut. Devant cette perspective, nous affichons l'opposition la plus entêtée aux stipulations de Villafranca ; le traité de Zurich est non avenu pour nous, et nous nous prononçons fortement contre les prétentions de la Suisse à l'endroit du Chablais et du Faucigny.

Il faut bien dire pourtant que nos jouissances sont loin d'égaler celles de l'avare. D'abord nous ne pouvons toucher de la main ni embrasser tous nos confrères d'au delà de l'Isère, ce qui nous est un désagrément considérable ; puis nous sommes trop ignorant pour pouvoir faire le compte exact de nos richesses. Il serait intéressant pour nos lecteurs français de savoir au juste avec qui et avec quoi ils viennent d'être mariés. Ils goûteraient certainement un aperçu rapide sur l'histoire et sur les noms populaires de la médecine savoisienne, sur l'hydrologie minérale, sur la climatologie et les maladies régnantes, sur l'enseignement, sur l'assistance publique, sur la jurisprudence médicale. Le feuilleton est hors d'état de leur servir ce morceau d'à-propos. S'il devient plus savant quelque jour, il ne manquera pas d'en faire part. Pour aujourd'hui, il se bornera à souhaiter la bienvenue à ceux des nouveaux confrères dont le nom lui revient en mémoire.

les résineux, les astringents, ont cette réputation. L'ont-ils acquise de vues théoriques ou d'expériences démonstratives? Qui n'a vu toute la série de ces agents passer sans profit par les intestins de sujets atteints d'épistaxis et surtout de métrorrhagies, de celles mêmes qui paraissent produites ou entretenues par une trop grande fluidité du sang? Un jour ou l'autre la perte s'arrête, et l'on fait honneur de l'événement à la substance employée dans le moment. Qui n'a vu des hémorrhagies de longue durée se suspendre d'elles-mêmes, non-seulement sans le secours d'aucun remède interne, mais après même que nombre de remèdes avaient échoué? Les métrorrhagies qui surviennent au retour des époques menstruelles, après l'accouchement; celles qui tourmentent si fort les femmes vers l'âge critique; celles qui se lient à des phlegmasies de la muqueuse utérine, présentent souvent des exemples de cette marche toute spontanée, de cette indépendance, des mouvements organiques. A-t-on fait la balance des terminaisons naturelles, heureuses ou malheureuses, et des terminaisons aidées des secours de l'art? Existe-t-il, enfin, dans la science une suite d'observations rigoureuses desquelles on puisse déduire une différence notable à l'avantage des cas traités? Pour notre part, nous ne le croyons pas, et, sans nier que l'expérience puisse un jour conduire à ce résultat, nous constatons qu'elle n'y a pas conduit jusqu'à ce jour.

Si du fait nous passons à la théorie, M. Trousseau nous semble, au contraire, d'une sévérité exagérée et quelque peu inconséquente. La liqueur styptique, dit-il, si elle pénétrait dans le sang, le coagulerait; et si elle le coagulait, elle précipiterait la fibrine dans les veines du tube digestif d'abord, puis dans le système de la veine porte, avant de former des caillots obturants dans les vaisseaux de l'organe qui fournit le sang, de la matrice, par exemple. Mais l'orateur a-t-il oublié les éloges dont il comblait naguère, à cette même tribune, l'honorable et savant M. Faure pour sa théorie de l'asphyxie par le chloroforme? Cette théorie, que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a combattue, attribuait précisément l'asphyxie à la coagulation du sang pulmonaire par le chloroforme absorbé et introduit dans le torrent circulatoire. Ce ne serait donc pas, semblait-il, à M. Trousseau qu'il appartiendrait de contester spéculativement l'absorption du perchlorure de fer. Si le chloroforme, si l'éther passent dans les vaisseaux malgré la propriété qu'ils ont de coaguler le sang, et ils y passent réellement, pourquoi la même porte serait-elle fermée au perchlorure?

Mais, le fait étant admis, s'ensuivrait-il qu'une liqueur douée de la propriété de coaguler le sang hors de l'économie, ou dans un gros vaisseau, si on l'y verse directement, ne puisse pénétrer dans les capillaires par voie d'absorption sans y amener des concrétions sanguines? M. Trousseau n'a pas une prédilection bien tendre pour la chimie organique, ou plutôt pour la physiologie chimique et la chimiâtrie : raison de plus pour se rendre aux arguments qu'elles fournissent contre leurs propres abus. Or, l'expérience physiologique et l'expérience clinique s'accordent à démontrer que l'alcool, soit en nature, soit transformé en aldéhyde (*Gaz. hebdom.*, 1859, p. 690), que le chloroforme, que l'éther, toutes substances coagulantes, passent dans le torrent circulatoire sans y déterminer de concrétions. Ce n'est pas là un démenti donné à la chimie, qui ne peut perdre ses droits, ni ses lois: cela veut dire seulement que les conditions de l'expérience en modifient le résultat; mais le fait n'en est pas moins positif, et l'existence du fait suffit pour le moment à notre thèse.

Enfin la non-coagulation du sang par la substance qui s'y introduit dépose-t-elle d'une façon absolue contre la propriété hémostatique de cette substance? Ici encore il faut prendre garde, en voulant défendre l'expérience contre la théorie, de tuer toutes les deux d'un seul coup; car c'est condamner aussi l'expérience, c'est aussi théoriser, que de nier un effet parce qu'on ne constate pas la cause qu'on suppose hypothétiquement devoir le produire. Le perchlorure de fer et les autres coagulants pourraient très bien arrêter une hémorrhagie en changeant les conditions *physiques* du sang, de son sérum ou de ses globules, sans amener pour cela une véritable coagulation; et rien, dès lors ne serait plus aisé que d'allier dans son esprit, et le passage inoffensif du sang, ainsi modifié, dans les veines de l'estomac et du foie, et l'influence de cette modification sur la marche d'une hémorrhagie. Quand l'alcool circule avec le fluide sanguin sans le coaguler, il produit des effets physiologiques et pathologiques assez connus. Pourquoi le perchlorure de fer n'en produirait-il pas d'une autre sorte? Un avocat de la médecine expérimentale doit admettre cela.

On voudra bien remarquer que nous nous bornons ici à repousser une négation; mais nous sommes bien loin d'y substituer une affirmation. Le perchlorure de fer passe-t-il en réalité dans le sang? On ne le sait pas. S'il en était ainsi, il n'y passerait pas sans doute en nature. Quel élément serait absorbé et sous quelle forme? L'expérience chimique n'a rien appris encore sur ces différents points, et pourtant un composé de chlore et de fer, par lui-même et par les combinaisons qu'il peut subir dans l'organisme, paraît bien de nature

---

Mais avant de parler des vivants, donnons un regret à un ancien membre du corps médical de Paris, titulaire de l'Académie de médecine, dont la vieillesse honorée s'est éteinte récemment sous le ciel de Savoie. Nous voulons parler de M. *Burdin*, celui-là même qui avait proposé un prix de 3,000 francs, si nous nous souvenons bien, à décerner au premier somnambule qui lirait sans le secours des yeux. Il y a bien une vingtaine d'années de cela, et M. Burdin a joui jusqu'à son dernier jour de ses 50 écus de rente.

Huc geminas nunc flecte acies, hanc adspice gentem
Romanosque tuos...

Les *Romains* de Chambéry (pour commencer par la capitale) ce sont, rangés au hasard :—

M. *Songeon*, ancien médecin divisionnaire en Espagne sous le maréchal Victor, actuellement médecin des hôpitaux de Chambéry. Un Romain, disons-nous, mais du temps de Régulus, comme vous allez voir. Dans le cours de la campagne, il est porté pour la croix. Le voilà bien heureux? Non; il connaît un plus digne, il attire sur celui-là la justice des chefs, et il a le bonheur de le voir décorer à sa place.

M. *Michaud*, médecin adjoint des hospices, et M. *Dénarié*, deux noms qu'il faut associer ici comme dans notre affection et notre reconnaissance. Le premier a été destitué de la place de médecin des prisons pour avoir pris part à un *punch* offert aux officiers de notre armée au retour d'Italie, et qu'on jugeait susceptible d'enflammer le sentiment français chez les enfants de la Savoie. Cette destitution, loin d'intimider M. Dénarié, lui a tenu lieu du punch auquel il n'avait pas goûté et lui a monté la tête. Notre brave confrère s'est constitué l'un des soutiens les plus zélés de la cause française, en écrivant, soit dans les journaux du pays, soit dans le COURRIER DE LYON et dans LA PATRIE, des articles pleins de force, de verve, de raison, et hardiment signés. Le pamphlet populaire qui a pour titre *Père André* est aussi sorti de sa plume.

M. *Carret*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, secrétaire de la *Société médicale*, dont il a rédigé plusieurs comptes rendus; on lui doit d'avoir vulgarisé l'appareil de carton pour les fractures.

à pouvoir être retrouvé. Tant qu'on ne sera pas parvenu à éclaircir ces ténèbres, on pourra disserter longuement sans avancer la science d'un pas.

Nous ne voulons pas nous séparer de l'orateur sans rendre justice aux considérations qu'il a présentées accessoirement sur la médication ferrugineuse. Disons seulement que nous les retrouvons, plus justes encore, plus profondément conçues, plus largement développées, exprimées avec plus de force, dans une brochure de son collaborateur, M. Pidoux. LES VRAIS PRINCIPES DE LA MATIÈRE MÉDICALE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE renferment sur ce chapitre une dizaine de pages où l'on pourra lire ce qu'il y a, dans la littérature médicale, de mieux pensé, de plus magistralement écrit sur l'action du fer dans la chlorose, et plus généralement sur le rôle des médicaments aux prises avec l'organisme. La doctrine dont ces considérations sont le commentaire pourrait être discutée en certains points; mais les faits auxquels elle répond sont vus avec un grand sens clinique, et il n'est pas de système médical qui ne doive les accepter. M. Trousseau est bien près de condamner l'alliance de la chimie et de la médecine ; M. Pidoux l'encourage, au contraire, et peut le faire logiquement, parce que sa synthèse est assez large pour contenir, assez forte pour porter toutes les acquisitions de la science moderne.

— Au commencement de la séance, M. Depaul avait achevé la lecture de son mémoire sur l'oblitération du col utérin chez la femme enceinte.

A. DECHAMBRE.

Nous sommes invités à donner de la publicité à l'avis suivant :
Trois emplois de médecin de colonisation se trouvent vacants dans le département de Constantine (Algérie), par suite de créations nouvelles. Les médecins qui désireront être renseignés sur les avantages attachés à ces fonctions, pourront s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE, par le docteur DEBROU (d'Orléans).

L'exostose sous-unguéale est une maladie assez rare et sans gravité ordinairement ; mais comme elle finit par empêcher entièrement la marche chez ceux qui en sont atteints, il faut bien que la chirurgie s'en occupe. On sait qu'elle consiste en une excroissance moitié osseuse, moitié fibreuse, située presque toujours sur la dernière phalange du gros orteil (quoiqu'elle puisse exister à d'autres orteils, et même, dit-on, aux doigts de la main), implantée dans le tissu osseux de la phalange par son pédicule, et soulevant l'ongle par sa base. Son pédicule est osseux, et sa base contient du tissu fibreux recouvert d'une membrane rougeâtre d'apparence muqueuse et saignant facilement. Le lieu d'implantation de la racine est toujours le sommet de la phalange. Les observateurs indiquent à peu près cette particularité, qui est plus visible dans les dessins qu'on a donnés de la maladie qu'elle n'est précisée dans les descriptions. Mais mes propres observations, qui sont au nombre de cinq, me font regarder le fait comme constant. La phalangette peut être divisée en trois parties : une *base*, qui est articulée en arrière avec la phalange correspondante; un *sommet*, qui est libre et renflé en rondache, ou en forme de fer à cheval ; un *col*, qui joint ces deux parties. Le col, un peu aplati et représentant un cône qui s'élargit en arrière, mesure, pour le gros orteil d'un adulte vigoureux, 10 millimètres au moins. Or, je dis que c'est sur le sommet exclusivement, ou mieux sur l'un des deux renflements qui forment le sommet à la manière d'un fer à cheval, que s'implante l'exostose (et c'est pourquoi elle se montre sur l'un des côtés de l'ongle). On a donc à peu près un centimètre d'espace entre ce lieu et la base, et il est facile par conséquent d'enlever la tumeur, en faisant une section au milieu du col.

Pour le but que je me propose, je n'ai pas besoin d'entrer dans plus de détails pathologiques.

Parmi les opérations que l'on a opposées à l'exostose sous-unguéale, il faut mettre de côté la *cautérisation*, employée une fois par André, chirurgien de Versailles. Le choix a été et est encore débattu entre les deux méthodes de l'*abrasion* de la tumeur et de la *désarticulation* de la phalange.

L'abrasion a été instituée en quelque sorte par Dupuytren, qui, le premier en France, a attiré l'attention des chirurgiens sur cette maladie. Les *Leçons orales* (2e édition, 1839, tome II, page 110) rapportent cinq observations d'exostoses sous-unguéales opérées par cette méthode. Dupuytren faisait deux incisions à l'aide d'un bistouri, de chaque côté de l'ongle, sur les bords de la tumeur, de manière à cerner celle-ci, et alors, avec le même bistouri, il rasait la tumeur à son point d'implantation. Les rédacteurs de l'ouvrage lui font dire que parfois l'exostose est tellement dure, qu'on ne peut l'enlever avec le bistouri, et qu'il faut recourir à la gouge et au maillet. Il paraît qu'il commençait quelquefois par arracher l'ongle, mais que le plus souvent il le laissait en place. — Je crains qu'ici la rédaction ne manque de précision. Il me semble impossible d'opérer sans ôter une grande partie de l'ongle, au moins sa moitié antérieure, en agissant même par abrasion.

Quoi qu'il en soit, cette manière de faire, qui est très simple, et devait par cela même d'abord se présenter à l'esprit, expose à laisser le pédicule ou la racine de la tumeur. Dupuytren lui-même semble l'avoir reconnu, puisqu'il indique, à propos de la malade

---

M. *Revel* père, professeur de physiologie, membre du bureau de l'Académie, président de la Société de médecine. Il a donné une théorie sur les phénomènes anesthésiques.

MM. les professeurs *Bebert* (chimie et botanique) ; *Mapola* (instituts de médecine et de chirurgie) ; *Besson* (anatomie).

M. *Borson*, frère du général mort à Dijon, et dont le fils était chef d'état-major dans l'armée sarde, à la campagne d'Italie.

M. *Demenget*, M. *Chevalay*, deux praticiens aussi estimés pour leur savoir qu'honorés pour leur caractère.

Chambéry, tout le monde le sait, compte aussi des chimistes distingués. M. Bonjean, que les amateurs de figures de rhétorique appellent quelquefois *Bonjean-l'ergotine*, est le plus connu de tous. M. *Saluces* a un genre de réputation moins propre à populariser son nom parmi les médecins, surtout hors de son pays. Livré à l'étude de la chimie agricole, il passe pour avoir une grande aptitude à deviner, d'après les conditions géologiques d'un lieu, le gisement souterrain des sources, — sans baguette de coudrier, bien entendu. N'oublions pas non plus M. *Calloud* neveu, auteur du mémoire qui accompagnait la collection hydrologique savoisienne à l'Exposition universelle.

Les médecins d'Aix ne le cèdent en rien à ceux de Chambéry.

Digne fils de cet *Antoine Despine*, mort à Aix le 7 avril 1852, dont les sentiments élevés, l'esprit de charité et les services scientifiques (spécialement dans l'ordre des affections nerveuses) ont été dignement relevés par M. Guilland dans le COURRIER DES ALPES M. *Constant Despine*, le plus ancien membre de la commission médicale d'inspection des eaux, occupe une haute position que lui ont méritée l'honorabilité de son caractère et son habileté clinique, plus que son MANUEL DE L'ÉTRANGER AUX EAUX D'AIX et ses INDICATEURS. Nul ne possède mieux que lui la pratique de l'hydrothérapie minérale de la localité.

M. *Davat* s'est fait d'abord connaître par un procédé de cure radicale des varices par la ligature. Tandis que M. Velpeau passait simplement une épingle derrière la veine et étranglait celle-ci au moyen d'un fil croisé en huit de chiffre sur l'épingle, M. Davat plaçait deux épingles en croix, l'une passant derrière le vaisseau,

de l'observation IV, « qu'il sera utile d'appliquer le cautère actuel sur la plaie, après avoir rasé la tumeur avec le bistouri. » Mais il faut ajouter tout de suite que dans ce cas il ne cautérisa pas la plaie, que même il semble n'avoir jamais employé le cautère actuel. Et pourtant on peut croire qu'il opéra toujours avec un grand bonheur, puisque « dans une trentaine de ces sortes de tumeurs, il a toujours obtenu par ce moyen (abrasion) une guérison complète. » (Page 117.)

Mais tout le monde n'a pas été aussi heureux. Liston, qui s'était occupé de l'exostose du gros orteil avant le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, a vu des récidives; et au rapport de M. Follin, M. Velpeau a vu ces tumeurs plusieurs fois récidiver.

On conçoit qu'un pareil résultat doive être évité à tout prix, et c'est pour le rendre impossible que Liston a proposé d'enlever la phalange entière en la désarticulant.

M. Lenoir, qui ignorait la pratique du chirurgien anglais, a été conduit à agir comme lui, et propose aussi la désarticulation de la phalange. Ses idées ont été publiées dans un très bon travail de M. le docteur Le Goupil (*Thèse inaug.*, 1850, et dans *Revue médico-chirurg.*, tome VIII, page 21). Il paraît qu'il a voulu s'écarter de la méthode de l'abrasion, parce qu'il a vu mourir un malade opéré de cette manière par Blandin. J'avoue que le motif de Liston est pour moi plus décisif que celui de M. Lenoir. Si l'on avait opéré un aussi grand nombre de malades par désarticulation que par abrasion, il est probable qu'on aurait vu la mort survenir aussi souvent avec le premier procédé qu'avec le second; et pour ma part, je n'hésite pas à croire que le premier est plus dangereux que le second. Mais il faut remarquer surtout que la mort est ici un fait tellement exceptionnel, qu'on peut n'en pas tenir compte dans le choix du mode opératoire.

Le vrai motif de préférer la désarticulation est donc la crainte et la réalité de la récidive, et la thèse de M. Le Goupil, qui insistait sur ce point, paraissait devoir rallier tous les chirurgiens à la méthode de Liston. Il n'en a pas été ainsi cependant. M. Malgaigne, tout en donnant, dans son journal, l'hospitalité au mémoire du jeune médecin, publiait, trois ans après, dans le même recueil, une observation où il s'applaudit d'être revenu à l'ancien procédé. (*Revue médico-chirurg.*, 1853, tome XIV, page 368.)

Voici comment il opéra. « Le malade étant chloroformisé, avec un fort bistouri tenu à pleine main comme un canif, j'enlevai d'arrière en avant la portion de l'ongle soulevée par la tumeur, sans toucher toutefois à la matrice; je mis ainsi à découvert l'exostose dont le tissu était rougeâtre et mou, et je la reséquai par tranches avec le bistouri jusqu'au niveau de la phalange : alors le tissu dense de l'os ne permettait plus au bistouri d'aller plus loin, et cependant le tissu rouge et spongieux de l'exostose semblait s'enfoncer dans la phalangette. Je le déracinai très facilement avec la gouge et ne m'arrêtai qu'en arrivant au tissu sain, qui se distinguait par sa teinte grisâtre et sa consistance plus grande. Il restait alors une sorte de petite cupule creusée dans le tissu osseux, que je remplis avec un peu de charpie. » — Le malade fut revu sept mois après, et la guérison ne s'était pas démentie.

Ce procédé est en réalité celui de Dupuytren, car on a vu plus haut que ce grand chirurgien indique l'emploi de la gouge et du maillet; d'une autre part, tout le monde a saisi l'indication d'enlever le pédicule, et c'est pour y parvenir que M. Velpeau recommande de porter un cautère actuel dans la plaie, de sorte qu'il n'y a rien de nouveau dans l'opération de M. Malgaigne; mais il est juste de faire remarquer qu'il la produit surtout comme un exemple prouvant que la récidive n'a point lieu après l'abrasion.

Je ne crois pas que l'on puisse tirer de ce fait des conclusions assez décisives pour faire adopter le traitement par abrasion. D'abord, sept mois ne suffisent pas pour mettre à l'abri de toute récidive. Ensuite, le succès définitif dans ce cas ne pourrait faire oublier et disparaître les récidives de Liston et de M. Velpeau. De plus, si l'emploi de la gouge et du maillet est le moyen d'assurer une guérison complète, j'avoue que je crois cette ressource illusoire, aussi bien que le serait le cautère actuel. Il suffit de considérer une phalangette, même du gros orteil, sèche et privée de toute partie molle, pour se convaincre, en tenant compte du peu de volume de son col et de son sommet, qu'on ne peut pas faire manœuvrer une gouge sur des parties si grêles. Ou bien on brisera l'os, ou bien on n'en extraira rien. Le cautère actuel lui-même agira trop ou n'agira pas assez.

En définitive, donc, l'abrasion ne vaut pas la désarticulation, qui a au moins l'avantage de donner une guérison certaine.

Mais cet avantage n'est pas acheté sans inconvénient. Je n'ai pas vu, pour ma part, de résultat après l'opération de Liston; mais il est évident que le gros orteil a perdu la moitié environ de sa longueur, et que sa mutilation doit rendre la marche moins facile et un peu moins sûre. La base de la phalangette qui s'élargit pour s'articuler avec la première phalange (il n'y a que deux phalanges au gros orteil) contribue à transmettre le poids du corps dans la station, et l'on ôte un moyen d'appui en l'enlevant. En outre, en coupant les tendons fléchisseurs et extenseurs, comme cela a lieu dans la désarticulation, on expose à des inflammations remontant le long des gaînes synoviales.

C'est en vue de ces inconvénients, et pour les éviter, qu'ayant à opérer une jeune fille de seize ans d'une exostose sous-unguéale du gros orteil, j'ai agi d'une autre manière. J'ai fait la section de la phalangette à l'union de son col avec sa base, sans désarticuler par conséquent. De cette façon, j'ai enlevé l'exostose entière avec sa racine et la portion d'os qui la supportait; j'ai laissé en place la base de l'os et j'ai respecté l'articulation et les tendons.

Le procédé opératoire est le suivant : On fend l'ongle d'avant en arrière avec une paire de ciseaux aigus, et l'on arrache les deux moitiés de l'ongle avec une pince; ensuite, avec un bistouri droit et pointu, on fait une incision sur le dos de la phalange, à la place où était l'ongle, et l'on prolonge en avant cette incision sur les côtés de la tumeur, de manière à circonscrire et à déchausser le sommet

---

l'autre traversant sa cavité, et les assujettissait avec un fil engagé sous leurs quatre extrémités. Ce distingué confrère a publié d'intéressantes observations sur la thérapeutique hydrologique, sur la géologie d'Aix, sur ses richesses archéologiques. C'est un esprit doué d'aptitudes multiples : il a été, avec M. Guilland, l'instigateur infatigable du système d'inspection alternative qui fonctionne actuellement à Aix, dont les médecins du lieu sont venus récemment demander à Paris le maintien, au moins provisoire, et sur lequel nous reviendrons peut-être. Par exemple, c'est un Savoisien déterminé. A force d'étudier le sol, il s'y est attaché, et ses recherches sur les origines historiques du pays l'ont rivé à sa nationalité. Il est de cœur et veut rester Allobroge : aussi a-t-il publié une brochure contre l'annexion.

Nous ne connaissons ~~du docteur~~ *Blanc* qu'un compte rendu substantiel de la saison des eaux pour 1855. La suppression de la ferme des jeux vers la même époque a valu à cette publication un certain retentissement dans la presse politique. Si M. Davat aime les vieilles médailles, M. Blanc adore la musique. Les goûts d'artiste sont une distinction de nature qu'il n'est pas mal de signaler chez de nouveaux compatriotes.

M. *Veyrat* est un ancien médecin en chef de l'hôpital civil des cholériques à Varsovie, et il a étudié également le fléau à Paris. Aussi est-il chevalier du mérite militaire de Saint-Stanislas de Pologne et chevalier de la Légion d'honneur. Il est, de plus, docteur de la Faculté de Paris en même temps que de celle de Turin. C'est, comme on voit, un docteur cosmopolite et préparé de longue main à devenir Français.

Nous saluons en M. *Bertier* un fervent annexionniste, comme on devait l'attendre du frère de l'avocat Bertier, rédacteur du COURRIER DES ALPES, et l'un des promoteurs du mouvement en faveur de la France. Nous ne pouvons citer de notre confrère qu'un mémoire sur l'emploi des eaux d'Aix dans la phthisie pulmonaire.

M. *Guilland*, déjà nommé, est un des esprits les plus éveillés et les plus actifs d'Aix. La science, l'administration, la biographie médicale, l'ont tour à tour occupé. On lui doit des études sur les diathèses (à l'occasion du *Traité* de M. Baumès); une appréciation de

de la phalangette; alors, avec la pince de Liston, on rompt l'os au ras de sa base, et l'on retire ce qui est en avant et qui porte la tumeur. Il en résulte une plaie creuse qu'on ne doit pas chercher à réunir par première intention. Il faut attendre que les bourgeons charnus la comblent, afin de conserver à l'extrémité du doigt sa largeur, et pour que l'ongle, en repoussant, puisse s'y étaler. L'ongle en effet repousse, parce que sa racine a été conservée. J'ai répété souvent l'opération sur le cadavre, et j'ai vu que la section de l'os tombe toujours en avant de la matrice unguéale.

La seule objection que l'on pourrait faire au procédé que j'ai suivi, est qu'il expose à ne pas enlever l'exostose entière, si par exemple celle-ci s'implantait sur la base de la phalange, et non sur son sommet. J'avoue même que je n'ai pas de raison théorique à donner pour faire admettre que le sommet de la phalangette est le lieu exclusif d'implantation, et que je ne puis pas prétendre d'avoir vérifié celle-ci sur tous les cas d'exostoses unguéales qui ont été observées ou opérées. Mais je crois pourtant que ce fait sera un jour reconnu. Le dessin donné par M. Le Goupil, d'après la malade de M. Lenoir, montre parfaitement le mode d'insertion que j'indique, et cette insertion était la même chez la jeune fille que j'ai opérée. Dernièrement, j'ai vu un cas dans lequel la tumeur était si grosse (comme un marron) et paraissait tellement recouvrir l'articulation, que le chirurgien crut un moment qu'il serait obligé de couper dans la continuité de la phalange métacarpienne; il se contenta toutefois de désarticuler; et la pièce, qui est entre mes mains, montre que, même en ce cas, l'exostose, qui est énorme, s'insérait exclusivement sur le sommet, laissant en arrière un col libre de presque un centimètre, et qu'on aurait pu se borner à faire l'opération suivant mon procédé. Enfin, je possède encore une pièce très curieuse d'une exostose volumineuse de la dernière phalange du cinquième orteil. Or, même sur une si petite phalange, l'exostose, dont la partie osseuse seule est deux fois grosse comme la phalangette tout entière, s'implante très exactement sur le sommet, en laissant le col libre; de manière que si cela en avait valu la peine, on aurait pu ne pas désarticuler et couper dans le col.

Chez ma jeune malade, le bout du doigt a conservé sa forme naturelle; l'ongle seulement a mal poussé, et j'ai eu tort de ne pas en diriger la pousse avec une lame de plomb, comme on l'a recommandé. Mais la marche est parfaitement libre, et depuis six ans il n'y a pas eu de récidive.

Le procédé que je propose ne convient que pour le gros orteil, car aux autres doigts la phalangette a de trop petites dimensions pour qu'il soit utile d'en conserver une partie. On ne doit pas hésiter alors à désarticuler, comme je l'ai fait moi-même dans un cas pour le troisième orteil. Mais, au reste, on sait que la maladie existe presque toujours sur le gros orteil.

Rapport sur deux cas de coagulation spontanée du sang dans les sinus de la dure-mère, par M. le docteur A. Luton, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, professeur-suppléant à l'École de médecine de Reims. — (Lu à la Société anatomique en février 1860.)

Les observations de M. Fritz (1) se rapportent à des cas de coagulation spontanée du sang dans les sinus de la dure-mère. Elles sont doublement importantes, en ce sens : 1° qu'elles démontrent très nettement ce qu'elles veulent prouver; 2° qu'elles répondent à une question qui est pour ainsi dire à l'ordre du jour.

Les sinus de la dure-mère, en définitive, sont des veines, et par suite leur histoire pathologique doit reproduire de tous points les détails se rapportant au système veineux général. Parmi les altérations morbides propres à ce système, il n'en est aucune qui ait donné lieu à plus de discussions que la phlébite, ce mot étant employé dans son sens le plus indéfini. Il suffirait donc d'appliquer aux sinus de la dure-mère tout ce qu'on a dit à ce sujet, si une démonstration directe n'était pas toujours préférable à une simple et trop facile généralisation. Cette démonstration a déjà été entreprise depuis longtemps par divers auteurs; mais les esprits sont loin d'être fixés à ce sujet, et puisque l'occasion d'éclairer quelques doutes se présente à nous aujourd'hui, il faut en profiter. Je vais donc étudier successivement les particularités anatomo-pathologiques, les circonstances étiologiques et les signes cliniques qui ressortent des faits de M. Fritz.

Les caractères de l'oblitération spontanée des sinus de la dure-mère sont au nombre de trois principaux. Ils se tirent : 1° de l'aspect des parois du canal veineux; 2° des apparences et des qualités du coagulum; 3° des circonstances au milieu desquelles se produisent ces coagulations dites spontanées.

Les faits de M. Fritz satisfont à ces trois ordres de caractères, dont la valeur relative, du reste, n'est pas égale.

Le plus important et le plus absolu des trois est bien certainement celui qui se rapporte à l'aspect des parois des sinus oblitérés. Celles-ci ne doivent offrir aucune altération dans le cas de coagulation spontanée; elles ne sont ni rouges, ni épaissies, ni adhérentes aux parties voisines. Leur disposition, au point de contact avec le coagulum, est moins importante à mentionner, car elle peut varier suivant l'âge de l'altération et les transformations ultérieures subies par le caillot. Les signes anatomiques de la phlébite proprement dite sont précisément inverses des précédents; les parois du canal veineux sont injectées, épaissies, adhérentes aux parties voisines. L'aspect du caillot, dans ce cas, est également variable. C'est dans la tunique du vaisseau que la phlébite laisse ses traces; car, en effet, l'inflammation est avant tout une altération des solides. Or, « nulle part, dit M. Fritz (première observation), les parois des

(1) Voir ces observations, Gazette hebdomadaire, 1860, n° 16, p. 264.

---

l'enseignement de Montpellier; une histoire du choléra en Savoie; un travail sur les dispositions intérieures d'un asile d'aliénés, imprimé aux frais de l'administration; une histoire médicale de l'hospice d'Aix. Ses biographies de Daquin et de Despine père sont très estimées. Il a attaché son nom, comme nous l'avons dit, à la création du système actuel d'inspection, et aussi à toutes les vicissitudes qu'a subies l'établissement depuis plusieurs années. Quand le gouvernement eut l'idée de passer un traité avec la Société du chemin de fer Victor-Emmanuel pour l'affermage des bains, un rapport de M. Guilland au conseil divisionnaire contribua beaucoup à écarter ce projet et à amener la réalisation d'un vœu du patriotisme savoisien : le vœu d'une sorte d'association entre le gouvernement, la province de Chambéry et la ville d'Aix. Avant de se livrer à la médecine thermale, M. Guilland avait été médecin de l'institution des sourds-muets et des prisons de Chambéry, où il avait présidé la Société de médecine.

M. *Vidal* est le fils du médecin qui avait été attaché à vie, avec Despine père, à l'hospice Haldimand, ainsi appelé du nom d'un gentilhomme anglais qui le soutient de ses libéralités; mais l'hospice primitif a été fondé par la reine Hortense, dans un pieux élan de douleur, après qu'elle eut vu sa meilleure amie, la baronne de Broc, disparaître dans les cataractes de Grésy. M. Vidal s'est souvenu à la fois de son père et de la fondatrice. A l'avénement de Napoléon III, il a publié une intéressante histoire de l'hospice. L'emploi des eaux d'Aix dans le rhumatisme et dans les maladies vénériennes a été, sous sa plume, le sujet de deux mémoires qu'on lit avec fruit. En ce moment même, il publie son compte rendu présidentiel de la dernière saison.

M. *Forestier*, fils d'un ancien médecin d'Aix, neveu des deux généraux qui portent le même nom et dont l'un commande le département de l'Hérault, est président de la Commision des eaux pour 1860. Dans son Conseiller du baigneur, il a joint à ses observations cliniques les notes laissées par son père, et fait avec le tout une œuvre pratique de plus haute valeur que le titre ne semblerait l'indiquer. C'est un esprit orné, relevé par la distinction des manières.

sinus ne présentent les caractères de l'inflammation; elles sont lisses et nullement injectées. Dans la deuxième observation, les parois des sinus oblitérés sont tout à fait normales. Comme, du reste, l'affection dans les deux cas était récente, la surface interne des sinus était encore lisse et luisante, et les caillots n'adhéraient que faiblement aux parois, ou même n'offraient aucune adhérence avec elles.

En regard de ce qui précède, il serait intéressant de mettre les détails se rapportant à des exemples de phlébite vraie des sinus, qui sont quelquefois observés à la suite de plaies de tête, de caries du rocher et d'otorrhée cérébrale. Entre autres citations, je me contenterai de renvoyer aux observations IV et V du *Traité des maladies de l'encéphale*, par Abercrombie, et au mémoire de M. Tonnelé (*Archives générales de médecine*, première série, t. XIX, p. 456 et 610; 1829).

Malgré cette différence si évidente qui existe dans l'aspect des parois des sinus dans les deux cas d'oblitération spontanée et de phlébite vraie, on confond encore très souvent entre elles ces deux lésions. L'année dernière, deux observations de MM. Gellé et J. Gibert, intitulées : *Phlébite des sinus de la dure-mère*, et qui ont fait l'objet d'un rapport fort remarquable, dû à notre collègue M. le docteur Genouville, ont été publiées dans les *Bulletins de la Société*. Ces faits sont bien contestables au point de vue anatomo-pathologique. Dans le cas de M. Gellé, il n'est pas fait mention de l'état des parois des sinus oblitérés. M. J. Gibert s'exprime ainsi : « Les parois du sinus, y compris la membrane interne, sont *très saines*, » et cependant il intitule son observation : *Phlébite du sinus latéral*. A côté de cela, on note dans l'observation de M. Gellé une altération des parois de certaines veines cérébrales qui sont infiltrées de lymphe plastique, et dans le fait de M. Gibert une phlébite vraie de la jugulaire interne gauche dont la membrane externe est épaissie, friable et adhérente aux parties voisines; c'est-à-dire qu'on peut affirmer que ces deux cas ne sont point relatifs à des phlébites des sinus; mais que les sinus ont été oblitérés par des caillots secondaires produits par suite d'une phlébite vraie développée dans leur voisinage. Il ressort de la discussion qui précède que la confusion règne encore dans les esprits au sujet de la phlébite des sinus de la dure-mère, et que cette confusion résulte de ce qu'on n'a point recours à un caractère unique pour définir anatomiquement la phlébite. On trouverait pourtant ce signe physique et invariable dans l'examen des parois des veines et des sinus.

Le second caractère de l'oblitération spontanée des sinus se tire des apparences du coagulum oblitérant. Je dis que cette circonstance est moins importante et moins significative que celle qui précède. Ni la couleur du caillot, ni son mode d'adhérence aux parois, ni même la présence ou l'absence d'une matière puriforme à son centre, ne suffisent à distinguer le caillot de la phlébite vraie du caillot de la coagulation spontanée. On peut dire qu'on a trouvé toutes les variétés d'aspect dans les caillots veineux, quelles que soient les circonstances au milieu desquelles ils se sont formés. Les faits relatifs à cette question sont déjà assez nombreux dans la science sans avoir pu la décider entièrement et convaincre tous les esprits. Mais le point qui trouve le plus d'incrédules, c'est la présence de cette matière puriforme au centre de caillots qui ne semblent pourtant pas appartenir à des cas de phlébite vraie. Sans vouloir revenir sur la discussion relative à une distinction réellement impossible à établir entre les globules de pus et les globules blancs de sang, je ne puis pourtant m'empêcher de mentionner ici un fait qui m'est personnel et que je tiens à reproduire, parce que je l'ai précisément étudié au point de vue de la question qui m'occupe en ce moment.

OBS. — Une femme âgée de vingt-six ans, récemment accouchée, succombe en présentant un œdème considérable des deux membres inférieurs. On avait diagnostiqué pendant la vie une double *phlegmatia alba dolens*, et une oblitération successive des deux veines fémorales.

A l'*autopsie*, je trouvai un gros caillot oblitérant la veine cave inférieure, à partir de l'insertion des veines rénales, et s'étendant dans les veines iliaques primitives et dans toutes les veines du bassin et des membres inférieurs. Depuis la limite supérieure jusqu'au niveau des veines hypogastriques, le caillot offrait les caractères suivants : il était extérieurement d'un blanc jaunâtre, et avait la fermeté d'une fausse membrane en voie d'organisation. Son centre était occupé par une matière ayant l'aspect d'un pus phlegmoneux louable. Au microscope, je constatai que cette matière était formée de granulations fibrineuses, de gouttelettes huileuses, de débris amorphes nombreux et de *globules de pus* ou de *leucocythes*: ceux-ci, relativement peu nombreux, offraient un commencement d'altération qui les faisait ressembler à des corpuscules tuberculeux. Du reste, les parois des veines étaient partout saines, lisses, brillantes, non injectées et non épaissies; les caillots n'y adhéraient que faiblement, quoique suffisamment pour amener une oblitération complète. Les sinus utérins étaient obturés par des caillots à aspect caséeux, rappelant un peu les caractères des caillots décrits ci-dessus; seulement leur ramollissement semblait moins avancé que dans les veines dans lesquelles ils se déversaient.

Ce cas, observé dans les circonstances puerpérales, où la purulence est une chose si ordinaire et a une si grande tendance à se manifester, ne serait pas pour moi décisif, si je n'avais pas eu l'occasion de rencontrer plus tard, chez un phthisique, un gros caillot dans la veine cave inférieure n'oblitérant pas entièrement sa cavité. Ce caillot avait l'aspect extérieur observé dans le fait précédent, et renfermait une matière purulente identique par ses caractères microscopiques avec ceux que j'ai relatés plus haut. Il résulte donc de ces exemples rapidement indiqués, et d'autres encore connus dans la science, que la présence d'une matière puriforme, au centre d'un caillot oblitérateur, ne suffit pas pour caractériser une phlébite vraie ; il faut, de plus, que les parois de la veine offrent une altération évidente.

Mais cette discussion ne me dispense pas d'indiquer l'aspect que présentaient les caillots dans les faits de M. Fritz. Je transcris ce que M. Fritz dit dans sa première observation d'un caillot occupant la moitié postérieure du sinus longitudinal supérieur : « C'est une

---

Nommons enfin MM. *Gaillard* et *Dardel*, qui tous deux ont laissé les plus brillants souvenirs à l'école de Turin : *Arcades ambo*. Nous n'avons mémoire d'aucun écrit de M. Dardel; mais les recherches de M. Gaillard sur l'action des eaux d'Aix dans les phlegmasies articulaires sont parfaitement connues et appréciées.

Voilà pour les deux centres principaux de la Savoie. On comprend que nous ne puissions poursuivre ce dénombrement jusque dans les petites localités. Nous nous bornerons donc à prévenir ceux de nos confrères qui se proposent de visiter leur nouveau domaine, qu'ils y rencontreront les docteurs : *Lachenal* (d'Annecy), député, administrateur, gouverneur provisoire pendant le travail de l'annexion; *Calligé* (de Faverges), à qui il ne faut pas en vouloir d'avoir défendu dans une brochure l'autonomie savoisienne ; *Béard* et *Dénotet* (de Rumilly) : le premier, auteur de chansons originales en patois savoyard, le second, membre du conseil provincial, et ayant fait partie de la récente députation aux Tuileries; *Perret* (de Saint-Pierre d'Albigny) ; *Simon* (du Chatelux) et *Negret* père (de Lescheraine), membres du même conseil, et dont le dernier, chevalier de SS. Maurice et Lazare, a doté le Beauges d'une voirie excellente, à travers mille difficultés de terrain et d'administration ; *Dupraz* (d'Évian), auteur d'une bonne monographie sur les eaux de cette ville; *Mongellaz* (de Reignier), député, dont les services ont été appréciés dans une notice nécrologique de M. Caffe ; *Savoyen* (de Moutiers), qui a écrit sur le crétinisme; *Jacquemond* (de la même ville), auteur d'un poëme peu démocratique, dit-on (nous ne l'avons pas lu), sur le *comte Vert*, aujourd'hui député de la gauche : *mutatus ab illo;* Mottard (de Saint-Jean-de-Maurienne), chaud promoteur d'association médicale.

Le reste vaut la *peine d'être nommé*. Mais comment susciter tant de noms du fond de sa cervelle?... En voici encore un pourtant, et nous allions le passer sous silence, grand Dieu! Il ne s'agit de rien de moins que l'ancien secrétaire d'Hannemann, M. *Chatrou*, qui, après avoir tâté de l'homœopathie à Paris, l'exerce maintenant à Chambéry, où nous ne l'avions pas remarqué tout d'abord.

Disons enfin que la Savoie médicale a été et est encore dignement représentée en France. Par exemple, Carron du Villards,

masse d'un blanc grisâtre, tachetée de rouge, qui contient en son centre une bouillie couleur lie de vin, et qui adhère assez intimement par ses couches périphériques aux colonnes fibreuses de l'angle inférieur du sinus. » L'examen microscopique de ce caillot révèle les détails suivants : fibrine granuleuse mélangée d'un grand nombre de leucocythes, de quelques gouttelettes graisseuses et de globules rouges plus ou moins altérés. C'est la reproduction presque exacte de ce que j'ai dit précédemment à propos du fait qui m'est personnel.

Dans le deuxième cas, le coagulum principal, occupant le sinus longitudinal supérieur, est blanchâtre, élastique, et présente un pointillé rougeâtre et des noyaux plus étendus de même couleur. Il n'adhère point aux parois du sinus, mais il est intriqué dans les filaments qui cloisonnent celui-ci. Ici on ne trouve plus au centre du caillot une bouillie couleur lie de vin; l'adhérence aux parois est moindre que dans l'autre fait. Mais dans le premier cas, l'enfant avait survécu huit jours au début des accidents cérébraux ; dans le second, la mort était survenue au bout de deux jours. Les deux caillots n'étaient donc pas de même âge et ne pouvaient par suite offrir le même degré de transformation.

Les conséquences, pour ainsi dire mécaniques, de cette oblitération des sinus, se lisent très nettement dans les observations de M. Fritz. Dans les deux cas, les veines cérébrales sont gorgées d'un sang noir à demi-coagulé, et il existe un épanchement sous-arachnoïdien très abondant. Le premier fait présente de spécial une hypérémie arborisée et très serrée, occupant la scissure interhémisphérique et le fond des scissures de Sylvius, et une infiltration de la substance nerveuse, qui est molle et diffluente. Dans le second cas, on note une congestion cérébrale intense, surtout à droite, et un engorgement des plexus choroïdes, qui sont noirs et turgescents. Mais il n'est question ici ni de ramollissement rouge ou blanc d'un point circonscrit de la substance cérébrale, ni d'épanchement intra-ventriculaire, ni de suffusion sanguine dans l'épaisseur des méninges.

Une particularité curieuse est notée dans la première observation de M. Fritz : c'est l'existence, au niveau de la bifurcation d'une branche de l'artère pulmonaire, d'un petit caillot ayant tous les caractères du coagulum occupant le sinus latéral gauche. Ce petit caillot est libre de toute adhérence, et les parois de l'artère pulmonaire sont saines. M. Fritz n'hésite pas à considérer ce fait comme un exemple de la migration d'un fragment détaché du caillot encéphalique; en un mot, il s'agirait ici d'une *embolie*. Mais le caillot émigré est bien petit, et le désir de trouver des embolies bien grand. Du reste, M. Fritz a découvert un cas analogue au sien dans la science ; il a été observé et rapporté par M. Mikschick. (*Wiener Wochenschrift*, n° 15, 1855.)

Le troisième caractère propre aux coagulations spontanées du sang dans les sinus de la dure-mère, est d'un autre ordre que les précédents. Il a l'avantage de pouvoir être apprécié durant la vie et de fournir un élément précieux pour le diagnostic. Il s'agit des circonstances au milieu desquelles se produisent ces coagulations. En général on les observe, soit dans l'état puerpéral, soit dans le cours ou à la fin de certaines maladies cachectiques, telles que le cancer ou la tuberculose. Les faits appartenant à la catégorie des états cachectiques forment un groupe à part assez distinct pour avoir été décrits par Virchow sous le titre de *thrombose par marasme*.

Dans l'un des cas de M. Fritz, c'est un enfant affecté de mal de Pott, affaibli par une suppuration de longue durée; en un mot, c'est un tuberculeux. Dans l'autre observation, on voit un enfant ayant souffert de la misère, épuisé par une succession de maladies de plus en plus fâcheuses, et qui finit par succomber à une bronchite capillaire. M. Fritz paraît attribuer à l'émétique administré à haute dose dans cette occasion une certaine influence sur la coagulation du sang dans les sinus, comme ayant abattu les forces et ralenti la circulation. Cette opinion n'est pourtant pas conforme à ce qu'on admet généralement au sujet des antimoniaux, qui paraissent, au contraire, combattre efficacement la tendance à la plasticité du sang observée dans les maladies inflammatoires. En vertu même de cette plasticité, on ne saurait nier que les phlegmasies ne prédisposent pas elles-mêmes à ces coagulations spontanées du sang contenu dans ses vaisseaux. C'est peut-être ce qui a eu lieu dans la seconde observation de M. Fritz, bien qu'il ne paraisse avoir tenu aucun compte de cette circonstance. Du reste, la raison matérielle est à peu près la même dans les deux cas de phlegmasie ou de cachexie : c'est la forte proportion de fibrine circulant avec le sang et se précipitant avec la plus grande facilité dès que la circulation languit ou dès qu'il se trouve sur le trajet du courant sanguin un obstacle qui peut servir de noyau au coagulum. A ce propos, on remarquera que les sinus de la dure-mère sont très bien disposés pour être le siége de ces coagulations spontanées. Ces cloisons incomplètes, ces filaments fibreux, qui se rencontrent dans leur cavité et qui leur donnent une certaine ressemblance avec les tissus caverneux, le mode d'insertion des veines cérébrales sur les sinus qui constitue une gêne pour la circulation, sont des circonstances favorables pour la formation des coagulum fibrineux dans l'intérieur des sinus de la dure-mère. Leur fréquence serait peut-être encore plus grande si les mouvements respiratoires n'exerçaient pas une influence directe et très énergique sur la circulation cérébrale.

Après avoir établi les caractères anatomiques et l'étiologie des thromboses cérébrales, il me reste à mentionner leurs conséquences cliniques déduites des faits observés par M. Fritz. Il faut bien en convenir tout de suite, les points communs entre les deux descriptions ne sont pas nombreux. Il serait difficile de faire concorder celles-ci dans un même tableau. Dans l'un des cas, les phénomènes de contracture dominent, il y a un accès de convulsions cloniques survenu peu de temps avant la mort; dans l'autre cas, le fait le plus remarquable est une paralysie des membres supérieur et inférieur gauches : il est vrai que le membre supérieur droit est contracturé, et que plus tard les phénomènes paralytiques disparaissent et

---

qui vient de mourir général et oculiste au Brésil, avait pratiqué à Paris pendant plusieurs années, et nous avons souvent le plaisir de presser la main de M. Caffe.

Cet article ne ment pas à son titre ; c'est une vraie *revue* que nous venons de passer. Néanmoins il y en a une, d'une autre sorte, dont nous ne pouvons nous affranchir, et pour laquelle nous demandons un sursis, faute de papier. A bientôt donc les nouvelles.

Dr ALIQUIS.

Par décret impérial du 19 mai 1860, ont été promus ou nommés, dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des derniers concours ouverts dans les ports :

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. les chirurgiens de 2e classe, Louvel, Cougit, Jubiot, Macé, Aubert, Coquerel, Mège, Brunereau, Rulland, Lajoux et Huillet. — Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. les chirurgiens de 3e classe, Raynaud, Gaymard, Turc, Jaspard, Nadeaud, Grand, Cassien, Poitou-Duplessy, Thaly, Audouit, Noury, Carpentin, Encognère, Le Barzic, Sablé, Mac-Auliffe, de Saint-Julien, Lelez, Bassignot et Borius. — Au grade de chirurgien de 3e classe : MM. Mesnil, Dupont, Béliard, Dauvin, Bohy, Marcilly, Audry, Mesmin, Clavier, Leguerré, Thomas, Izard, Dubergé, Chauvin, Piche, Rousse, Maurel, Cauvin, Lartigue, Mathis, Frogé, Daniel, Chaumeil, Le Large, Monnerot.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les phamaciens de 3e classe, Morio et Garnault. — Au grade de pharmacien de 3e classe : MM. les élèves Bavay, Vrignaud, Abonnel, Reynaud.

Par décret du 8 mai, M. Renault, directeur de l'École impériale vétérinaire d'Alfort, a été nommé inspecteur général des écoles vétérinaires.

Par décret du même jour, M. Delafond, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, a été nommé directeur de cet établissement en remplacement de M. Renault.

font place à une contracture qui devient ainsi presque générale. Dans le premier fait, on note de la céphalalgie et du coma ; dans l'autre, un délire qui cesse bientôt : la mort survient en pleine connaissance. Le premier malade survit huit jours au début des accidents cérébraux, le second est emporté en deux jours. Les deux observations présentent, en commun, un strabisme divergent, la dilatation de la pupille et une sueur partielle limitée à la face, au cou et au-devant de la poitrine. M. Fritz paraît accorder une certaine importance à ce dernier symptôme. Si l'on veut savoir sur quelles bases incertaines repose le diagnostic de la thrombose cérébrale, je dirai que c'est ce phénomène de la sueur locale qui a permis à M. Fritz de soupçonner, avant la mort de son second malade, l'existence de caillots fibrineux dans les sinus de la dure-mère. La circonstance de l'état de marasme auquel l'enfant était réduit a bien été pour quelque chose dans ce diagnostic un peu risqué, et pourtant la cachexie spéciale était moins évidente que dans le premier cas observé, où les symptômes ont été plus tranchés.

D'ailleurs, on conçoit aisément comment il est impossible d'avoir une symptomatologie uniforme et d'arriver à un diagnostic précis, quand on songe aux dispositions variées que peuvent prendre les caillots dans les différents sinus, et aux conséquences diverses de l'oblitération, qui amène, tantôt une congestion cérébrale intense et un épanchement séreux sous-arachnoïdien, et tantôt, outre ces accidents nécessaires, soit une suffusion sanguine dans les méninges, soit une hypérémie inflammatoire, soit enfin un ramollissement de la substance nerveuse.

Il est encore un autre caractère de ces coagulations spontanées considérées au point de vue de leur diagnostic durant la vie, c'est la mobilité des symptômes auxquels elles peuvent donner lieu. Ainsi, dans la seconde observation de M. Fritz, on voit l'hémiplégie, qui s'est montrée d'abord, disparaître et faire place à des accidents de contracture. C'est que, dans ce cas, la circulation n'était pas entièrement interrompue dans les sinus, les caillots ne remplissant pas exactement leur cavité, et qu'elle se rétablissait périodiquement, bien que restant toujours imparfaite. Notons en passant que l'hémiplégie atteignait le côté droit du corps, et que le sinus latéral gauche était occupé par un coagulum fibrineux.

A l'exception de cette dernière particularité assez spéciale, nous ne pouvons mentionner dans les faits de M. Fritz aucun de ces symptômes plus significatifs qui sont indiqués dans certaines observations, et que M. Genouville a collationnés avec soin dans son rapport, tels que l'œdème limité à la paupière supérieure ou à un côté de la figure, ou que l'exophthalmie, le chémosis séreux et l'infiltration générale de la face. Il n'a pas été non plus donné de constater dans la deuxième observation de M. Fritz le signe indiqué par Gerhardt (*Deutsche Klinik*, 1857, n° 45 et 46), qui a vu sept cas de coagulation du sang dans les sinus chez de jeunes enfants. Ce signe consiste en ce fait que, lorsque l'oblitération occupe l'un des sinus latéraux, la veine jugulaire externe du même côté est moins remplie que celle du côté opposé.

En résumé, et comme conclusions scientifiques du travail de M. Fritz, travail confirmatif de ce qui a déjà été dit sur le même sujet, il est évident :

1° Que les coagulations spontanées du sang dans les sinus cérébraux ont été observées pendant la vie en dehors du cas de phlébite proprement dite.

2° Que le caractère anatomo-pathologique tiré de l'aspect des parois des sinus oblitérés constitue le meilleur signe distinctif entre la thrombose cérébrale et la phlébite vraie.

3° Que ces coagulations spontanées ont pour conséquence habituelle l'engorgement des veines cérébrales, l'épanchement séreux sous-arachnoïdien, l'hémorrhagie méningée, le ramollissement du cerveau, et peuvent même être le point de départ d'*embolies*.

4° Que les circonstances dans lesquelles on les observe sont semblables à celles qui font coaguler le sang dans les autres parties du système veineux pour constituer la thrombose des veines, ou autrement la *phlegmatia alba dolens*.

5° Qu'à la rigueur on peut reconnaître cet accident pendant la vie.

6° Enfin, il ressort de tout ce qui précède qu'il est de la plus grande importance d'examiner l'état du sinus dans les cas d'apoplexie séreuse, d'épanchement sous-arachnoïdien et intra-ventriculaire, d'hémorrhagie méningée, de ramollissement blanc du cerveau, etc.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 MAI 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIOLOGIE. — *Sur le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille*, par M. *Ch. Matteucci*. — L'auteur tire de ses expériences les conclusions suivantes :

1° Le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille, tel qu'il a été défini, existe indépendamment de l'action immédiate du système nerveux.

2° Le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille augmente notablement, et persiste pendant un certain temps dans cette augmentation, lorsqu'on a excité plusieurs fois de suite les nerfs de l'organe, de manière à obtenir un certain nombre de décharges successives.

3° Le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille est indépendant de la nature du milieu gazeux dans lequel on l'a laissé pendant vingt ou trente heures.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Observations relatives : 1° à la durée de la vie chez des crapauds enfermés dans des blocs de plâtre, et 2° aux prétendues pluies de crapauds*, extrait d'une lettre de M. *Seguin* à M. *Laugier*. — L'auteur annonce qu'il a trouvé des crapauds pleins de vie après avoir séjourné dix et même quinze ans dans un bloc de plâtre.

Quant aux prétendues pluies de crapauds, il les explique par le transport de ces animaux à distance par de grands ouragans.

CHIRURGIE. — *Rapport sur une observation de chirurgie relative à un cas de division congénitale du voile du palais, guérie par les cautérisations successives*, par M. le professeur *Benoît*. (M. J. Cloquet, rapporteur.) — Le sujet avait atteint sa onzième année. Le traitement a duré dix-neuf mois ; trente-trois cautérisations ont été pratiquées, soit avec le nitrate acide de mercure, soit avec le nitrate d'argent, à l'angle et sur les bords de la division, dans une étendue de quelques millimètres seulement.

Le voile du palais est aujourd'hui complétement réuni ; il reste seulement une division de la luette. Tous les symptômes ont disparu ; l'articulation des mots est facile, mais le timbre de la voix n'est pas encore parfaitement pur ; il subsiste un peu de nasonnement, attribué par M. Benoît à l'habitude prise par les organes plutôt qu'à la fissure qui reste à réunir. L'auteur justifie cette assertion en citant l'exemple qu'il a sous les yeux d'un individu portant une bifidité congénitale de la luette à peu près semblable à celle qui reste chez son opéré, et chez lequel l'articulation des mots n'est pas altérée. M. Cloquet a eu l'occasion de faire la même remarque sur l'un des sujets dont il a publié l'observation.

M. le rapporteur fait ressortir les principaux avantages de la méthode des cautérisations successives : elles n'effrayent pas le malade ; elles sont à peine douloureuses ; elles n'apportent aucun changement dans les habitudes des opérés, et leur permettent de continuer leurs travaux.

Il est cependant des cas, ajoute M. Cloquet, où les cautérisations, comme la staphyloraphie, ne peuvent pas réussir : c'est lorsqu'il y a division et écartement des os palatins ; il faut avoir alors recours à l'autoplastie de la voûte palatine ; mais ici la cautérisation peut être un puissant auxiliaire, comme l'a fait remarquer M. Hippolyte Larrey dans un travail récent.

La méthode des cautérisations successives a donné de très bons résultats encore, non plus sur le voile du palais, mais sur des parties d'une structure bien plus complexe. C'est ainsi que M. Gail-

lard (de Poitiers) est parvenu à guérir, par ce procédé, un enfant dont les deux pieds étaient divisés dans presque toute leur moitié antérieure par une scissure profonde, et représentant assez bien la pince d'un homard.

Il y a plus de trente ans, M. Cloquet lui-même parvint, à l'aide de cautérisations successives, à réunir chez un jeune homme les deux moitiés d'un pouce bifide, fourchu par vice de conformation.

M. le rapporteur propose de remercier M. Benoît de son intéressante communication. (*Adopté.*)

Physiologie. — *Nouvelles expériences sur l'hétérogénie*, par MM. *N. Joly* et *Ch. Musset*. — Ces expériences, faites sur l'œuf de la poule spontanément décomposé, viennent corroborer l'opinion déjà émise par les auteurs dans leur mémoire du 26 mars dernier, à savoir : qu'il faut attribuer à la désagrégation des molécules organiques, ou plutôt à la transformation de ces molécules elles-mêmes, l'apparition des plantes microscopiques ou des microzoaires, dont l'origine est restée si obscure.

En enlevant, chaque jour, la pellicule proligère qui recouvrait la surface du liquide, les expérimentateurs ont vu se former d'autres pellicules, toujours recouvertes de nouveaux infusoires. D'où ils ont tiré la conclusion que ce sont les granules de la pellicule proligère qui se transforment en monades, en bactéries et en kolpodes.

Le lait, l'urine, le foie de veau, l'ovaire de truite, la graine de lin pilée, la fécule de pomme de terre, la levûre de bière elle-même, mêlées à de l'eau distillée très pure, ont fourni des résultats analogues, on pourrait presque dire identiques. (*Comm.* : MM. Duméril, Milne Edwards, Regnault, Decaisne, Cl. Bernard.)

Anatomie comparée. — *Note sur les hippomanes*, par M. *de Martini*. — On sait que le liquide allantoïdien du fœtus des solipèdes et des ruminants contient toujours un ou plusieurs corps discoïdes, de couleur jaune brunâtre et élastiques, comme du coagulum fibrineux. On les nomme *hippomanes*. Cependant leur nature et leur mode de formation sont encore obscurs.

Suivant l'auteur, les hippomanes seraient constitués par une cavité remplie d'une masse de cellules d'amidon animal.

Il pense que les hippomanes se forment du plasma contenu dans des gaînes que la membrane allantoïdienne forme autour des vaisseaux placentaires du chorion.

Physiologie. — *Des propriétés de l'hématosine des globules du sang et de celles du pigment de la bile sous le rapport de la diffusion*, par M. *Serge Botkine*. — Dans ses études sur l'influence des solutions concentrées de plusieurs substances indifférentes, comme sels neutres, sucre, etc., sur les globules rouges du sang, l'auteur a eu l'occasion de se convaincre que l'hématosine des globules (de l'homme, du chien, du bœuf) ne prend pas toujours part au courant exosmotique qui se produit par l'action des milieux concentrés sur les globules, de sorte que ces derniers, tout en se rétrécissant plus ou moins sous l'influence du courant exosmotique, restent non moins colorés qu'auparavant, et prennent même une teinte plus vive.

La bile de bœuf ou de mouton, renfermée dans la vésicule ou dans un cylindre soigneusement obturé d'une membrane d'œuf, et plongée ensuite dans la solution concentrée de sucre ou de sulfate de magnésie, retient parfaitement son principe colorant; dans l'une comme dans l'autre de ces solutions on trouve une certaine quantité d'acides de la bile, mais aucune trace du pigment.

Ainsi le principe colorant de la bile partage avec l'hématosine des globules du sang la même propriété sous le rapport de la diffusion.

Ces phénomènes physiques pourraient peut-être jeter une certaine lumière sur le fait si curieux de la distribution des principes de la bile dans le foie. En effet, pourquoi la bile formée dans les cellules du foie est-elle versée dans les canaux excréteurs sans jamais entrer en diffusion avec le sang des vaisseaux, excepté les cas pathologiques. Le sucre du sang des veines hépatiques joue probablement un certain rôle dans ce phénomène. Quelques cas d'ictère, dans lesquels il est impossible de découvrir une cause mécanique à la rétention et à la résorption de la bile, trouveront peut-être leur explication, d'après ces expériences, dans un changement quelconque des conditions de diffusion.

Physiologie. — *Mémoire sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux chez les mammifères et sur le système ligamenteux qui leur succède*, par M. *Ch. Robin*. — Le but de ce mémoire est de faire connaître un phénomène physiologique, par suite duquel les conduits qui de la cavité abdominale se rendent à l'ombilic chez les mammifères, s'en éloignent graduellement après la naissance. Ce fait, à peine entrevu pour le pédicule de l'ouraque, est suivi du développement d'un ensemble de ligaments qui rattachent à l'anneau ombilical le bout des vaisseaux rétractés, et offrent chez l'homme, en particulier, une disposition des plus remarquables. Ces particularités sont restées inaperçues, ou ont été mal interprétées, parce que le phénomène initial sous la dépendance duquel elles se trouvent était demeuré inconnu.

Ce phénomène primitif consiste en une rétraction des artères et des veines ombilicales, dont les extrémités s'éloignent ainsi de l'anneau.

La rétraction s'opère de haut en bas pour les deux artères et le cordon de l'ouraque, et de bas en haut pour la veine. Comme, en outre, ces vaisseaux revenus sur eux-mêmes et vides ne grandissent pas autant que les parois abdominales, il en résulte que le bout des artères primitivement engagé dans l'ombilic, et décrit comme y restant attaché, se voit bientôt sur les côtés de la vessie, plus haut ou plus bas que son sommet, au-dessous, au-dessus ou au niveau de l'arcade pubienne, à une distance de l'ombilic qui varie, suivant les sujets et suivant les âges, de 5 à 14 centimètres. Le bout de la veine ombilicale se voit dans le repli péritonéal dit *ligament suspenseur du foie*, à une distance de l'ombilic qui varie de 3 à 10 centimètres chez l'adulte.

Aux tuniques adventices des artères et de la veine, qui convergeaient vers l'ombilic, succèdent autant de groupes de ligaments filamenteux qui suivent d'une manière générale la même direction, mais qui sont bien plus riches en fibres que la tunique externe des artères, de la veine, et que le cordon fibreux de l'ouraque. Ces ligaments, très développés chez les animaux à station verticale, comme l'homme, sont grêles et simples chez les autres mammifères. Ils sont décrits en détail dans le mémoire dont cet extrait indique la substance.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 29 MAI 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie que, dès que les circonstances le permettront, il prescrira des mesures pour faciliter les recherches de la commission spéciale instituée en 1851 sur l'endémicité du goitre et du crétinisme en Savoie. (*Renvoi à la commission.*)

2° M. le ministre de l'instruction publique transmet une observation de M. le docteur *Guirette* (de Marseille), relative à un cas de phthisie pulmonaire guérie par le cautère pénétrant du thorax. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Lozère et de Loir-et-Cher. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les rapports de MM. les docteurs *Tripier*, *Fabas* et *de Puisaye* sur le service médical des eaux minérales d'Évaux (Creuse), de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) et d'Enghien (Seine-et-Oise), pendant les années 1858 et 1859. (*Commission des eaux minérales.*)

4° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Bonnafont*, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une note sur le traitement des maladies de l'estomac par l'acide arsénieux, par M. le docteur *Germain* (de Château-Thierry). (*Comm.*: MM. Beau, Chatin et Trousseau.) — *c*. Une note sur une épidémie d'affections diphthériques observées à Montgeron et à Crosnes en 1859, par M. le docteur *Locaze*. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Un mémoire de M. *Pascal* sur le traitement des accidents primitifs de la syphilis, et de plusieurs autres formes des maladies vénériennes, par le guaco (*Mikania guaco*), plante des synanthérées. (*Comm.*: MM. Ricord, Poggiale et Lagneau.) — *e*. Une observation de dégénérescence graisseuse du cœur, par M. le docteur *Jacquot* (de Saint-Dié). (*Comm.*: M. Bouillaud.) — *f*. Une série de tableaux d'observations météorologiques faites à Constantinople, par M. le docteur *Beyran*. (*Comm.*: MM. Michel Lévy et Londe.)

Lectures.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Depaul* achève la lecture du travail qu'il a commencé dans la dernière séance, et intitulé : *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme, et de l'opération qu'elle réclame.*

Dans le troisième fait observé par M. Depaul, il s'agit d'une primipare qui n'avait jamais eu d'affection utérine et n'avait été soumise à aucune cautérisation du col. Chez cette femme, arrivée au terme de sa grossesse, M. Depaul constata une oblitération complète du col utérin, pendant le travail de l'accouchement. Le travail s'étant arrêté, après plusieurs heures de douleurs inutiles, et l'état de la malade n'inspirant aucune inquiétude, M. Depaul crut pouvoir ajourner toute intervention active. Six jours après, le travail s'établit de nouveau ; et comme au bout de cinq heures, le col utérin n'avait éprouvé aucune trace de dilatation, et que la malade était sensiblement épuisée, M. Depaul pratiqua avec le bistouri l'ouverture artificielle du museau de tanche. L'accouchement se termina d'une manière heureuse ; les suites en furent très simples.

A la suite de ces trois observations, qui lui sont personnelles, l'auteur rapporte des cas analogues qu'il emprunte à Thomas Simson (in *Essais médicaux de la société d'Edimbourg*, tome III, art. 19), à Lauverjat (in *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, page 139), à Martin aîné (in *Journal général de médecine et de chirurgie*, année 1815, tome LII, p. 34), à Gautier (in *Journal de Corvisart et Leroux*, numéro de vendémiaire, an XII), à M. Caffe (in *Journal hebdomadaire*, 6e année, tome I, mars 1834).

M. Depaul trace ensuite, à l'aide de ces documents, l'histoire de l'oblitération complète du col utérin chez la femme en couches.

Relativement à l'étiologie, il pense que cette lésion est toujours le résultat d'une inflammation adhésive développée sur les lèvres du col utérin et provoquée le plus souvent par une action traumatique (manœuvres obstétricales dans un accouchement antérieur, opérations chirurgicales, cautérisations, etc.). Toutefois il ne croit pas qu'il suffise qu'une inflammation du col existe avant la grossesse où se développe pendant cet état pour que l'oblitération s'effectue; il est convaincu que cette lésion, très exceptionnelle, suppose l'existence de conditions particulières qui nous sont inconnues.

Relativement au diagnostic, M. Depaul distingue deux sortes d'oblitération : « Il en est, dit-il, qui portent sur l'orifice interne et d'autres sur l'orifice externe. Celles-ci sont incomparablement plus nombreuses, eu égard à la fréquence des ulcérations et autres inflammations auxquelles l'orifice est exposé. »

Ce qui distingue l'oblitération de l'orifice interne, c'est qu'elle ne peut pas être soupçonnée avant l'établissement même du travail de l'accouchement. Si l'on touche alors, on rencontre, au niveau de cet orifice, une cloison complète sur laquelle on ne distingue aucune trace d'ouverture. On ne réussira pas davantage à l'aide d'une sonde ou même d'un stylet. Le doigt, promené tout autour du col, atteint les adhérences du vagin à l'utérus, et si la tête se présente, il constate une tumeur lisse et arrondie. Il faut ensuite appliquer le spéculum et explorer directement le col. Une fois que celui-ci aura été engagé dans l'extrémité de l'instrument, en poussant un peu fort, de manière à soulever en quelque sorte l'utérus, les lèvres du museau de tanche, déjà entr'ouvertes, s'écarteront davantage, et l'œil s'assurera de la soudure complète de l'orifice supérieur. Pour plus de sûreté, on recommencera alors les explorations avec la sonde ou le stylet.

Dans l'oblitération de l'orifice externe, ce qui frappe de prime abord, c'est la présence, au fond du vagin, d'une tumeur lisse et arrondie, ordinairement assez profondément engagée dans l'excavation pelvienne et de consistance assez ferme, lorsque la tête se présente. Cette tumeur peut être remarquable par l'absence de toute saillie, de tout orifice, de toute dépression pouvant donner l'idée de la portion vaginale du col ou tout au moins de son orifice ; c'est ce qui a lieu lorsque la soudure s'est régulièrement effectuée entre les deux lèvres du museau de tanche. Dans d'autres cas, au contraire, une tumeur hémisphérique, également saillante dans le vagin, présentera sur un point de sa surface quelque saillie ou quelque dépression, dans le voisinage desquelles on cherchera vainement une ouverture. Il est indispensable de toucher dans toute son étendue l'insertion circulaire du vagin, qu'on explorera aussi avec le spéculum.

M. Depaul examine ensuite, au point de vue du diagnostic différentiel : 1° la déviation de l'orifice utérin, qu'un examen convenable et l'écoulement du liquide amniotique permettent toujours de reconnaître; 2° un vice de conformation du bassin, qui, en maintenant très élevée la partie de l'enfant qui correspond au détroit supérieur, ne permet pas au segment inférieur de l'utérus d'être convenablement exploré par le doigt ; 3° le vice de conformation de la portion vaginale de l'utérus et l'étroitesse de son ouverture ; 4° l'insertion du vagin à une certaine distance de l'orifice externe, mais sur le bord même de cette ouverture, de manière qu'il n'existe pas de cul-de-sac vaginal ; 5° la disposition de la portion vaginale du col et sa déformation plus ou moins considérable, à la suite de certains accouchements longs et pénibles et qui ont nécessité de graves opérations; 6° l'existence d'une cloison transversale partageant en deux le conduit vaginal.

Abordant la question du traitement, M. Depaul dit que le chirurgien ne doit intervenir ni trop tôt ni trop tard; il doit tenir compte du temps écoulé depuis le commencement du travail, de la faiblesse ou de la violence des contractions, de la réaction plus ou moins vive qu'elles provoquent du côté de l'organisme ; enfin de l'influence qu'elles exercent sur la circulation fœtale. Il ne doit pas perdre de vue que l'éclampsie ou la rupture du corps de l'utérus peuvent être la conséquence d'une trop longue temporisation.

Quant au lieu à choisir pour créer une ouverture artificielle, ce doit être le point même de l'oblitération.

La femme étant convenablement placée, un hystérotome ordinaire, garni de linge jusqu'à 1 centimètre de son extrémité, doit être conduit sur l'indicateur de la main gauche, préalablement introduit jusqu'à la partie sur laquelle on veut opérer. C'est dans le sens transversal qu'il faut faire agir le tranchant, de manière à diviser les tissus couche par couche et dans l'étendue de 8 à 10 millimètres seulement. Le doigt s'assurera de temps en temps de la profondeur de l'incision et reconnaîtra à peu près l'épaisseur de ce qui reste à diviser. Il convient ensuite de pratiquer, de dedans en dehors, trois incisions de 8 à 10 millimètres chacune : une à chaque extrémité du diamètre transversal du petit orifice créé et une autre en arrière, sur son bord postérieur. La matrice ouverte, on agrandit l'orifice artificiel à l'aide du doigt promené circulairement, et on laisse à la nature le soin d'accomplir le reste du travail, sauf à appliquer le forceps dans le cas où il se prolongerait trop.

L'opération est peu douloureuse, donne à peine issue à quelques gouttes de sang, et les suites en sont peu graves. L'expérience prouve que l'oblitération n'a pas de tendance à se reproduire.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Blache* lit une note dans laquelle il réclame en faveur de feu Thierry et de M. Deleau la priorité de l'emploi du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica.*

M. *Devergie* met sous les yeux de l'Académie trois numéros du *Moniteur des hôpitaux*, qui prouvent que M. Deleau n'a pas pris date de priorité, puisqu'il n'a publié aucune observation sur ce sujet, antérieurement à M. Pize.

M. *Trousseau* dit que M. Devergie, dans son rapport, a traité séparément deux grandes questions : 1° celle de l'emploi du perchlorure de fer dans le *purpura;* 2° celle des théories relatives à l'action hémostatique et à l'influence reconstituante de ce sel. L'orateur se propose de suivre M. Devergie dans cette double question de thérapeutique spéciale et de thérapeutique générale.

M. Pize établit l'action hémostatique, puis sédative, du perchlo-

rure de fer dans le *purpura hæmorrhagica* sur quatre faits, dont trois observés par lui et un autre par M. Bourguignon. Mais ces quatre faits, bien que relatifs à des cas très graves de *purpura hæmorrhagica*, ne semblent pas suffisants à M. Trousseau pour en tirer des conclusions aussi formelles que l'a fait M. Pize, et l'orateur comprend et partage les doutes et la réserve gardés par M. Bouillaud à cet égard. Cette réserve et ces doutes sont d'autant mieux justifiés que le perchlorure de fer a échoué entre les mains de M. Devergie dans deux cas de cette forme de *purpura* à laquelle on pourrait donner le nom de *purpura* fébrile à poussées successives.

Comment M. Pize démontre-t-il l'action sédative du perchlorure de fer sur la circulation? En déclarant qu'il a toujours vu chez ses malades le pouls baisser au bout de quatre ou cinq jours. Mais n'est-ce pas ce qui arrive dans la marche naturelle du *purpura hæmorrhagica* fébrile? La fièvre ne tombe-t-elle pas spontanément, après cette période de recrudescence, cette poussée de quatre ou cinq jours, que M. Devergie a si bien caractérisée? La sédation circulatoire est donc indépendante de toute médication; c'est un phénomène spontané dont il ne faut pas faire honneur au perchlorure de fer. D'ailleurs, si le perchlorure de fer était un agent sédatif de la circulation, à l'égal de la digitale et de l'aconit, il exercerait cette action, comme ces dernières substances, sur les sujets sains. Or, les expériences sur les animaux et sur l'homme, à l'état de santé, prouvent que le perchlorure de fer ne ralentit point le mouvement circulatoire.

M. Trousseau croit que M. Devergie a eu tort de faire deux camps entre les médecins, relativement à l'interprétation de l'action thérapeutique des médicaments. Pour la plupart des remèdes, tout le monde est d'accord : ainsi il n'est personne qui prétende expliquer l'action de l'opium, de la belladone, de la noix vomique, etc., par une action chimique. S'il existe encore quelques dissidences relativement à un petit nombre de substances, le fer, en particulier, ce n'est pas la peine d'établir la distinction des chimistes d'une part, et des vitalistes ou dynamistes de l'autre.

Le perchlorure de fer est-il un agent hémostatique? — Oui et non. C'est un hémostatique *direct* et des plus énergiques; les expériences de Pravaz et la pratique journalière des médecins est là pour le prouver.

Mais est-ce un hémostatique indirect? L'orateur ne le croit pas; il se demande, en effet, comment on pourrait concevoir que, dans une métrorrhagie, par exemple, le perchlorure de fer traverserait successivement les capillaires du tube digestif, du foie, des poumons, etc., parcourrait la plus grande partie du cercle circulatoire, sans coaguler une goutte de sang sur son passage, sans produire le moindre effet hémostatique, et irait précisément exercer toute sa puissance strictive et coagulante sur les capillaires de l'utérus! On a peine à comprendre un phénomène aussi étrange! M. Trousseau ne le conteste pourtant pas; mais il craint bien qu'il ne rencontre des incrédules, même parmi les plus chimistes de ses collègues.

On a vanté aussi outre mesure l'action reconstituante du perchlorure de fer. M. Trousseau estime que ce sel jouit, sous ce rapport, de propriétés très inférieures à celles des autres préparations martiales; il a, de plus, sur ces dernières, l'inconvénient d'être difficilement maniable et généralement mal toléré.

A ce propos, l'orateur soulève la question difficile et encore très obscure du mode d'action du fer en tant que reconstituant. Longtemps on a cru et professé que le fer normalement contenu dans le sang a subi une diminution notable chez les chlorotiques. Des expériences récentes de MM. Favre et Reveil viennent de démontrer le contraire. Ainsi ces habiles chimistes ont trouvé que, chez les chlorotiques, où le chiffre des globules sanguins est représenté par 40, la proportion en poids du fer normal est égale à celle des sujets non chlorotiques, dont le chiffre des globules s'élève à 120 ou 130, d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret. Si donc, pour une même quantité de sang, on trouve les mêmes proportions de fer chez les chlorotiques et chez ceux qui ne le sont pas, bien que les premiers aient trois fois moins de globules que les seconds, il faut bien admettre que le fer est condensé dans les globules sanguins des chlorotiques; à quoi bon alors administrer à ces malades des préparations ferrugineuses? C'est ce que l'orateur examinera dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 1er JUIN 1860.

Nouvelles observations sur la colique hépatique, par M. *Fauconneau-Dufresne*.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De l'alimentation comme moyen curatif dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. le docteur MONNERET.

S'il y a encore des médecins qui soumettent les malades atteints de fièvre typhoïde à une diète rigoureuse pendant toute la durée de la maladie, le nombre de ceux qui les nourrissent de bonne heure tend cependant à s'accroître tous les jours. Dans plusieurs contrées, notamment en Angleterre, on administre même, pendant toute la durée de l'affection, du bouillon de bœuf; mais il y a loin de ces tentatives à un emploi méthodique, réglé et constant des substances alimentaires dans le traitement de la fièvre typhoïde, depuis son début jusqu'à sa terminaison, tel que le préconise M. Monneret. C'est une méthode complète que son auteur a suivie, depuis dix ans, avec les résultats les plus satisfaisants, dit-il, dans plus de 600 cas de fièvre typhoïde très grave ou de moyenne intensité; abstraction faite des fièvres gastriques simples, des bilieuses rémittentes et des synoques.

Les idées physiologiques et pathologiques qui ont guidé M. Monneret en instituant ce traitement peuvent se résumer en peu de mots. L'inanition, c'est-à-dire la suspension ou la diminution du travail d'assimilation, joue incontestablement un rôle essentiel dans la production de la plupart des accidents de la fièvre typhoïde (perte rapide du poids du corps, ulcérations, gangrène, émaciation, hémorrhagies, diminution de la fibrine et des globules, etc.). La plupart de ces accidents se retrouvent, en effet, dans l'inanition. L'absorption se fait mal, incomplétement. Pour mettre l'organisme en état de résister à la cause inconnue de l'affection, il est par conséquent indispensable de soutenir l'état dynamique, de permettre aux actes physico-chimiques de la nutrition de continuer, avec une certaine intensité, jusqu'au moment où ils s'effectueront d'une manière normale. Il faut donc surtout s'attacher à réveiller l'irritabilité par des stimulants nouveaux de l'organisme, c'est-à-dire à l'aide de boissons et d'aliments, d'une aération un peu vive, et de substances stimulantes et toxiques. On fait ainsi le véritable *traitement de la fièvre typhoïde*, ce qui n'exclut nullement le traitement rationnel des divers états organopathiques de cette affection.

Voici maintenant la formule générale de la méthode de traitement de M. Monneret :

« Lorsqu'un malade atteint d'une fièvre typhoïde grave ou bénigne est placé dans une de nos salles, nous le soumettons, le premier jour, à l'action de l'émétique administré à dose vomitive, et nous y revenons quelquefois le second jour, lorsque les évacuations produites par le vomissement n'ont pas été assez abondantes. Le deuxième, le troisième et le quatrième sont consacrés à l'emploi de l'eau de Sedlitz. Pendant ce temps, nous commençons à faire prendre au malade 3 ou 4 litres de limonade froide, glacée même, à laquelle on ajoute 25 ou 50 centilitres de bon vin par litre; on accorde de plus deux ou trois grandes tasses de bouillon chaud ou froid, suivant qu'il est mieux digéré à l'un ou à l'autre de ces états. En outre, la plupart des grands malades reçoivent de 100 à

150 grammes de vin de quinquina, ce qui porte à un demi-litre et souvent à un litre la quantité de vin que le malade boit dans les vingt-quatre heures, dès le début et pendant tout le cours de son affection. Si l'on ajoute l'usage quotidien de 60 à 70 centigrammes de sulfate de quinine, de quelques litres d'eau de Sedlitz chaque fois que les selles deviennent rares et le météorisme un peu marqué, de cataplasmes glacés lorsque le cas est très grave, on aura une idée complète du traitement simple et méthodique que nous appliquons à la fièvre typhoïde.

» Quant au traitement des complications, il ne diffère pas de celui qui est généralement adopté par tous les médecins; nous ferons seulement remarquer que, excepté les phénomènes de congestion bronchique, ces complications sont rares, particulièrement celles qui peuvent surgir du côté de l'intestin, telles que les hémorrhagies, les perforations, les entérocolites.

» Nous ne nous bornons pas à nourrir des malades avec le vin et le bouillon; de très bonne heure, vers le huitième ou le dixième jour, nous leur donnons des potages et des soupes trois ou quatre fois par jour, tout en continuant le vin de quinquina, et souvent du Bagnols, à la dose de 100 et 200 grammes. »

Sans doute, il se présente quelques difficultés dans l'exécution de ces prescriptions. Ainsi il est des malades qui vomissent le bouillon, tandis que le vin pur ou coupé passe bien, ou inversement. On découvre ces différences à l'aide de quelques tâtonnements; dans tous les cas, après plusieurs jours, il est rare que l'estomac ne s'habitue pas au contact de ces aliments. M. Monneret dit avoir rencontré cependant quelques sujets chez lesquels le vin, le bouillon et même le potage, essayés successivement, n'étaient pas acceptés par l'estomac; des aliments solides pris en petite quantité les remplaçaient avantageusement. Le café réussit généralement moins bien; toutefois, associé au vin et au bouillon, il lui a paru rendre de grands services dans la forme adynamique.

L'alimentation, outre la satisfaction qu'elle procure aux malades, ramène les sécrétions buccales, l'humidité de la langue, diminue la soif et dissipe les signes d'ataxo-adynamie. La convalescence s'établit plus franchement et plus vite; elle est très courte, et nullement entravée par des complications fâcheuses.

M. Monneret a remarqué que d'abord, pendant le premier septénaire, les aliments ne font que s'opposer à l'adynamie, et neutraliser l'action incessante de la maladie; puis une fois que le travail d'assimilation est plus régulier, plus actif, la nutrition, entraînée sur cette pente, se fait avec une intensité telle, que l'amélioration se manifeste de la manière la plus évidente : l'intelligence est plus ferme, le sommeil plus doux, plus paisible, plus réparateur; la peau, moins sèche, commence à s'humecter; les selles reviennent plus régulières, l'urine plus abondante; les forces surtout reviennent.

Depuis qu'il a adopté ce mode de traitement, M. Monneret assure n'avoir observé que très rarement des eschares au sacrum, plus rarement encore des gangrènes, soit externes, soit internes, ou ces graves complications de broncho-pneumonies hémorrhagiques et hypostatiques, qui sont toujours le résultat de l'intensité même de l'adynamie, et surtout de l'inanition à laquelle on soumet les malades. Ce traitement s'oppose aussi, d'une manière efficace, à la production des hémorrhagies, soit intestinales, soit nasales; ou du moins il les rend moins graves et moins rebelles aux autres moyens de curation. Il n'est pas douteux non plus, à ses yeux, que les perforations intestinales, les accidents cérébraux, tels que le coma, le délire, les convulsions, sont plus rares et moins intenses chez les malades qu'on nourrit que chez ceux qu'on astreint à une diète sévère, et chez lesquels tous les tissus s'amincissent et deviennent moins résistants par le fait de l'inanition.

Pour aider l'action des substances alimentaires, M. Monneret se sert, pendant les cinq ou huit premiers jours, d'une manière continue ou intermittente, des boissons glacées et acidules. Il lui a paru nécessaire de n'administrer les réfrigérants chaque jour que pendant plusieurs heures, afin de laisser aux organes abdominaux le temps de réagir. Une fois cet effet obtenu, on a de nouveau recours à la limonade vineuse glacée ou à du café froid mêlé à une certaine quantité d'eau sucrée. Des applications de cataplasmes glacés sur le ventre concourent à rendre cette médication plus active. Du reste, dans aucun cas, excepté lorsqu'il existe une complication broncho-pulmonaire, M. Monneret n'administre des boissons chaudes; elles sont toujours froides ou à la température ordinaire. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Note sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies du cerveau chez des enfants, par M. le docteur Coldstream.

L'auteur emploie depuis longtemps l'iodure de potassium d'une manière presque exclusive dans le traitement des accidents de l'enfance que l'on s'accorde à considérer comme créant une véritable tendance à l'hydrocéphale. « Dans tous les cas, dit-il, où la nature des symptômes pouvait me faire croire que l'organe central de l'innervation ou ses enveloppes étaient affectés à un certain degré d'inflammation strumeuse (cérébrite ou méningite tuberculeuse), après avoir purgé modérément les petits malades, et, dans quelques cas, après avoir appliqué ou posé nombre de sangsues à la tête, j'ai l'habitude de prescrire l'iodure de potassium à la dose de 5 à 15 centigrammes, toutes les trois ou quatre heures, et je continue ainsi à doses qui varient, suivant les symptômes, pendant plusieurs jours, ou même jusqu'à ce que la convalescence soit pleinement établie. Je suis bien convaincu que, grâce à ce traitement, et en y ajoutant parfois des vésicatoires sur le cuir chevelu, j'ai obtenu dans cette maladie des effets plus prompts et plus tranchés que ceux qu'auraient pu me fournir les traitements anciens.

» Lorsque j'ai eu l'occasion d'administrer l'iodure de potassium de bonne heure, ce médicament m'a paru, dans plusieurs cas, arrêter les progrès de la maladie en très peu de temps, de sorte que nous n'avons pas vu survenir les effets formidables de l'épanchement, le strabisme et les convulsions. Dans des circonstances moins favorables, lorsqu'une prostration profonde avait succédé à un violent mouvement fébrile, et lorsque les soubresauts des tendons et les convulsions étaient souvent les symptômes prédominants, j'ai vu, dans bon nombre de cas, l'administration un peu large de l'iodure de potassium être suivie d'amélioration et d'une guérison parfaite. » Dans ces cas et dans d'autres plus avancés encore, M. Coldstream a administré l'iodure à plus haute dose, même à la dose de 20 centigrammes plusieurs fois par jour, et chez des enfants de quatre à huit ans.

M. Coldstream dit avoir également employé avec avantage l'iodure de potassium dans les maladies aiguës de l'encéphale, chez des enfants qui ne portaient pas l'empreinte de la diathèse scrofuleuse, et dans les convulsions qui suivent la dentition. (*Bulletin de thérapeutique*, 29 février 1860.)

De l'emploi de l'iodure d'ammonium dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, par M. le docteur Gamberini (de Bologne).

L'auteur rapporte quatorze observations, desquelles il déduit les corollaires suivants :

L'iodure d'ammonium (ammonium d'iode, hydriodate ammonique, iodure ammonique) est indiqué dans tous les cas où l'on emploie les iodures de potassium et de sodium. Il amène une guérison rapide. Son emploi dans le traitement des maladies syphilitiques a, en effet, donné les résultats suivants : 5 guérirent au bout de quinze jours, 3 au bout de trois semaines, 5 au bout de quatre semaines, un après cinq semaines; dans ce dernier cas, la guérison fut retardée parce que le médicament, mal toléré, ne put être administré qu'à faible dose.

Les doses ont été de 2 à 16 grains par jour; cette dernière dose n'a été que rarement nécessaire, et l'intolérance ne s'est produite qu'exceptionnellement.

L'usage externe de l'iodure d'ammonium en frictions (3 grains pour une once d'huile d'olive) a été utile dans le traitement des douleurs syphilitiques nocturnes des muscles ou des articulations.

Les deux phénomènes qui ont annoncé l'intolérance sont un sentiment de brûlure dans la gorge et une sensation d'ardeur dans l'estomac, qui cédèrent rapidement à la suspension du médicament pendant un jour ou deux. Je n'ai pu remarquer ni exagération, ni diminution ou variation dans les fonctions physiologiques des malades.

J'ai vu disparaître, par l'usage interne de cet agent, les indurations consécutives à la cicatrisation du chancre induré et les pléiades ganglionnaires indurées du pli de l'aine.

Les autres maladies syphilitiques qui ont été guéries par cet iodure sont : l'arthralgie, les douleurs rhumatoïdes, les périostoses, les pléiades ganglionnaires cervicales d'une syphilis papulo-vésiculaire du dos.

M. Gamberini conclut en disant que l'emploi de l'iodure d'ammonium lui semble préférable à celui de potassium ou de sodium : 1° parce que, tout en atteignant le même but thérapeutique que les autres iodures alcalins, il a sur eux l'avantage d'agir plus promptement; 2° parce qu'il faut de fortes doses d'iodure de potassium ou de sodium pour obtenir les résultats que l'on obtient avec une dose très faible d'iodure d'ammonium. La dose terminale de cet agent étant la même que celle avec laquelle on débute quand on emploie les autres iodures, les frais du traitement se trouvent considérablement réduits. (*Bull. delle sc. mediche*, et *Il filiatre Sebezio*, novembre 1859.)

Sur un phénomène stéthoscopique produit par l'action du cœur sur le poumon, par M. le docteur Richardson.

Il s'agit d'un bruit particulier que l'auteur a entendu quelquefois dans un point situé au-dessous et un peu en dehors du mamelon gauche. C'est un bruit extrêmement superficiel en apparence, et que l'on perçoit comme s'il se passait immédiatement au-dessous du stéthoscope ou de l'oreille. Par son timbre, il diffère également des bruits de frottement de souffle et du râle crépitant; il ressemble plutôt à un craquement ou au bruit que fait une pièce de calicot quand on la déchire. Il se produit au moment de la systole ventriculaire, mais seulement lorsque cette systole coïncide avec l'inspiration, et il est d'autant plus intense que l'inspiration est plus profonde. Pendant l'expiration, il disparaît complétement.

Dans deux cas où M. Richardson a rencontré ce bruit, et où il a pu faire l'autopsie, il trouva, dans le point indiqué, le bord du poumon déplacé et soudé au devant du péricarde par des adhérences solides, et il explique ce bruit par l'impulsion transmise à cette partie du poumon par les ventricules, au moment de leur contraction. (*Medical Times and Gazette*, 25 février 1860.)

Mémoire sur l'hérédité de la syphilis, par M. le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.

L'hérédité de la syphilis, par le père et par la mère indistinctement, était hier encore une croyance générale, lorsque M. Cullerier avança (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 230) que l'hérédité de la syphilis n'est due qu'à l'influence maternelle, le père y restant complétement étranger. Cette opinion ne reposant que sur deux faits, bien observés il est vrai, mais à coup sûr bien peu nombreux pour renverser une idée aussi généralement reçue, l'hérédité de la syphilis par le père, M. Notta vient ajouter à ces deux faits une série d'observations qui sont toutes favorables à la théorie de M. Cullerier.

Dans les quatre premières, six fois le père était atteint de manifestations syphilitiques au moment de la procréation, la mère était saine, et les enfants sont venus au monde exempts de syphilis. Dans deux autres observations, au moment de la fécondation, le père n'avait pas de manifestations syphilitiques, mais elles ont reparu quelque temps après, de sorte qu'en définitive la diathèse n'en existait pas moins; dans ces deux cas encore, la mère était saine, l'enfant également.

Viennent ensuite deux faits qui ne prouvent rien en faveur de la thèse de M. Cullerier : ici le père a eu la syphilis; mais, au moment de la procréation et depuis, aucun accident syphilitique ne s'est manifesté. On peut donc le considérer comme guéri. Ces faits ont cependant leur importance, car on y voit des femmes exactement dans les mêmes conditions, c'est-à-dire ayant eu la vérole, l'ayant parfaitement soignée, n'ayant plus, depuis un temps très long, d'accidents syphilitiques, et par conséquent en droit de se considérer comme guéries (et comme devant donner le jour à des enfants sains), mettre au monde des enfants syphilitiques. M. Cullerier a déjà plusieurs cas de ce genre ; M. Notta en ajoute encore un qui présente une légère variante : les parents, syphilitiques tous les deux, donnent naissance à un enfant syphilitique. Trois ans plus tard, les deux parents sont guéris, ou, tout au moins, n'ont plus de manifestations syphilitiques, et pourtant l'enfant naît vérolé. « Pour nous, dit M. Notta, rien de surprenant, la syphilis ne provient pas ici du père, mais de la mère seule, et ce fait doit être rapproché de ceux cités par les auteurs, où nous voyons des femmes, qui ont été guéries de la vérole depuis un temps assez long, donner le jour à des enfants syphilitiques. »

Dans les deux derniers faits de M. Notta, enfin, il s'agit de parents syphilitiques tous deux, et d'enfants qui le sont également.

Quoique le nombre de ces observations ne s'élève qu'à 11, il est en réalité de 18, puisque dans 2 cas l'observation se prolonge pendant 2 naissances, et dans un cas pendant 6. Ces cas se répartissent ainsi :

Cas.	Pères ayant au moment de la conception :	Mères.	Enfants.
12	Manifestation ou diathèse syphilitiques.	Saines.	Sains.
2	Ni manifestation ni diathèse, mais ayant eu syphilis antérieurement...	Saines.	Sains.
1	Ni manifestation, ni diathèse, mais syphilis antérieure.............	Syphilis antérieure.	Syphilitiques.
3	Syphilis.......................	Syphilitiq.	Syphilitiques.

« Si l'on jette, dit M. Notta, un coup d'œil sur ce tableau, on voit que toutes les fois que la mère a été saine, et j'entends par là qu'elle n'a jamais eu aucun accident syphilitique, ni avant ni pendant sa grossesse, l'enfant est exempt de syphilis, quel que soit d'ailleurs l'état de santé du père, qu'il ait au moment de la conception des accidents syphilitiques ou qu'il en ait eu antérieurement. Si, au contraire, la mère a eu la vérole, alors même que toutes ses manifestations ont disparu, il y a de grandes chances pour que l'enfant ne vienne pas à terme ou ait une syphilis congénitale.

Ces faits viennent à l'appui des idées de M. Cullerier, dont la confirmation ne saurait être indifférente, au double point de vue de la science et de l'humanité. Rassurantes pour le nombre si considérable de pères de famille dont la jeunesse n'a pas toujours été exempte de malheurs, elles nous montrent la femme honnête chargée de la noble mission de la régénération de l'espèce humaine. »

Quant à nous, notre rôle doit être seulement d'enregistrer ces faits, en attendant une plus ample expérience. (*Archives générales de médecine*, mars 1860.)

Emploi du papier huilé dans les pansements, par M. le docteur Gautier (de Genève).

Le papier huilé, d'abord fabriqué par le docteur Mac-Ghie (*Glascow Medical Journal*, 1859, janvier), a tous les avantages du taffetas ciré et de l'étoffe de gutta-percha dans les pansements, et il est d'un prix beaucoup moins élevé que ces substances. Pour le préparer, M. Gautier se sert d'huile de lin rendue siccative en la faisant bouillir pendant une heure ou deux avec le mélange suivant :

Acétate de plomb.	
Litharge.............	30 grammes.
Cire jaune.	
Térébenthine	15 grammes.

pour 3 litres d'huile. On en enduit des feuilles de papier de soie, que l'on fait sécher en les suspendant librement.

Le papier huilé ainsi obtenu offre la plus grande ressemblance avec le taffetas ciré : aussi transparent, presque aussi solide, il est plus souple et plus léger. La feuille en revenait à environ 4 centimes à M. Gautier, bien qu'il n'en eût préparé qu'une petite quantité. M. Gautier l'a employé plusieurs fois, à l'hôpital de Plainpalais, dans le but d'envelopper des pansements humides, et il lui a rendu les mêmes services que le taffetas ciré. (*L'Écho médical*, n° 1, 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

DIVERSES PUBLICATIONS SUR L'HYDROLOGIE MÉDICALE.

(Suite. — Voir le numéro 21.)

2° **Les Eaux minérales de Vichy**, par le docteur CASIMIR DAUMAS. 1 vol. in-12, Paris, 1860. — Chez Henri Plon.

3° **Manuel du malade à Vichy**, par le docteur AMABLE DUBOIS. 1 vol. in-12, Paris, 1860. — Chez Germer Baillière.

4° **Le Conseiller du baigneur, ou Études pratiques sur les eaux d'Aix en Savoie**, par le docteur FORESTIER. 1 vol. in-8°, Chambéry, 1857.

5° **Compte rendu des eaux d'Aix en Savoie, pendant l'année** 1858, par le docteur GUILLAND. Broch. in-8°, Aix-les-Bains, 1859.

Vichy est, sans contredit, la plus connue et la plus fréquentée de nos stations thermales. Ses eaux ont donné lieu à de si nombreuses recherches et à des travaux si variés, qu'on est presque surpris de voir paraître encore des publications nouvelles sur ce sujet; et pourtant les deux brochures de MM. Daumas et Dubois ne seront pas une superfluité et comme un pléonasme dans la littérature hydrologique.

Je reconnais d'abord à ces deux ouvrages quatre sortes de mérite qui ne sont pas à dédaigner : ils sont d'un petit format, commodes à porter partout avec soi, dégagés de détails inutiles, et remplis, au contraire, d'indications pratiques et de renseignements précieux; enfin, comme ils sortent de sous presse, ils ont toute la fraîcheur des nouveau-nés.

Le livre de M. Daumas s'adresse aux médecins, mais surtout aux médecins étrangers à la pratique des eaux. « Ce n'est pas, dit-il, une étude complète que je leur offre, mais un résumé des indications qui se rattachent de plus près aux sources de Vichy. » M. Daumas s'est particulièrement proposé de réunir en quelques pages les renseignements nécessaires pour que ses confrères puissent diriger, en connaissance de cause, leurs malades vers Vichy. En échange de ce petit service confraternel, l'auteur voudrait que ses confrères, par un juste retour, envoyassent au médecin des eaux l'histoire pathologique de chaque malade, et lui fissent connaître plus tard les effets consécutifs du traitement. Puisse cet appel être entendu, dans l'intérêt de la science et dans l'intérêt des malades! C'est, en effet, le seul et le plus sûr moyen de constituer cliniquement l'histoire de la balnéologie, et d'asseoir sur des preuves rigoureuses la valeur thérapeutique de la médication hydro-minérale.

Dans ses considérations générales sur les sources de Vichy, M. Daumas conteste l'utilité pratique des divisions établies par M. Durand-Fardel. Outre que ces distinctions minutieuses ont pour résultat certain de compliquer l'étude des eaux, elles reposent sur des données tellement infinitésimales et des différences tellement homœopathiques dans la composition des eaux, qu'elles ne peuvent servir de base à une classification rigoureuse; car elles ne sont fondées que sur des qualités tout à fait relatives, des caractères mal déterminés et assurément insuffisants pour justifier des applications thérapeutiques particulières : si bien, ajoute M. Daumas, que tous les jours nous sommes obligés de remplacer, dans les cas où elles paraissent le mieux indiquées, les sources simplement alcalines par les sources alcalines et ferrugineuses, et réciproquement, sans perdre pour cela aucun des bénéfices de la cure. Donc l'auteur, tout en reconnaissant la présence du fer, du soufre, de l'iode et de l'arsenic dans certaines sources de Vichy, proclame que leur caractère essentiel et fondamental, c'est d'être franchement alcalines et de tirer toute leur efficacité, toute leur vertu thérapeutique, du bicarbonate de soude.

Quoi qu'il en soit, M. Daumas, d'accord avec tous les hydrologues, est d'avis qu'il existe pour quelques-unes des sources de Vichy des indications thérapeutiques spéciales, tirées du degré de thermalité de l'eau et de sa plus ou moins grande alcalinité. Ces indications sont posées avec une remarquable précision dans une série d'articles consacrés à l'étude séparée de chacune des sources.

Dans un chapitre intitulé *Efficacité des eaux de Vichy*, où l'auteur passe rapidement en revue (sans se croire obligé d'en faire l'histoire) les maladies qui réclament la médication alcaline, nous trouvons une vive, spirituelle et sage critique de l'article 15 du nouveau règlement sur les établissements thermaux, qui consacre le *libre usage* des eaux minérales. M. Daumas expose, dans des termes que nous ne pouvons qu'approuver, la situation pleine de périls pour les stations thermales, et les conséquences fâcheuses pour les personnes, que va nécessairement entraîner une législation qui, supprimant toute intervention médicale dans l'administration des eaux et rendant le malade seul juge de l'opportunité de leur emploi, proclame la liberté de boire sans limites et de se baigner sans permission.

Ce livre se termine par un certain nombre d'*axiomes*, donnant, sous une forme aphoristique, la solution des principales questions qui se rattachent aux eaux de Vichy et à leur emploi.

Quiconque lira attentivement le livre de M. Daumas pourra se flatter, à juste titre, de posséder sur Vichy des notions aussi claires et complètes que s'il avait lui-même étudié sur les lieux.

—L'ouvrage de M. Amable Dubois est plus spécialement écrit pour le malade que pour le médecin. Il renferme une série d'instructions économiques et de conseils hygiéniques à l'usage particulier des baigneurs et des buveurs de Vichy. Quelques médecins (et surtout parmi ceux de Vichy) contesteront sans doute l'opportunité d'un livre semblable; ils le trouveront peut-être inutile et même dangereux : *inutile*, parce qu'il n'est aucun d'eux qui soit assez malavisé pour ne point tracer à chaque malade la conduite hygiénique qui convient le mieux à son état; *dangereux*, parce que entre les mains du client, ce livre peut devenir une arme de révolte contre le médecin. Supposez, en effet (ce qui peut bien arriver), que le conseil du médecin ordinaire ne soit pas en parfaite conformité avec les préceptes de M. Amable Dubois! Voilà le malade qui secoue le joug de l'obéissance passive, ose entrer en discussion avec son docteur, s'insurge contre ses prescriptions et déclare qu'il suivra celles de son *Manuel*. On blâmera donc la brochure de M. Amable Dubois, au même titre et pour les mêmes raisons qui ont fait blâmer si énergiquement les *Manuels de médecine populaire*, ces livres qui, en essayant de mettre la médecine à la portée de tout le monde, enlèvent beaucoup au médecin de son crédit et de son autorité aux yeux des familles, font qu'on ne l'envoie chercher souvent qu'à la dernière extrémité, qu'on élève des doutes sur son diagnostic, qu'on discute ses formules, et qu'on n'exécute ses ordonnances qu'à demi ou d'assez mauvaise grâce.

Ici assurément je cherche à traduire bien moins mon impression personnelle que celle d'un grand nombre de médecins, jaloux de leur autorité, qui n'aiment guère à abdiquer entre les mains des malades ni à les laisser se gouverner à leur guise ou suivant les inspirations d'un manuel.

Après avoir lu et médité l'ouvrage de M. Amable Dubois, je me figure qu'il a une tout autre portée et un but bien différent de celui qu'on pourrait craindre. L'auteur ne semble pas avoir pour l'article 15 de la loi du 2 février dernier plus d'admiration, ni plus de sympathie que son collègue M. Daumas. Mais cette loi existe, il faut s'y résigner : c'est ce que fait M. Dubois; seulement il a

pensé sans doute qu'on pourrait y apporter un correctif et en rendre l'abus moins préjudiciable à ceux qui seraient tentés d'en abuser. Pour cela, que fallait-il faire ? Composer un livre qui fût un guide sûr pour les libres buveurs et les baigneurs fantaisistes, et qui préservât les uns et les autres des dangers où pouvaient les entraîner d'imprudentes exagérations.

Les gens du monde et les touristes, malades ou non, trouveront donc dans ce manuel des règles de conduite pour *avant*, *pendant* et *après* la saison. Seulement, lorsqu'ils auront lu l'ouvrage de M. Amable Dubois, ils seront, je pense, bien convaincus que la médication thermale n'est pas une chimère, que les eaux minérales ne sont point inoffensives et inertes comme l'eau de la Seine, qu'elles constituent de véritables remèdes, qu'elles tiennent en dissolution des agents très actifs, et qu'il peut ne pas être sans péril d'en user suivant son caprice. En un mot, ce manuel, qui au premier abord semble être fait pour permettre au malade de se passer de l'avis du médecin, donne une telle importance à la médication thermale et fait si bien ressortir la nécessité d'une hygiène habilement gouvernée, que ses lecteurs étrangers à la médecine n'auront probablement pas la tentation d'user du bénéfice du décret du 2 février, qui les autorise à prendre les eaux sans « aucune permission ni aucune ordonnance de médecin ».

Un tel livre, on le voit, loin d'être un danger dans les mains du public, est pour lui une véritable sauvegarde. C'est là sa moralité.

— Voici encore un ouvrage qui, à en croire son titre, paraît destiné bien plus aux malades qu'aux médecins. N'en croyez rien cependant ; car bien qu'il s'intitule le *Conseiller du baigneur*, il est tellement médical pour le fond et pour la forme, qu'il ne saurait convenir en aucune manière aux gens du monde. C'est pourquoi je préfère son second titre : *Études pratiques sur les eaux d'Aix en Savoie*.

M. Forestier ne se dissimule point que « l'œuvre n'est pas nouvelle et que le champ a été glané plus d'une fois (nous lui laissons toute la responsabilité de cette métaphore) ; mais, ajoute-t-il, quand il est si fertile et si vaste, on s'abandonne facilement à l'espoir d'y trouver encore une gerbe à cueillir. » Je m'empresse de déclarer que l'espoir de M. Forestier n'a pas été déçu, et même que son bonheur a passé ses espérances ; car au lieu d'une gerbe il en glane un grand nombre.

Les dix-huit premiers chapitres renferment des détails instructifs sur l'historique des eaux d'Aix, la description et la police intérieure de l'établissement thermal, sur le mode d'administration des eaux et les différents procédés balnéaires usités dans cette station ; sur les eaux minérales des environs d'Aix (Challes et Marlioz) ; sur les propriétés de ces eaux, leur action thérapeutique, etc. Je dois signaler, en particulier, une étude consciencieuse et bien faite de ce qu'on nomme la *cure thermale*.

Quand on lit le chapitre consacré à la nomenclature des maladies traitées par les eaux d'Aix, on est surpris tout d'abord du grand nombre des affections justiciables de ces thermes ; mais l'étonnement diminue quand on songe à la prodigieuse richesse minérale des ces eaux, et il est bien près de cesser quand on lit dans l'ouvrage de M. Forestier l'énumération et la description des appareils et des procédés balnéaires usités dans la thérapeutique hydrologique d'Aix. Bains, douches, étuves, buvettes, salles d'aspiration, rien ne manque dans cet établissement, dont l'installation matérielle peut assurément rivaliser avec celle des thermes les mieux organisés de l'Allemagne.

Les dix derniers chapitres renferment de nombreuses observations, soigneusement recueillies par l'auteur lui-même, pendant une pratique de quatorze années et afférentes aux diverses maladies avantageusement traitées à Aix en Savoie. Ces faits doivent être considérés comme le témoignage le plus éclatant et la preuve la plus manifeste de l'efficacité curative de ces eaux.

— Nous avons encore pour garant de l'excellence de cette médication le compte rendu de M. le docteur Guilland pour l'année 1858. C'est en qualité de président de la *Commission consultative* près l'établissement, que M. Guilland a rédigé ce travail. Mais quelques-uns de nos lecteurs ignorent peut-être le caractère et le rôle de cette commission ; nous allons essayer en quelques mots de les édifier sur ce point. Le gouvernement Piémontais, qui n'a rien négligé pour faire de la station d'Aix une des plus importantes de l'Europe, a pris l'initiative d'une mesure libérale qui lui fait le plus grand honneur et qui mériterait d'être universellement adoptée : « Renonçant au système de monopole médico-thermal généralement admis, il a substitué la coopération collective de toutes les capacités médicales de la ville à l'influence privilégiée d'un seul. » Tous les médecins domiciliés à Aix depuis une année sont admis à faire partie de la commission consultative et à prendre le titre de médecins de l'établissement. Ils sont, chaque année, suivant leur rang d'ancienneté, appelés tour à tour à exercer les fonctions de président. Le président est plus spécialement chargé de l'inspection journalière de l'établissement et de tout ce qui se rattache au service thermal, sous le point de vue médical et hygiénique. Les fonctions de la commission consistent à étudier la médication thermale, et toutes les questions qui peuvent s'y rattacher et intéresser l'établissement... Chaque année, le président sortant doit faire un rapport contenant le résumé des observations médicales recueillies.

Est-il besoin de faire ressortir tous les avantages de la nouvelle institution, et de démontrer combien renferme de conditions de progrès pour l'hydrologie, et d'éléments de succès pour un établissement thermal, un système « qui tend à la fois à unir les cœurs par l'égalité des droits, à enrichir la science par la mise en œuvre de toutes les capacités, et à affermir la marche administrative par la convergence des avis ? » Aussi ce système a-t-il eu le destin des réformes sages et utiles ; il a reçu, comme le constate M. le docteur Guilland, la consécration du temps ; et, depuis six ans qu'il fonctionne, il a si bien concouru à la prospérité de la station thermale d'Aix, que tous les comptes rendus présidentiels sont unanimes à applaudir à la généreuse pensée, à l'habile mesure du gouvernement sarde.

Dans un intéressant chapitre intitulé *De la bienfaisance aux eaux d'Aix*, l'auteur témoigne sa sympathie la plus vive pour les baigneurs indigents ; il appelle sur eux toute la sollicitude de l'autorité ; il forme les vœux les plus ardents pour la restauration et l'agrandissement de l'hospice, pour la création d'un *fourneau*, pour la multiplication des fondations gratuites et pour l'accroissement de l'élément militaire auprès des bains d'Aix. A la veille de l'annexion, nous ne pouvons que nous associer de toutes nos forces aux vœux émis par notre distingué confrère.

La lecture du compte rendu de M. Guilland et celle de la brochure de M. Forestier nous font attendre avec une nouvelle et légitime impatience l'exécution du traité de Turin ; car la médecine française y gagnera un des plus beaux établissements thermaux de l'Europe et une pléiade de praticiens du plus grand mérite.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Dr A. LINAS.

Recherches expérimentales sur la nature des émanations marécageuses, et sur les moyens d'empêcher leur formation et leur expansion dans l'air, par M. le docteur Léon GIGOT (de Levroux), — Brochure grand in-8°, de 48 pages, avec 5 planches lithographiées. Paris, 1859, chez LABÉ.

Après un examen des théories émises sur l'origine et la nature du fléau paludéen, l'auteur expose les résultats des recherches qu'il a faites sur plusieurs points du département de l'Indre, dans lesquels la fièvre intermittente est endémique. En soumettant à une sorte de tamisage l'air des eaux stagnantes, il y a rencontré une quantité plus ou moins considérable de détritus organiques, constitués principalement par des débris de végétaux, d'insectes et d'animalcules infusoires ; parmi ces derniers, les englènes sont surtout fréquentes. Ces principes, qui existent en grande partie dans les eaux, et que l'on retrouve dans l'humus des sols maréca-

geux, même longtemps après leur dessèchement, sont répandus dans l'atmosphère par la vapeur formée à la surface des marais, et en même temps par des vents, lorsque le sol est à sec. Ce sont ces détritus qui, pour M. Gigot, constituent réellement la cause productrice des phénomènes de l'impaludation.

Dans un dernier chapitre, consacré à l'étude des moyens préservatifs, l'auteur recommande surtout le drainage, les plantations d'arbres et d'arbustes très serrés, et le reboisement des contrées couvertes autrefois de forêts, et, dans le cas où le dessèchement complet n'est pas possible, la mise en pleine eau. Quant au défrichement des landes, il pense qu'il ne sera avantageux qu'à la condition de boiser la terre, s'il n'est pas possible de donner un écoulement facile et complet aux eaux, la conversion en prairies et même la mise en culture ne pouvant que favoriser, dans ce cas, et la formation des miasmes et leur expansion dans l'air.

Étude médico-hygiénique sur l'influence qu'exercent les chemins de fer sur la santé publique, par le docteur Prosper DE PIETRA-SANTA. — Brochure in-8° de 48 pages. Paris, 1859, chez BAILLIÈRE.

Résumé analytique des travaux publiés sur la matière par MM. Wirm, Martinet, Duchesne, Devilliers, Cahen, Bisson. L'auteur écarte la question de l'influence des chemins de fer sur la santé des voyageurs, comme n'étant pas susceptible d'une solution pratique, et établit par des documents officiels que les dangers qui résultent, pour les voyageurs, de ce nouveau genre de locomotion sont beaucoup moins nombreux que par les anciens moyens de transport; que, d'ailleurs, la proportion de ces accidents tend sans cesse à diminuer.

Pour ce qui est des employés, les résultats auxquels est arrivé M. de Pietra-Santa sont, en résumé, les suivants : Rien de particulier pour les employés des bureaux et les ouvriers sédentaires; parmi les ouvriers des ateliers, on a constaté certaines maladies afférentes à leurs professions. La vie active des chemins de fer exerce une influence heureuse sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs; dès qu'ils arrivent sur leur machine, ces hommes acquièrent un embonpoint remarquable, et l'on ne saurait admettre, pour eux, l'existence de maladies spéciales, comme l'ont fait M. Martinet et M. Duchesne.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — La commission administrative de la *Société centrale* se réunira demain vendredi, 1er juin, à l'heure et dans le local ordinaires de ses séances. La commission aura à statuer sur vingt-cinq nouvelles demandes d'admission et à arrêter, pour la publier, la liste nominative de ses membres actuels.

EAUX MINÉRALES. — Par divers arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les nominations suivantes viennent d'être faites dans les eaux minérales :

M. Pidoux, médecin de l'hôpital Lariboisière, est nommé médecin-inspecteur aux Eaux-Bonnes, en remplacement de M. Darralde, décédé.

M. Le Bret, médecin-inspecteur adjoint des eaux d'Uriage, est nommé médecin-inspecteur des Eaux de Baréges, en remplacement de M. Pagès, démissionnaire.

M. Camille Allard, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré, est nommé médecin-inspecteur des eaux de Royat.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VI

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — N° 149. Statistique obstétricale (suite). — Maladies du cœur (suite). — Deux cas de fièvre continue à l'époque des couches, par *Garraway*. — 150. Paralysie diphthéritique, par *Ransonne*. — Statistique obstétricale (fin). — 151. Pathologie et traitement des calculs biliaires, par *Thudichum*. — Considérations pathologiques et thérapeutiques sur l'inflammation de la fièvre, par *Jones*. — Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — 152. Inflammation et fièvre (suite). — Résection du genou, par *Pemberton*. — Urine, dépôts urinaires, etc. (fin). — 153. Remarques sur les paralysies partielles, par *Durraut*. — Résection du genou (suite). — Désinfection des cancers de l'utérus, par *Skinner*. — Considérations chimiques, physiologiques et pratiques sur le traitement de la phthisie, par *Smith*. — Remarques sur le diabète, par *Pavy*. — 154. Maladies du cœur (suite). — Résection du genou (fin). — Inflammation et fièvre (suite). — 155. Évolution spontanée du fœtus, par *Mackenzie*. — Traitement de l'ankylose du genou, suite d'affections strumeuses et rhumatismales, par *Coote*. — Inflammation et fièvre (fin). — Affection strumeuse du rectum, par *Rouse*. — Grossesse tubaire, par *Hancox*. — 156. Emploi thérapeutique de l'oxygène, par *Birch*. — Emploi des préparations alcalines et acides dans les affections de l'estomac, par *Wells*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 1089. Observation d'érysipèle, par *Rowles*. — 1090 et 1091. (Manquent.) — 1092. Appareil pour la réduction des luxations, par *Francis l'Estrange*. — 1093. Luxation du fémur dans l'échancrure sciatique avec fracture de la cavité cotyloïde, par *Jærnison*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 487. Réduction d'un renversement ancien de l'utérus, par *West*. — Observation de reins flottants, par *Johnson*. — 488. Quelques détails sur le *réveil* irlandais, par *Cuthbert*. — Sur le renversement chronique de l'utérus, par *Ramsbotham*. — Épidémie récente d'affections paludéennes, par *Peacock*. — 489. Remarques sur les fièvres africaines, par *Livingstone* et *Kirk*. — Clinique obstétricale, par *Lee*. — Traitement de l'hémoptysie par les préparations d'écorce de mélèze, par *Owen Daly*. — Opération de cataracte chez un diabétique, par *Walton*. — Affections paludéennes (suite). — 490. Sur le prurit de la vulve, par *Rigby*. — Rein mobile compliqué d'une affection spinale, par *Henderson*. — Difficulté de la délivrance dans le cas de rupture de l'utérus, par *Aveling*. — 491. Sur la mort subite des enfants, par *West*. — De la douleur comme symptôme des maladies de l'estomac, par *Habershon*. — Deux cas d'affection rénale, par *Goodwin*. — Sur la cataracte des diabétiques, par *France*. — 492. (Manque.) — 493. Analyse d'observations de pierres vésicales, par *Teale*. — Phlébite utérine pendant la grossesse, sans avortement, par *Cooke*. — Hydrocèle traitée par le séton métallique, par *Thomson*. — 494. Empoisonnement par l'atropine, par *Holthouse*. — Corps étranger de l'oreille moyenne, par *Kealy*. — Sur la cataracte diabétique, par *France*. — Anévrysme faux de l'artère iliaque primitive, par *Roberts*. — 495. Sur les symptômes cérébraux sans maladie du cerveau, par *West*. — De l'action de certaines substances sur la phthisie, par *Cotton*. — Résultats et traitement des présentations du tronc, par *Doig*. — 496. Propriétés antiphlogistiques de la morphine, par *Laurence*. — Traitement de l'hydrocèle par le séton métallique, par *Davidson* et *Simpson*.

THE LANCET. — N° 19. Système nerveux (suite). — Fièvre intestinale (suite). — Écoulements uréthraux non spécifiques, par *Harrison*. — 20. Remarques cliniques sur la nécrose, par *Henry*. — Étude statistique sur la proportion des mort-nés, par *West*. — Résumé statistique de 1300 accouchements, par *Smith*. — Statistique des mort-nés, par *Hadaway*. — 21. Sur plusieurs productions organiques qui peuvent être trouvées dans l'urine, par *Hassall*. — Deux empoisonnements par le précipité rouge, par *Prince*. — 22. Entérorrhagie comme symptôme de polypes du rectum, par *Bryant*. — Causes et traitement de l'érysipèle, par *Doig*. — Cas de filaire de Médine dans l'œil, par *Mitchell*. — 23. Sur la rétroversion de l'utérus, par *Barnes*. — Deux cas de résection du genou, par *Price*. — Paralysie agitante guérie par le courant galvanique continu, par *Russel Reynolds*. — Contributions à la pathologie utérine, par *Tilt*. — 24. Sur le pansement des plaies et des contusions, par *Henry*. — Nouveau procédé pour guérir la fistule vésico-vaginale, par *Baker Brown*. — Traitement des cors de la plante du pied, par *Holmes Coote*. — Purpura guéri rapidement par l'acide gallique et le mercure, par *Whalley*. — 25. Remarques sur la taille médiane, par *Erichsen*. — Diagnostic des affections de la valvule mitrale, par *Cockle*. — Maladie de Bright avec dégénérescence amylacée des corpuscules de Malpighi, par *Harris*. — Empoisonnement par l'atropine, par *Holhouse*. — Résection du genou, par *Earnshaw*. — 26. Affections de la valvule mitrale (fin). — Maladie de Bright, etc. (fin). — Sur l'hermaphrodisme, par *Cirdwood*. — Taille par le procédé d'Allarton, par *Steel*. — Épidémie de diphthérie, par *Ellis*. — Instrument pour l'examen de la base de la langue et de l'épiglotte, par *Price*.

Livres.

En vente, chez Victor Masson, à Paris :

COURS ÉLÉMENTAIRE DE CHIMIE, par le professeur *V. Regnault*, de l'Institut. Grand in-18, avec 700 figures dans le texte. Tome IV, 5e édition. Prix de l'ouvrage complet. 20 fr.

ÉCHELLES DE CARACTÈRES D'IMPRESSION, POUR SERVIR A DÉTERMINER LA PORTÉE ET LA FORCE DE LA VISION, par le professeur *E. de Jæger*, de Vienne. Grand in-8. 3e édition en français, en allemand et en anglais. 3 fr.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES EAUX DE PLOMBIÈRES, par le docteur *G. Liétard*. In-8 de 106 pages. 3 fr.

MANUEL D'ARBORICULTURE DES INGÉNIEURS : PLANTATIONS D'ALIGNEMENT, FORESTIÈRES ET D'ORNEMENT; BOISEMENT DES DUNES, DES TALUS, HAIES VIVES, DES PARCELLES EXCÉDANTES DES CHEMINS DE FER, par *A. Du Breuil*. Grand in-18, avec 254 figures. 3 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 8 JUIN 1860. — N° 23.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 7 juin 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PRINCIPES DE LA THÉRAPEUTIQUE.

M. Trousseau trouve M. Claude Bernard *gênant pour tout le monde*. A notre sens, l'habile orateur doit voir, en mettant sa cravate, quelqu'un de plus gênant que M. Claude Bernard. Peu mêlé, de propos délibéré, au mouvement de la médecine moderne, et aimant toutefois à en dire son mot par intervalles pour la bafouer; prôneur intarissable de la méthode expérimentale, et contempteur de toutes les œuvres que l'expérience accomplit dans l'ordre de faits où elle règne le plus légitimement, dans l'ordre des faits physico-chimiques; organicien déclaré et raisonnant ou agissant comme le vitaliste le plus convaincu; doué d'une faconde qui charme, habitué à un ton affirmatif et décidé qui ébranle, et très capable de dissimuler sous ce riche vêtement les plus grandes faiblesses d'argumentation, il met parfois le critique dans un sérieux embarras. Quel est en deux mots le sens de son discours de mardi? Le corps humain est un mécanisme tout semblable à ceux que l'homme peut exécuter de sa main : une montre que Dieu a montée un jour et qui marche ensuite toute seule. C'est du matérialisme tout pur, et afin qu'on ne s'y méprenne pas, M. Trousseau a soin de le déclarer très explicitement. Après la réserve d'usage en faveur de l'*âme immortelle*, « je suis matérialiste, dit-il, parce que je ne comprends pas autre chose. » Et c'est sur cette profession de foi qu'il construit son attaque contre l'œuvre la plus naturelle, la plus légitime, la plus logique du matérialisme médical. Le corps humain n'est qu'un mécanisme, dont une main mystérieuse, actuellement retirée, a fait jouer le ressort, et néanmoins les actes mécaniques, les actions physico-chimiques qui se passent dans son intérieur ne ressemblent aucunement à celles du monde physique; nous n'en pouvons rien savoir, rien prévoir, rien diriger. Quand la montre se dérange, c'est par suite d'un vice dans la constitution propre et dans les rapports de ses parties, et l'on peut y remédier par les procédés ordinaires de l'horlo-

FEUILLETON.

Revue.

SOMMAIRE. — Apparition de M. Lescarbault. — Les médecins civils et les médecins militaires; régime des études. — M. Lordat et M. Duméril. — L'exposition d'horticulture; l'*Oued-Allah*. — Merveilles de l'iode.... dans l'*Indépendance belge*. — Jurisprudence médicale : déclaration de naissance.

Le docteur *Aliquis* demande humblement pardon au rédacteur en chef de ce journal, s'il vient incivilement l'interrompre au milieu de la dissertation philosophique dont une partie ornait le feuilleton de l'avant-dernier numéro. Les nouvelles médicales sont, dans le régime diététique de l'auteur, un de ces mets légers et inconsistants qui demandent à être servis extemporanément, sous peine de perdre une partie de leur fraîcheur et de leur goût. C'est pour cela qu'on les range dans le genre de littérature généralement désigné sous le nom de *crême fouettée*. Au contraire, la psychologie et la philosophie sociale peuvent attendre : il y a peu de chance que les disputes sur les rapports du physique et du moral, sur l'éducation, sur la source et le remède des passions, soient entièrement terminées avant huit jours, et que la GAZETTE HEBDOMADAIRE arrive trop tard sur le terrain. Il est donc de toute justice que la parole reste à la *Revue*.

— Une nouvelle toute fraîche, par exemple, et qui ne vaudrait plus rien dans quelques jours, c'est que nous avons contemplé hier M. Lescarbault. — Et dans quelles régions? — Naturellement, dans la région des astres, à l'Observatoire impérial! M. Leverrier recevait, et notre célèbre confrère brillait parmi les invités. Sa présence étant connue, les moins curieux erraient dans les vastes salons, cherchant à se placer dans son orbite, et à entrer même, s'il se pouvait, en conjonction avec lui. C'est ce que n'a pas manqué de faire votre serviteur, qui est obligé par devoir au vice d'indiscrétion. Bien plus, sa qualité d'enfant d'Esculape le désignant assez naturellement comme cicérone, il s'est fait un vrai plaisir et une occupation assez absorbante de placer ses amis dans les bons endroits. M. Lescarbault et l'anneau de Saturne ont été les deux phénomènes de la soirée : le premier, dans les salons, essuyant

gerie, c'est-à-dire par la physique. Pour l'organisme, c'est différent; il se dérange par des causes spécifiques, occultes; de sorte que, ne pouvant ni le remonter, ni savoir ce qui le trouble, nous en sommes et en serons toujours réduits à le traiter, comme on dit, au petit bonheur. De la matière qui n'est pas soumise aux lois générales de la matière : ou, pour parler plus catégoriquement, de la matière qui n'en est pas, voilà la définition de l'homme par M. Trousseau.

Cette grande inconséquence n'est pas la seule qui nous ait frappé. Après la condamnation des explications chimiques, comme illusoires et pernicieuses, on s'attendait bien à voir M. Trousseau se ranger du côté de ce que la philosophie allemande appelle le *nihilisme*. Et, en effet, il a mis, ou peu s'en faut, au nombre des vertus du médecin la contemplation machinale des phénomènes, l'ignorance des rapports, le dédain du pourquoi. Mais, comme au fond, M. Trousseau est plus curieux qu'il ne veut le dire et moins résigné au « je ne sais pas, » il a apporté coup sur coup deux théories en compensation de celle dont il ne veut pas. Le système nerveux est le substratum des forces qui régissent l'organisme et le distributeur des actions thérapeutiques dont ces forces reçoivent l'influence : première théorie. Les maladies, ou certaines maladies, comme l'inflammation, guérissent par substitution d'un état pathologique à un autre plus ou moins analogue; le nitrate d'argent fait disparaître l'ophthalmie en substituant à l'inflammation spontanée une inflammation artificielle et spécifique : c'est la seconde théorie, qui date déjà de loin dans les écrits de M. Trousseau, et qui l'a autrefois fait suspecter d'homœopathie. Eh bien ! que le savant professeur nous permette cet acte de franchise, la doctrine de la *névro-pathologie*, d'où découle celle de la *névro-thérapie* et qui a été le sujet, dans ces derniers temps, d'une controverse approfondie entre M. Spiees, son principal défenseur, et M. Virchow et quelques autres, exigerait autre chose qu'une simple affirmation; et nous croyons qu'elle serait moins difficile à ruiner que la doctrine dite *hématologique* et la doctrine physico-chimique, condamnable seulement dans ses excès, et plus dans les excès qu'on lui prête que dans ceux dont elle est réellement coupable. Quant à la théorie de la substitution, ce qu'on en peut dire de moins désagréable, c'est qu'elle est tout entière dans le mot. Le pathologiste qui affirme une réaction entre un acide et un alcali, même s'il se trompe, dit quelque chose de clair; nous avouons ne pas comprendre celui qui se vante d'avoir à sa disposition plusieurs espèces de phlegmasies qu'il substitue les unes aux autres; ou tout au moins, si la chose est concevable et possible, nous tenons que M. Trousseau ni personne n'en savent rien.

Toutes ces attaques contre la pathologie et la thérapeutique téléologiques ont un grand tort à nos yeux; elles sont la négation même de la science; elles se heurtent *sine ictu*, il faut bien le dire, contre la masse énorme et solide des matériaux accumulés depuis un quart de siècle; elles sont une ingratitude envers une pléiade de travailleurs engagés dans des voies nouvelles et obscures, et dont il serait plus juste d'applaudir les succès que de ridiculiser les mécomptes : M. Claude Bernard et son école, M. Longet, M. Martin-Magron, M. Corvisart, des collaborateurs de ce journal, MM. Ludwig, Frerichs, Traube, Vogel, Oppolzer, Moleschott, etc. Elles sont d'autant plus regrettables que, dans la forme si absolue où elles ont été formulées, elles ne s'adressent justement à aucun organicien; de même que l'accusation de méconnaître l'élément physico-chimique de l'organisme n'atteint pas nécessairement le vitalisme.

Nous parlions de M. Pidoux dans notre dernier article; de M. Pidoux qu'on s'étonnerait de voir pour collaborateur à M. Trousseau s'il n'avait fortement marqué de l'empreinte de ses idées le TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE. M. Pidoux, vitaliste, et qui fait du monde physique et du monde physiologique deux systèmes mus par des forces distinctes, a soin d'établir une coordination entre les forces du premier système et celles du second; de telle sorte que « chaque propriété chimique de la matière brute est représentée dans l'organisme par une propriété homologue d'un ordre supérieur ou de chimie vivante. » Il veut que le premier ordre de propriétés excite seulement l'autre à se manifester, *sans s'y substituer jamais;* mais le résultat n'en est pas moins la production, au sein des organes, d'une réaction chimique, utile ou nuisible à leurs fonctions. Il pose pour condition à l'effet thérapeutique, de quelque nature qu'il soit, le *consentement* de l'organisme; mais enfin, le consentement accordé, l'opération a lieu. De cette manière, tout se tient, et le vitalisme (chose assez inattendue) ouvre aux labeurs du matérialiste le champ que le matérialisme même lui fermait tout à l'heure.

D'un autre côté, prenons un matérialiste penseur et conséquent; prenons-le hors de France, parce que c'est là qu'on trouve les plus résolus : M. Virchow, par exemple. M. Virchow est de l'école mécanicienne. Croit-on qu'on l'embarrasserait beaucoup en limitant le rôle de la chimie dans l'agrégat humain? Assurément non. Quand il s'est élevé contre le prétendu antagonisme signalé par M. B.-Ch. Schultz entre

---

tranquillement le feu de cent regards; le second paradant devant les amateurs qui étaient allés lui rendre visite d'aussi près que possible, c'est-à-dire dans la coupole de l'Observatoire; car c'est une gracieuseté du savant hôte de ces lieux de mettre à la disposition des invités quelques jeunes démonstrateurs chargés de leur faire les honneurs du ciel. Saturne a dû être jaloux du médecin d'Orgères; c'est pour cela, sans doute, qu'il s'est caché un instant, juste au moment où nous mettions l'œil à la lunette.

M. Lescarbault est bien le savant modeste qu'accusaient ses lettres en réponse aux offres d'un banquet et d'un télescope. Les distinctions dont il est l'objet n'excitent en lui qu'un sentiment, celui de l'humilité reconnaissante. Il n'a surtout pas assez de paroles de gratitude pour le corps médical, dont les manifestations l'ont touché en proportion de ce qu'il y trouvait, bien à tort, d'exagéré.

— Une question assez épineuse est maintenant débattue entre le ministère de l'instruction publique et le ministère de la guerre. On sait que, en vertu d'un décret impérial, en date du 12 juin 1856, le corps de santé de l'armée de terre se recrute parmi les élèves qui, après une durée fixe de séjour, sous le nom d'*élèves du service de santé militaire*, à l'école instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg, passent, avec le titre de *médecins stagiaires*, à l'école d'application du Val-de-Grâce, où ils séjournent un an pour compléter leur éducation spéciale. (Voy. *Gaz. hebd.*, t. III, p. 465 et 469.) Ces élèves sont astreints d'ailleurs, comme ceux qu'attend la pratique civile, aux dispositions générales de la loi du 27 mai 1854, notamment à celle de l'article 12, qui renvoie l'admission aux *examens de fin d'études* ou *épreuves pour le doctorat* après la quatrième année d'études. Et, comme ils ne peuvent entrer à l'École d'application que munis du diplôme de docteur, ils subissent nécessairement, entre Strasbourg et le Val-de-Grâce, une perte de temps à laquelle n'est pas soumis l'élève civil, puisque à l'année dans laquelle ils doivent parfaire leur éducation il leur faut ajouter le temps nécessaire pour passer les examens et acquérir le diplôme. Le décret du 12 juin fixe ce temps à cinq mois, du 1er août au 31 décembre. C'est donc un supplément de cinq mois à la durée réglementaire des études.

le vitalisme et le chimisme (in *Archiv.*, 1856, t. IX), après avoir déclaré que le corps vivant est composé de matières semblables à celles qui appartiennent à la nature morte, il sauve l'unité de la vie par l'unité de la cellule, qui est à ses yeux la *matière constante* par laquelle s'explique la constance des combinaisons organiques. La force spéciale, qu'il appelle même *vitale*, inhérente à la cellule, ne contrarie en rien l'œuvre incessante des forces moléculaires: « Aucun physiologiste profond ne peut douter, dit-il, que la vie une fois donnée ne soit régie d'après des lois physiques et chimiques dans toutes ses manifestations et même dans sa propre reproduction particulière. » Mais, on le voit, même dans cette théorie matérialiste, c'est dans le cadre tracé par la force spéciale, gardienne de l'unité, que sont appliquées à l'entretien du corps les lois communes de la physique et de la chimie. Théorie cellulaire à part, c'est la doctrine que nous avons soutenue dans ce journal il y a quatre ans (voir le t. III).

On peut même aller plus loin, et l'organicien le plus radical, celui pour qui le corps n'est rien qu'un composé physico-chimique, n'aurait pas à se troubler beaucoup d'un désaccord entre les résultats des opérations tentées au sein de l'économie par la médecine chimique et de celles qui s'accomplissent dans une cornue. La chimie des laboratoires elle-même a ses mystères; elle a rencontré, par exemple, dans la catalyse un de ces phénomènes qui, avant Berzelius et s'ils s'étaient passés dans l'estomac ou les vaisseaux, n'auraient pas manqué d'être rapportés à l'action perturbatrice de la force vitale. Y a-t-il rien de plus étrange, en effet, rien de plus subversif, que le platine transformant l'alcool en acide acétique sans subir lui-même aucune modification, ou bien le charbon, par son seul contact, à la température de 170 degrés, dissociant tout à coup et avec violence les éléments de l'azotate d'ammoniaque? Et combien le champ de cet ordre de faits s'est-il agrandi récemment et s'agrandit-il tous les jours entre les mains de M. Georges Ville et de M. Pasteur dans leurs belles études sur la physiologie végétale et sur la fermentation! Comment s'étonner après cela que, dans un milieu aussi complexe que l'est l'organisme humain, où les influences de la chaleur, de l'électricité, de nombreux agents chimiques, de la fibre organique elle-même, se mêlent en mille proportions, et se mêlent dans des conditions très difficiles à déterminer, comment s'étonner que les lois ordinaires de la chimie reçoivent des démentis apparents? Oui, la chimie de l'homme est encore dans l'enfance; oui, elle ne rend aujourd'hui que peu de services à la thérapeutique; mais c'est la faute du temps et non celle d'un principe. La science est entrée depuis trop peu de temps dans cette voie. Elle y restera longtemps avant d'en rapporter de grandes richesses; mais, dût-elle y rester mille ans, qu'il ne faudrait pas trop s'en plaindre : elle a passé son temps plus inutilement depuis Hippocrate. Que si, après tout, nos adversaires avaient raison et si tant de travail devait être inutile, il n'y aurait plus qu'à pleurer la fin de la médecine, *finis medicinæ*, car nous ne croyons pas qu'un autre chemin mène à un progrès sérieux, que celui que nous indiquons.

M. Poggiale et M. Bouillaud ont demandé la parole. Ils nous donneront sans doute, le premier surtout, l'occasion de sortir de ces généralités et de serrer, quant aux faits, l'argumentation de M. Trousseau.

— Nous avons reçu de M. Pize (de Montélimar) deux lettres, dont la dernière nous parvient au moment de mettre sous presse. Nous en tiendrons compte dans le prochain numéro.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, étudiée surtout comme cause de dystocie, par le docteur Depaul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie, chirurgien des hôpitaux, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 20 et 21.)

Obs. V. — Fait de M. *Gaudon*, médecin à Leblanc (Indre), transmis avec la pièce pathologique, à la Société anatomique, par l'intermédiaire de M. *Deville*. (Voir les *Bulletins* de cette Société, avril 1846, page 103.)

« Une femme de trente-cinq ans environ, qui avait déjà accouché plusieurs fois sans accidents, était de nouveau enceinte, et offrait un développement très considérable du ventre. Au septième mois le travail commença ; il fut peu actif et nécessita plus de cinquante heures pour produire la dilatation du col, la formation et la rupture de la poche des eaux. La tête de l'enfant s'engagea aussitôt dans le petit bassin, et depuis cette descente qui avait exigé, de la part de la malade, des efforts considérables, le travail s'arrêta tout à fait. Après plusieurs heures, M. Gaudon, appelé par la sage femme, trouva, en effet, la tête de l'enfant, pas trop volumineuse, placée dans le petit bassin et facile à contourner, regardant par le front la cavité cotyloïdienne gauche : la femme était bien conformée, seulement il n'y avait plus de douleurs. Le seigle ergoté fut prescrit pour remédier à l'inertie présumée de la matrice et

---

Cette position désavantageuse, le ministre de la guerre voudrait la supprimer ; il voudrait que, par exception, les élèves militaires de Strasbourg fussent admis à subir leurs épreuves pour le doctorat dans le cours même de leurs études. Il se croit d'autant plus fondé à demander ce changement, que les frais d'inscription, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, sont à la charge de son administration, qui en verse le montant dans la caisse de l'enseignement supérieur. D'un autre côté, les chefs de cet enseignement font observer que la loi qui règle les études médicales s'est inspirée de considérations générales et graves; que, notamment la disposition en vertu de laquelle les examens ont été renvoyés à la cinquième année est destinée à prévenir, chez les élèves, l'oubli successif de ce qu'ils apprennent aussi successivement, et à nouer plus fortement dans leur mémoire le faisceau des sciences destinées à être associées dans la pratique de l'art; que les élèves admis à l'école de Strasbourg souscrivent, il est vrai, l'engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement de leurs études préparatoires et complémentaires; mais que, au bout de dix ans, ils sont libres de rentrer dans la médecine civile, où ils constitueraient une classe de docteurs à part, formés et reçus hors des conditions que la loi a jugées nécessaires.

Il nous est interdit, on le sait, de nous prononcer sur cette importante question, et encore plus d'en indiquer la solution probable. Nous ne pouvons qu'en faire connaître les termes. La difficulté a été débattue contradictoirement en haut lieu. *Sub judice lis est :* l'affaire est actuellement entre les mains du ministre de l'instruction publique.

— La *Gazette* n'a pas oublié d'enregistrer l'acte de l'autorité, en vertu duquel MM. Duméril et Lordat sont promus au grade de commandeur de la Légion-d'honneur, et le dernier seulement, sur sa demande, admis à faire valoir ses droits à la retraite. Pourquoi ces deux vétérans de la médecine française, chargés des mêmes lauriers, ne se retirent-ils pas en même temps? On a fait cette question dans les couloirs des Académies, et même dans la presse. Pour notre part, nous partagerions l'étonnement général si, les

détermina de vives contractions qui n'amenèrent aucun résultat. A l'aide de quelques manœuvres l'accoucheur put dégager les bras et la tête et les faire sortir hors de la vulve. Tous les efforts qu'on put employer, assez violents, parce que l'état de la face annonçait que l'enfant était mort, ne purent pas achever de dégager l'enfant. M. Gaudon jugea à propos d'introduire la main qui lui fit constater l'existence d'une volumineuse tumeur fluctuante attenant à l'enfant; en passant entre cette tumeur et l'angle sacro-vertébral, il s'écoula près de trois litres d'eau qui étaient retenus dans le haut de la matrice, et aussitôt le volume du ventre diminua beaucoup. L'accouchement ne se terminait pas cependant; il fallut réintroduire la main jusqu'au-dessus de la tumeur, attendre une douleur utérine, et à ce moment attirer la tumeur au dehors, ce qui réussit au premier essai. Une seconde après, l'accouchement était terminé, l'enfant était mort. En peu de temps la mère s'est rétablie; elle n'avait éprouvé aucun accident remarquable, sauf que dans les premiers temps de sa grossesse elle avait fait une forte chute sur le siége.

La tumeur attenante à l'enfant était placée dans l'abdomen; elle était flasque, fluctuante, pleine de liquide et descendait dans certaines positions de l'enfant jusqu'aux genoux. En l'incisant il en est sorti au moins deux litres d'un liquide incolore et inodore. Il a été aisé de constater qu'elle était formée par la vessie énormément dilatée. Cette vessie présente, en effet, des dimensions considérables parfaitement comparables à celles d'une vessie d'adulte très dilatée par une longue rétention d'urine; on comprend très bien qu'elle ait contenu au moins deux litres de liquide. Près du col vésical, on ne trouve pas la moindre trace de prostate, et à la place que celle-ci devrait occuper, la vessie se prolonge en forme d'infundibulum avec l'urèthre parfaitement libre, terminé par un méat urinaire bien conformé. Vers le milieu de sa paroi postérieure, près du bas-fonds, la muqueuse vésicale est d'une teinte noire et d'une consistance mollasse qui s'étendent sous forme d'eschare gangréneuse, dans une étendue très irrégulière de 2 ou 3 centimètres dans tous les sens. Le reste de la vessie est sain, à part une hypertrophie notable. Les uretères sont très dilatés, plus volumineux que le rectum. Celui du côté gauche seul s'ouvre par un large orifice elliptique à l'intérieur de la vessie, dont il a parcouru obliquement les parois dans un court trajet. Le droit très dilaté s'engage aussi obliquement dans les parois vésicales; mais au niveau de la muqueuse, celle-ci le ferme complétement en formant dans ce point une petite cicatrice radiée.

Tous les autres organes étaient bien conformés. »

Les cinq observations qui précèdent, examinées au point de vue purement obstétrical, sont, si je ne m'abuse, d'un haut intérêt. Mais leur importance s'accroîtra si, par une sage interprétation, on peut y puiser de précieux enseignements pour l'avenir. Et, sous ce rapport, deux questions intéressantes parmi toutes les autres se présentent d'abord à l'esprit. Je veux parler du diagnostic de semblables vices de conformation et des moyens à l'aide desquels l'art pourra utilement intervenir quand ils auront été reconnus. Je n'ai rien à dire de la cause première qui préside à leur développement. Il faudrait entrer dans des questions encore en litige touchant l'organogénésie et s'élever à des considérations scientifiques, intéressantes sans aucun doute, mais qui seraient sans importance au point de vue pratique, le seul où j'ai voulu me placer quant à présent. Toutefois, sans remonter si haut, et en acceptant les dispositions organiques telles qu'elles ont été rencontrées au moment de l'autopsie, il est un détail anatomique sur lequel je ne puis me dispenser d'appeler l'attention. Je veux parler de l'obstacle qui, en ne permettant pas l'excrétion de l'urine, devient la cause de la distension de poche vésicale.

Pour trois des faits que j'ai fait connaître, des détails précis ne permettent aucun doute, il y avait absence ou oblitération d'une portion plus ou moins considérable de l'urèthre. On se souvient que dans le cas qui m'appartient, ce canal manquait dans toute sa portion membraneuse. Dans celui que j'ai emprunté à la *Lancette anglaise*, l'oblitération commençait à l'orifice vésical et se prolongeait jusqu'à la fin de la région membraneuse. A partir de ce point, le canal était parfaitement libre et se terminait par un méat normal. L'observation de Paul Portal nous offre un exemple d'absence complète du conduit excréteur de l'urine; on se souvient même qu'il n'y avait rien à l'extérieur qui représentât les organes de la génération. Le cas de M. Gaudon, consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique*, sembla seul faire exception, puisqu'il est dit que la vessie « se prolongeait en forme d'infundibulum avec l'urètère parfaitement libre et terminé par un méat urinaire bien conformé. » J'ajouterai même qu'assistant à la séance où la pièce pathologique fut présentée par M. Deville, il me fut donné de constater qu'en effet le conduit était libre dans toute son étendue au moment où nous l'examinions. Cependant, je reproduirai ici un doute qui me vint à l'esprit lorsque cette pièce passa sous mes yeux, et qui n'a fait que se fortifier depuis que des cas analogues se sont offerts à mon observation. En effet, elle était depuis longtemps conservée dans l'alcool, et elle avait été soumise en province à un examen dont nous ne connaissons pas les détails, car l'observation ne dit pas un mot des procédés qui furent mis en usage pour constater la perméabilité de l'urèthre. Qui pourrait affirmer qu'un diaphragme membraneux facile à détruire avec la sonde ou le stylet n'a pas existé? Ne sait-on pas, d'ailleurs, qu'un bouchon de mucus épaissi a pu, dans certains cas, offrir une digue infranchissable au cours de l'urine? Quoi qu'il en soit, je persiste à croire qu'un obstacle a existé, et, quand même l'analogie et le raisonnement ne conduiraient pas à une semblable conclusion, elle serait, à mon sens, légitimée par l'hypertrophie notable que présentaient les parois vésicales. Aussi je n'hésite pas à voir une relation intime entre la rétention d'urine dans la vessie et l'obstruction, l'oblitération partielle ou l'absence complète du canal de l'urèthre, et je ne sais pas si pour la vie fœtale on pourrait expliquer différemment des lésions de la nature de celles dont il a été question dans les observations que j'ai rapportées.

Ce premier point une fois établi, et pour moi définitivement jugé, examinons s'il est permis d'arriver au diagnostic d'une semblable lésion des voies urinaires. C'est en vain qu'on chercherait dans les auteurs quelques notions à cet égard; j'ai déjà dit qu'il n'était même pas fait mention dans les traités d'accouchement de cette cause de distocie, et si une solution, sous ce rapport, est

---

services à attendre de l'enseignement des deux professeurs étant considérés comme la règle du sort à leur faire réciproquement, écartaient M. Lordat de la chaire, pour laisser dans la sienne M. Duméril; nous concevrions moins encore cette dernière faveur après la retraite de M. J. Cloquet. Mais nous avons quelque raison de présumer que la mesure attendue de beaucoup de personnes a été suspendue devant des considérations que devineront aisément ceux qui ont remarqué à l'Académie l'absence prolongée de M. Duméril.

—N'ayant pas craint, il y a quelques années, de mener le lecteur à l'exposition des bestiaux, il devait nous paraître plus légitime encore de le conduire à l'exposition d'horticulture; mais, vérification faite, c'est un lien plus convenable pour les gourmands que pour les médecins, si, comme nous le pensons contrairement à l'opinion universelle, ces deux classes d'êtres ne doivent pas être confondues. Nous avons trouvé là des pommes, des poires, des figues et des raisins, comme nous supposions qu'on en voyait seulement dans le paradis terrestre, au mois de septembre. Nous nous sommes promené parmi les verveines, les roses, les azalées, les bruyères et les pélargoniums. Où trouver là un brin de médecine? Nous allions donc nous en aller assez piteusement, quand nous voyons un monsieur tourner et retourner, placer entre son œil et la fenêtre, un joli petit flacon rempli d'une liqueur transparente. — Et vous croyez, dit-il au marchand, que cela peut me guérir? — Certainement : quelle maladie d'estomac avez-vous? — Une faiblesse. — Alors, c'est la blanche qu'il vous faut. L'acheteur parti, je m'approche. — Et moi, dis-je, allez-vous me guérir aussi? — La maladie de monsieur, s'il vous plaît? — Le ver solitaire. — Très bien; prenez de la verte. Cinquante centimes ne valent pas qu'on lésine; j'emportai le flacon avec le prospectus contenant ce qu'on pouvait appeler l'acte de naissance et l'état civil de la liqueur. Je venais d'acheter tout simplement de l'eau du *ruisseau de Dieu* (Oued-Allah), ruisseau fait avec une décoction de plantes aromatiques, récoltées en Arabie, « et recommandé par les meilleurs médecins. » C'est une chartreuse épicée à mettre à nu les papilles linguales. Si les médecins la prônent après expérience

possible, c'est au raisonnement et à l'interprétation des principaux phénomènes qui ont signalé les faits qui précèdent qu'il faut la demander. Malheureusement quelques-uns d'entre eux laissent beaucoup de détails à désirer.

Je ne pense pas qu'il soit possible d'accorder quelque valeur à certains phénomènes observés pendant la grossesse, car ils peuvent résulter de conditions trop diverses. En effet, le développement considérable de l'utérus, eu égard au terme auquel la femme est parvenue, peut s'expliquer, soit par la transformation de l'œuf en môle vésiculaire, soit par la présence d'une quantité considérable de liquide amniotique, ou par un épanchement de sérosité dans l'une ou l'autre des principales cavités séreuses du fœtus. Quant à la consistance, comment distinguer celle qui serait constatée dans un cas d'hydropisie de l'amnios de celle qu'on observerait s'il y avait ascite ou rétention considérable d'urine chez l'enfant? Et, en admettant qu'on pût y parvenir, on peut affirmer qu'il ne serait pas possible de se prononcer entre ces deux dernières maladies. La perception des mouvements actifs du fœtus a bien présenté quelques particularités dans le cas qui m'appartient, et il est probable qu'il en a été ainsi dans les autres; mais qui oserait se prononcer en se fondant uniquement sur ce que ces mouvements, après s'être fait sentir distinctement, ont été en s'affaiblissant au lieu de devenir de plus en plus forts, selon l'usage? De tous les modes d'exploration, le toucher vaginal est probablement celui qui pourrait être le plus fructueusement employé. En admettant que la tête se présentât, comme cela a eu lieu dans mon observation, il deviendrait impossible à une certaine époque de la déplacer et de lui imprimer avec le doigt le mouvement ascensionnel qui caractérise le ballottement. L'eau de l'amnios étant presque nulle dans ces cas, et le fœtus faisant pour ainsi dire corps avec la matrice, tout ce qu'on pourrait obtenir serait un soulèvement de l'organe en totalité. Un pareil résultat constaté chez une femme en même temps qu'un développement insolite de l'utérus et une fluctuation évidente à travers les parois abdominales, établirait de grandes présomptions pour une accumulation de liquide dans la cavité abdominale de l'enfant. Mais s'il s'agissait de préciser davantage et de décider si l'on a affaire à un épanchement dans la cavité péritonéale ou à une dilatation des reins, de la vessie ou des uretères, le diagnostic me paraît impossible. Il est bon de remarquer cependant que dans les observations qui ont été publiées sous le nom de *Dégénérescences hydatiques* ou *hydatiformes des reins*, la fluctuation devait manquer et a manqué en effet parmi les cas de ce genre qui ont été rapportés comme ayant produit des difficultés considérables dans la parturition; je rappellerai celui de M. Nichet (de Lyon) et celui de M. Œsterlen; ils ont été consignés dans un mémoire de M. Bouchacourt, publié en 1845 dans la *Gazette médicale de Paris*, et qui a pour titre : *De la dégénérescence hydatique et hydatiforme des reins chez le fœtus*. Sans partager l'opinion de ce savant confrère, qui a cru trouver dans ces kystes multiples des exemples de véritables hydatides, on ne peut se refuser à admettre la possibilité d'un développement énorme des reins pendant la vie intra-utérine, et nul doute, d'ailleurs, qu'au lieu de les trouver transformés en une multitude de vésicules, on ne puisse les rencontrer présentant une seule poche à surface interne plus ou moins anfractueuse, ainsi que cela a été observé plusieurs fois chez l'adulte lorsqu'un obstacle avait ralenti ou suspendu le cours de l'urine.

Les éléments du diagnostic deviendront plus nombreux et plus précis pendant le travail de l'accouchement, car aux caractères que je viens de faire connaître se joindront ceux qu'un examen direct permettra de constater. Quand il s'agit d'une hydropisie de l'amnios, un écoulement considérable de liquide succède à la rupture des membranes, et l'enfant, qui jusque-là avait été maintenu éloigné du détroit abdominal, s'y présente par l'une de ses parties et traverse le bassin après un temps plus ou moins long, et si des difficultés se présentent, elles ne dépendent pas en général du volume de l'enfant. Ajoutons qu'en même temps on voit l'utérus diminuer considérablement de volume. Dans les cas de môles vésiculaires, du sang ou de la sérosité sanguinolente remplacent communément le liquide amniotique, et des fragments de l'œuf dégénéré ne tardent pas, en se montrant à l'extérieur, à dissiper tous les doutes. L'utérus ne rencontre d'ailleurs, pour se débarrasser du corps qu'il renferme, aucune des difficultés qui sont inévitables quand une des régions du fœtus a pris un développement extraordinaire. Mais ce n'est pas tout, les choses se passeront différemment dans cette dernière circonstance, selon que le vice de conformation siégera sur l'une ou l'autre extrémité, et aussi suivant la partie qui s'engagera la première. Il est bien entendu que je suppose le bassin normalement conformé. Est-ce une tête dont le volume est deux ou trois fois plus considérable que dans l'état normal qui se présente au détroit abdominal? On la verra, soit qu'il s'agisse d'hydrocéphalie ou de toute autre lésion, s'arrêter au-dessus de cette ouverture, et bientôt une exploration convenable ayant fait reconnaître la véritable cause de la dystocie, il suffira, si la nature qui a plusieurs ressources dans ces cas, est impuissante, de faire une ponction pour voir cesser les difficultés. Qu'avec une pareille disposition de l'extrémité céphalique on suppose un engagement du pelvis, le tronc, qui est ordinairement peu développé, franchira le canal avec facilité, et la dystocie ne commencera que pour le passage de la tête, c'est-à-dire à une époque où l'on ne peut plus songer à la lésion qui fait l'objet de ce mémoire.

Si, au contraire, l'obstacle existe dans la région inférieure du tronc de l'enfant et que celui-ci se présente par la tête, tout se passera régulièrement jusqu'au moment où cette région aura franchi les parties génitales; mais alors les efforts naturels deviendront impuissants. Les tractions que peut supporter la colonne vertébrale seront elles-mêmes inutiles, et, si l'on veut les pousser plus loin, l'arrachement de la tête et les différentes mutilations, dont on trouve des exemples dans les observations précédemment rapportées seront les seuls résultats obtenus. En admettant que rien avant

---

cela prouve ce que nous vous disions tout à l'heure : qu'ils ne sont pas gourmands.

— Tous les lecteurs inattentifs, et ils le sont tous, pourraient ne pas se rappeler combien la vertu antiphlogistique de l'iode est sortie éblouissante des discussions dont elle a été l'objet au sein des académies et sur la presse. Nous leur recommandons en conséquence la lecture attentive d'un article inséré, non à la quatrième page, mais dans le corps d'un des derniers numéros de l'*Indépendance belge*.

« Dans tous les temps on a vu, sans le pouvoir comprendre, des phthisiques que la science avait condamnés, faire tout à coup volte-face sur le chemin de la mort, et ressaisir la vie au moment même où ils touchent à la tombe. De telles guérisons, qui semblaient dépasser la mesure du possible, ont toujours fait aux médecins l'effet de prodiges surnaturels ; mais heureusement la science moderne nous a démontré que ces prétendus prodiges étaient des effets parfaitement naturels. Elle nous en a même très nettement expliqué l'étonnant mécanisme.

» A qui devons-nous l'inappréciable service qui veut arracher tant d'infortunés au désespoir et à la mort? Nous le devons à un médecin aussi savant qu'il est laborieux et modeste; nous le devons au docteur Chartroule, qui s'est exclusivement dévoué au salut des poitrinaires, qui a consacré dix ans à la poursuite d'une idée juste, qui a fait d'innombrables expériences chimiques et qui a eu le bonheur de trouver un remède efficace, ainsi que le moyen de l'appliquer avec succès.

» Pour guérir la phthisie pulmonaire, il fallait trouver un agent thérapeutique qui pût, soit dans la première période, arrêter ou détruire les tubercules, soit dans la seconde, provoquer la cicatrisation des cavernes. Il y avait ici deux énormes difficultés à vaincre : 1° trouver un remède efficace; 2° trouver ce qui, peut-être, était plus difficile encore, le moyen de l'opposer, dans toute sa puissance, à un mal qui semblait se refuser à toutes approches directes.

» Cette double difficulté a été on ne peut plus heureusement sur-

le travail n'eût éveillé l'attention de l'homme de l'art, cet arrêt, si peu habituel dans l'expulsion du tronc, devra faire naître dans son esprit l'idée d'un vice de conformation développé sur l'enfant, car je mets de côté les cas où, après la sortie de la tête, le tronc est retenu, soit par le volume des épaules, soit par une rétraction spasmodique de l'orifice utérin, le toucher ne permettant pas alors de douter longtemps, et l'obstacle cédant en général à une manœuvre simple, mais bien dirigée. Mais, en admettant que la difficulté dépende de l'enfant, il s'agit de décider si c'est dans le thorax ou l'abdomen qu'elle réside.

Il n'est pas rare de rencontrer une certaine quantité de sérosité simple ou rougeâtre dans les plèvres des enfants au moment de la naissance, et alors cet épanchement s'explique par une inflammation de la séreuse, dont on retrouve les traces, ou, ce qui est beaucoup plus commun, par la mort et la macération du fœtus, double circonstance qui permet la transsudation du sérum dans les principales cavités séreuses et sous l'épiderme. Seulement alors la quantité en est très peu considérable, et en général incapable de développer outre mesure les parois thoraciques. Mais, en admettant que l'hydrothorax fût porté assez loin pour empêcher l'engagement de cette partie du tronc, ou en supposant qu'une tumeur assez volumineuse pour produire le même résultat existât sur la région, une différence capitale existerait encore dans la marche du travail, et l'on verrait les difficultés se produire avant le dégagement de la tête en dehors des parties génitales, ce qui n'a pas lieu, ainsi qu'on a pu le voir quand le développement insolite existe du côté de l'abdomen. L'exploration directe, qui comporte ici l'introduction de plusieurs doigts, et même de la main tout entière, ne laisserait pas, d'ailleurs, subsister longtemps l'incertitude.

Cette première partie du diagnostic une fois éclairée, serait-il possible d'aller plus loin, et, mettant de côté les tumeurs solides ou liquides qui pourraient naître de l'un des points de la surface de cette région, et que la main ferait facilement distinguer, trouverait-on le moyen de déterminer si le liquide est épanché dans la cavité péritonéale, ou s'il s'est accumulé dans l'un des points des voies urinaires et dans la vessie en particulier? Je ne pense pas qu'il soit possible d'arriver à quelque chose de très positif à cet égard. En effet, que le liquide soit directement en rapport avec le péritoine ou contenu dans la poche urinaire, la distension de l'utérus sera à peu près la même et entraînera les mêmes conséquences, je veux surtout parler des contractions prématurées. La main elle-même qui aura pénétré dans l'organe trouvera dans l'un et l'autre cas une énorme poche fluctuante, et la distinction qu'elle établirait peut-être si elle pouvait agir en liberté lui échappera. Mais s'il est impossible de donner au diagnostic ce degré de précision, on s'en consolera facilement en songeant que les moyens à employer pendant le travail de l'accouchement sont les mêmes dans les deux cas. D'ailleurs, en tenant compte de certaines circonstances, on parviendra à établir un diagnostic sinon certain, au moins très probable. Qu'on se rappelle, en effet, combien est rare l'épanchement péritonéal porté au point que je suppose. Le fait de Mouriceau, qu'on cite partout, pourrait bien ne pas être un cas d'ascite simple. L'examen anatomique du ventre de l'enfant n'a pas été fait; l'auteur dit seulement qu'il avait la forme d'un assez gros ballon, et, qu'ayant eu la curiosité de le remplir, il put faire pénétrer par l'ouverture, qui avait été pratiquée au moment de la ponction, plus de *cinq pintes* de liquide.—L'absence ou la très petite quantité du liquide amniotique me semble devoir être prise en grande considération. Enfin, je pense que si la main introduite dans l'utérus pouvait constater l'absence des organes génitaux externes, il deviendrait presque certain que c'est à une rétention d'urine simple ou compliquée d'ascite qu'on aurait affaire.

Quant aux dégénérescences hydatiques et hydatiformes des reins, signalées dans le travail de M. Bouchacourt, et sur lesquelles je me suis expliqué plus haut, on serait, je crois, autorisé à supposer leur existence, alors que le développement du ventre ayant été constaté, on trouverait, au lieu de la sensation que donne une poche unique et fluctuante, celle qui résulte d'une ou plusieurs tumeurs inégales, et dont la consistance éloigne toute idée de fluctuation.

La présence de jumeaux libres, et surtout adhérents, a pu quelquefois donner lieu à des difficultés qui, par la manière dont elles se sont présentées, avaient une grande analogie avec celles qui dépendent du volume exagéré de l'abdomen. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler ce qui se rattache à ce genre de dystocie; mais je dirai que l'introduction de la main fera bientôt cesser toute incertitude, et je ne saurais trop recommander cette espèce de toucher trop habituellement négligé dans les cas où c'est dans une conformation vicieuse de l'enfant qu'il faut chercher la cause des obstacles qui s'opposent à son expulsion.

Quoi qu'il en soit, je ne me dissimule pas les difficultés d'un diagnostic aussi précis que celui que je suppose; mais on admettra, j'espère, que pendant le travail, en tenant compte, d'ailleurs, des phénomènes particuliers observés pendant la grossesse, il deviendra toujours possible de constater si c'est à du liquide (qu'il soit dans la vessie ou dans le péritoine) que l'abdomen du fœtus doit son augmentation de volume; or, c'est pour les cas de ce genre seulement que je me propose d'examiner ce qu'il convient de faire.

Ainsi que je l'ai dit au début de ce travail, je n'ai voulu m'occuper pour le moment que des cas où la rétention d'urine a été tellement considérable, qu'elle a entraîné de graves difficultés et exige l'intervention sérieuse de l'homme de l'art; et c'est à dessein que j'ai laissé de côté, pour m'en occuper plus tard sous un autre point de vue, ceux dont les efforts naturels ont été suffisamment puissants, ou qui n'ont exigé que de simples tractions en rapport avec la solidité des articulations des membres ou de la colonne vertébrale. Et à cette occasion, je ne saurais trop m'élever contre des manœuvres qui ne sont plus de notre époque, et qui, n'eussent-elles d'autres inconvénients que de produire les affreuses mutilations dont les faits précédemment cités nous offrent des exemples, devraient être à jamais bannies. Car non-seulement elles peuvent

---

montée par le docteur Chartroule : le remède, c'est l'énergique métalloïde que l'on connaît sous le nom d'iode. »

Cela est signé d'un *docteur* qui se dit de *la Faculté de Paris*, mais dont le nom ne figure pas dans l'*Annuaire*.

— La Cour d'Amiens vient de rendre, sur l'application des articles du code relatifs aux déclarations de naissance, un arrêt qu'il est bon de porter à la connaissance des médecins. M. le docteur Boullanger, qui pratique dans une commune de l'Oise, avait accouché une jeune fille en présence de son père et de sa mère. Supposant que ceux-ci feraient la déclaration de naissance, il avait cru pouvoir s'abstenir de ce soin. Mais, la formalité n'ayant pas été accomplie, il a été traduit (c'est un *honneur* qu'il doit à sa qualité de suppléant du juge de paix) devant la Cour impériale, qui l'a condamné à 100 francs d'amende. Sans l'excuse de bonne foi, la peine à l'emprisonnement eût pu être prononcée. L'inscription sur les registres aura lieu d'office, en vertu d'un jugement *ad hoc* qui sera sollicité aux frais de l'inculpé et du père, qui a été condamné aussi à une amende, mais de 50 francs seulement.

Moralité : Un accoucheur doit toujours faire la déclaration de naissance, toute la lignée eût-elle assisté à l'opération, principalement s'il a exercé ses talents sur une jeune fille.

A. DECHAMBRE.

— M. le docteur E. Collin, de Billon (Puy-de-Dôme), vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre), en remplacement de M. Camille Allard, nommé à Royat.

compromettre la vie des mères, mais elles sacrifient d'une manière certaine des enfants dont la viabilité n'est pas cependant toujours compromise par les vices de conformation dont il s'agit. Je m'expliquerai bientôt à cet égard.

Au point de vue de la dystocie, une seule indication se présente ; il faut extraire le liquide accumulé et rendre ainsi aux parties leur volume normal : on a vu avec quelle facilité s'opère ensuite l'extraction de l'enfant.

Lorsque celui-ci a cessé de vivre, il est permis de ne se préoccuper ni du lieu où doit être pratiquée la ponction, ni de l'instrument qui doit l'opérer. C'est ainsi que, dans le cas qu'il m'a été donné d'observer et qui constitue la première observation de ce travail, j'ai pu me contenter du doigt à l'aide duquel j'ai, sans trop de difficulté, déchiré successivement les parois abdominale et vésicale ; mais si, appelé au début du travail alors que la vie n'était pas encore compromise, j'avais reconnu la cause des difficultés (et cela n'eût pas été plus difficile qu'un peu plus tard), je n'hésite pas à dire qu'il aurait fallu procéder avec beaucoup plus de circonspection.

Il résulte, en effet, de la lecture des quatre observations précédentes que les enfants étaient vivants au moment où le travail se déclara, et qu'ils succombèrent victimes des manœuvres qui furent employées. D'un autre côté, l'examen anatomique a démontré, pour un cas du moins, que l'obstacle qui s'était opposé à l'excrétion de l'urine était peu considérable, et qu'on eût pu y remédier facilement après la naissance par le cathétérisme ou par toute autre opération. Et comme d'ailleurs cette espèce de vice de conformation ne nuit pas nécessairement au développement régulier des autres organes nécessaires à l'entretien de la vie, il en résulte que quelques-uns de ces enfants se seraient trouvés dans des conditions en tout semblables à celles d'un adulte chez lequel on est obligé de pratiquer la ponction de la vessie pour parer à des dangers pressants, et se donner le temps de rétablir ensuite les voies naturelles ou d'en créer une artificielle. Je ne me dissimule pas que les circonstances ne seraient pas toujours aussi favorables, et que s'il y avait absence du canal de l'urèthre et des organes génitaux externes en même temps qu'imperforation du rectum, toutes les précautions prises pour faire une ponction méthodique deviendraient inutiles; mais, tout en reconnaissant que ces cas ont été jusqu'à présent les plus communs et le seront encore dans l'avenir, il est incontestable qu'il faudra toujours se conduire en vue de conserver une existence qu'il n'est pas permis de regarder à l'avenir comme définitivement compromise.

Ainsi, je pense qu'il est rigoureusement indiqué de pratiquer la ponction avec un trocart muni de sa canule qu'on laissera en place pour obtenir l'écoulement du liquide comme dans la paracenthèse et s'opposer à son épanchement dans la cavité péritonéale. La longueur de l'instrument me paraît ici d'une grande importance. Elle devrait être suffisante pour que, plongé par l'une de ses extrémités dans l'abdomen du fœtus, il dépasse par l'autre les parties génitales de la mère. Il sera également utile qu'il présente une certaine courbure dans la partie qui doit traverser les tissus. On pourrait utilement substituer à la canule métallique une canule formée par une substance flexible et à parois assez résistantes toutefois pour ne pas se laisser facilement aplatir.

Le point des parois abdominales par lequel il faut faire pénétrer l'instrument, doit être convenablement choisi, et ce choix importe au même degré, soit qu'il s'agisse d'une ascite ou d'une distension de la vessie. Il faut, comme chez l'adulte, éviter les anses intestinales, et de plus, songer au foie qui présente chez les enfants un développement énorme. C'est dans la région sous-ombilicale qu'il faut agir pour se mettre, autant que possible, à l'abri de ce double écueil. A cet effet, on cherchera avec soin l'insertion fœtale du cordon et s'en éloignant alors de quelques centimètres en se rapprochant du pubis, il deviendra facile de déterminer le point le plus favorable au succès complet de l'opération. J'ai à peine besoin d'ajouter en terminant que celle-ci est soumise à toutes les autres règles générales qui régissent les opérations obstétricales dans lesquelles on fait intervenir des instruments plus ou moins dangereux.

Des faits et réflexions contenus dans ce travail, je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° La sécrétion urinaire s'établit à une époque peu avancée de la vie fœtale.

2° Quand un vice de conformation ou un obstacle quelconque s'oppose à l'excrétion de l'urine qui ne peut être versée à cette période de la vie que dans la cavité de l'amnios, ce liquide s'accumule dans la vessie qui peut alors acquérir des dimensions tellement considérables que l'accouchement spontané est impossible, même avec un bassin parfaitement conformé et quoique la grossesse n'ait pas parcouru toutes les périodes.

3° Les difficultés qui peuvent résulter d'une semblable disposition sont telles qu'on a pu, dans plusieurs cas, arracher la tête et les membres sans surmonter l'obstacle.

4° Toutes les fois que l'examen anatomique des parties a été rigoureusement fait, il a été facile de constater qu'avec le développement du réservoir urinaire coïncidait l'hypertrophie de ses parois et en particulier de la tunique musculeuse, circonstance qui, jointe à beaucoup d'autres, me permettra de démontrer dans un autre travail que la vessie ne joue pas seulement le rôle de réservoir passif, mais qu'elle fait, pendant la plus grande partie de la grossesse, des efforts souvent renouvelés pour se débarrasser du liquide qu'elle reçoit.

5° Si l'étude des faits qui précèdent permet d'établir qu'il est à peu près impossible de reconnaître pendant la grossesse un semblable vice de conformation, je ne doute pas qu'on ne puisse arriver aux plus grandes probabilités, sinon à la certitude, pendant le travail.

6° Tout en tenant compte des phénomènes insolites observés pendant la grossesse et qui ont une certaine valeur quoiqu'ils puissent se rattacher à des états pathologiques divers, il est incontestable que la main introduite dans l'utérus peut seule faire reconnaître le véritable état des choses, ou du moins permettre d'apprécier avec certitude qu'une collection de liquides existe dans la cavité abdominale de l'enfant

7° La rareté de l'ascite simple portée à ce degré extrême sera déjà une présomption qui conduira à admettre une distension de la vessie, et si l'exploration des organes génitaux permettait de constater certains vices de conformation dont il a été question, je pense qu'on pourrait hardiment se prononcer pour une rétention d'urine.

8° Dans l'une ou l'autre hypothèse, la conduite à tenir devra être la même. Quand les tractions que permet la prudence seront restées sans résultat, c'est à l'évacuation du liquide qu'il faudra songer. C'est de tous les moyens que l'art peut employer le plus simple dans son application et celui qui, entre des mains exercées, exposera le moins la santé de la mère.

9° Puisqu'il est démontré que les altérations des organes urinaires dont il est question ne compromettent pas nécessairement la violabilité des enfants, il est rigoureusement indiqué de pratiquer la ponction avec tous les soins que comporte cette opération quand on la fait intervenir chez l'adulte. L'insertion abdominale du cordon ombilical sera un guide sûr pour le choix du point le plus favorable.

10° Il n'est pas impossible qu'en procédant ainsi on puisse, après la naissance, pour une nouvelle opération, rétablir les voies naturelles nécessaires à l'excrétion de l'urine et conserver à la vie des enfants qui, sans ces précautions, eussent été sacrifiés.

Au moment où je termine l'impression de ce travail, M. le docteur Duparque me fait parvenir un exemplaire d'un mémoire qu'il vient de réimprimer (16 pages in-8°. Paris, 1860), et qu'il avait déjà publié en 1842, dans les *Annales d'obstétrique des maladies des femmes et des enfants*, sous le titre de *Mémoire sur la rétention d'urine chez le fœtus, par suite d'imperforation des canaux excréteurs.*

Je regrette que mon confrère ne m'ait pas fait connaître plus tôt une publication que j'étais bien excusable d'ignorer. J'en aurais

déjà parlé, il y a dix ans, lorsque je fis ma communication à l'Académie, avec le même empressement que j'ai mis à mentionner le fait de P. Portal, beaucoup plus ancien, puisqu'il remonte à 1671, et plusieurs autres. Toutefois, je suis heureux qu'il me soit encore possible de la rappeler ici.

Voici le résumé de l'observation publiée par M. Duparque :

Une femme parvenue au huitième mois d'une grossesse qui avait marché très régulièrement fut prise des douleurs de l'enfantement le 7 décembre 1840. Après cinq heures environ de travail, la tête sortit, les épaules s'engagèrent dans le bassin ; puis, rien n'avançant, la sage-femme, après avoir dégagé le cordon, qui était plusieurs fois enroulé autour du cou, fut obligée d'accrocher les aisselles ; et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine, et à l'aide d'efforts soutenus, qu'elle parvint à compléter l'extraction de l'enfant, qui naquit mort.

Les détails qui précèdent furent communiqués à M. Duparque, qui n'avait pas assisté à l'accouchement, mais qui, en sa qualité de médecin de l'état civil, avait été appelé à constater le décès de l'enfant. Voici maintenant les résultats de l'examen cadavérique qu'il fit. Je cite textuellement :

Le cordon ombilical, assez grêle, avait 95 centimètres de long. L'enfant, ayant tout le développement qu'il présente d'ordinaire à huit mois, époque présumée de son âge, était généralement décoloré, mais à chairs fraîches et fermes. Je fus surtout frappé du volume et de la forme anomales de l'abdomen. Il était développé comme dans les cas d'ascite ; mais ce développement portait principalement sur les deux tiers inférieurs, les régions hypochondriaque ou costale, y prenaient peu de part. Il présentait en outre deux proéminences latérales qui ajoutaient encore à ses dimensions transversales. Ces proéminences soulevaient les flancs et faisaient saillie entre les rebords des côtes et les crêtes iliaques, région dont l'écartement se trouvait plus grand que dans l'état normal. Ces tumeurs avaient le volume et la forme d'un œuf de poule ; elles étaient placées verticalement. La droite de ces tumeurs était un peu plus volumineuse, plus molle, et sur un plan plus inférieur que celle du côté gauche.

Elles offraient une certaine mobilité, pouvaient être déplacées de quelques millimètres sous les parois abdominales d'arrière en avant et de haut en bas, et réciproquement. Cette mobilité empêchait d'y reconnaître bien distinctement la fluctuation que faisait présumer un certain état de mollesse.

Ce signe, la fluctuation, était très manifeste dans la grande tuméfaction abdominale, qui cependant présentait un certain degré de rénitence que l'on n'observe pas généralement dans les ascites ou épanchements péritonéaux congénitaux.

D'après cette disposition, l'abdomen de ce fœtus présentait 10 ou 12 centimètres transversalement, et de 7 à 8 d'avant en arrière.

L'ouverture du cadavre fit voir que ces intumescences étaient formées, la moyenne par la vessie, les latérales par les reins.

La vessie, énormément distendue, eu égard au volume du fœtus, remplissait complétement les régions hypogastrique et pelvienne ; elle avait refoulé en haut et en arrière la masse des intestins. Jusqu'au niveau du trou ombilical, elle était en contact immédiat avec les parois abdominales, le péritoine se réfléchissant de la région sus-ombilicale sur le fond de la vessie. Il n'existait aucune trace d'ouraque entre ce viscère et l'ombilic, avec lequel il paraissait comme adhérent. Plus tard, je ne pus non plus trouver en cet endroit de dépression à la surface interne de la vessie qui indiquât l'ancienne origine de ce conduit.

Les uretères, du volume d'une plume d'oie à leur insertion à la vessie, s'élargissaient insensiblement jusqu'a x bassinets. Les reins se trouvaient immédiatement appliqués sur les côtés de la vessie, qui les avaient déplacés et refoulés en dehors.

Le rein droit était converti en une vésicule membraneuse transparente ; le gauche, moins volumineux, n'était vésiculeux que dans sa moitié supérieure ; l'autre partie représentait des mamelons membraneux, transparents, qui lui donnaient l'aspect de la masse bulleuse que fait l'eau de savon quand on la fait mousser en y insufflant de l'air avec un chalumeau. Ces mamelons, dont les supérieurs avaient le volume du bout du doigt, diminuaient à mesure qu'ils approchaient de la partie inférieure du rein, laquelle avait seule conservé ou acquis quelques vestiges de l'organisation parenchymateuse ~~ou corticale~~.

La compression de la vessie ne put rien faire refluer par l'urèthre.

Ce réservoir ainsi que les uretères, et les poches et cellules en lesquelles les reins étaient transformés, contenaient un fluide transparent, légèrement citroné, clair dans la vessie, faiblement laiteux dans les reins. La vessie ayant été ouverte, on parvint à y faire refluer le fluide qui distendait les reins en les comprimant.

Une petite algalie pénétra facilement dans le canal de l'urèthre jusqu'au col de la vessie, mais là elle fut arrêtée ; son extrémité soulevait intérieurement la membrane muqueuse vésicale, qui ne présentait aucune trace d'ouverture ; une injection poussée dans le canal de l'urèthre ne put non plus arriver que jusqu'au col de la vessie. Il y avait une imperforation complète en cet endroit.

Les parois de la vessie, épaisses relativement à l'extrême distension qu'elles avaient éprouvée, paraissaient hypertrophiées.

Rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Je n'ai rien à dire de deux autres faits empruntés par mon confrère à l'ouvrage de Billard, parce qu'ils ne renferment aucun détail relativement à l'accouchement, et que le but que je me suis proposé dans mon travail a été surtout d'étudier la rétention d'urine du fœtus au point de vue des difficultés qu'elle peut faire naître pendant la parturition.

Cependant je me plais à reconnaître que M. Duparque avait retiré de ses observations la conclusion que l'excrétion de l'urine a lieu chez le fœtus, et que sa rétention dans la vessie en augmentant le volume de l'abdomen peut être cause de dystocie ; mais il n'y a sur ces points aucune réclamation de priorité à élever. D'autres avant nous, guidés par des faits, avaient formulé les mêmes propositions.

Quant au procédé opératoire à mettre en usage pour triompher des difficultés qui peuvent être la conséquence d'une pareille accumulation d'urine, je suis heureux de voir que mon confrère et moi avons été conduits, chacun de notre côté, à recommander d'agir avec beaucoup de précaution, et en se souvenant que tous ces enfants n'étaient pas voués à une mort certaine.

INFLUENCE DES CLIMATS CHAUDS SUR LA PHTHISIE (1), par le professeur FORGET (de Strasbourg).

La question des climats, comme causes de certaines maladies, fait surgir immédiatement l'idée de leur puissance curative à l'égard de certaines autres maladies. Il est, en effet, généralement admis que les maladies produites par le froid étant plus rares dans les pays chauds, doivent aussi guérir par les pays chauds ; la réciproque n'est pas également vraie, car le froid atmosphérique produit beaucoup plus de maladies qu'il ne peut en guérir. Cependant il est reçu que la dysenterie, par exemple, produite dans les pays chauds, s'amende sous l'influence d'un climat non pas froid, mais tempéré.

D'après ces principes, on admettait universellement, jusqu'à ces derniers temps, que les maladies de poitrine que produit le froid, la phthisie en particulier, étaient favorablement modifiées par l'habitation dans les pays chauds ; mais ce besoin d'innover cette manie du paradoxe qui s'est emparée des têtes médicales de notre époque, a trouvé moyen de changer tout cela, et l'Académie des sciences couronnait naguère un travail dont la conclusion est que le séjour des climats chauds favorise la production et le développement de la phthisie. L'auteur va plus loin, il explique pourquoi la chaleur est funeste aux tuberculeux : c'est, dit-il, parce qu'elle engendre la débilité qui, elle-même, préside à la génération de la phthisie. Voilà donc la question jugée de par un formidable étalage de documents statistiques qui semble ne laisser aucune prise à la contestation.

Eh bien ! je déclare en mon âme et conscience, que c'est là une grossière illusion, je ne dis pas une erreur, car, tout en admettant le fait, qui ne m'est pas complétement prouvé, je me charge de l'expliquer d'après les simples lois de la pathologie la plus rudimentaire. Ceci n'est point une argutie, car, en admettant *in globo*,

(1) Cette note est extraite d'un ouvrage intitulé : *Principes de thérapeutique générale et spéciale ; nouveaux éléments de l'art de guérir*. Un fort volume in-8, qui doit prochainement paraître chez J.-B. Baillière et Fils.

que les pays chauds sont funestes aux phthisiques, vous leur enlevez tout désir d'aller chercher du soulagement sous un ciel plus clément que le nôtre ; tandis qu'en interprétant savamment les fâcheux effets des pays chauds, vous enseignez aux malades à se préserver de ces effets tout en profitant d'une influence climatérique salutaire.

Et d'abord, revenant à notre point de départ, il est infiniment probable *à priori*, que la phthisie produite par le froid doit être soulagée par la chaleur. Ainsi dit le bon sens.

Consultons maintenant l'expérience. De même que les malades font peu de cas des remèdes simples et indigènes pour donner leur confiance aux remèdes fastueux, les médecins affectent un dédain prononcé pour les procédés scientifiques naturels, à la portée de toutes les intelligences, et se font gloire de fouiller laborieusement dans les ténèbres pour y chercher des vérités qui leur crèvent les yeux. Ce travers d'esprit a d'autres mobiles que le simple pédantisme, et, entre autres causes, il résulte de l'horreur pour le rationalisme inculqué aux jeunes générations depuis trente ans. Au lieu de scruter avec tant de labeurs les documents empruntés aux archives anglaises dans les deux Indes, au lieu d'envoyer à grands frais des experts en Afrique ou ailleurs, il suffisait, je pense, et il convenait avant tout d'examiner ce qui se passe autour de nous.

On a dit avec raison que les saisons sont des climats transitoires, et chacun sait que nos étés offrent souvent une température égale à celle des climats intertropicaux. A vrai dire, même, la chaleur équatoriale est pénible à supporter par sa continuité plutôt que par son excès. Eh bien! comment se comportent les phthisies pendant l'été? Et d'abord, le fait est que les malheureux poitrinaires ont le froid en horreur, qu'ils redoutent l'hiver, à bon droit, et qu'ils attendent le retour de la chaleur comme le condamné attend sa grâce. Dès que rayonne le soleil du printemps, ils croient pouvoir prendre leur essor et s'exposent à ces variations de température qui rendent cette saison si meurtrière. Ce n'est que dans l'été qu'ils respirent à loisir et en sécurité, mais à une condition pourtant : c'est qu'ils éviteront l'influence d'un soleil trop ardent. C'est que la chaleur extrême est un irritant, entendez-vous? et dans mes consultations aux poitrinaires je ne manque jamais de formuler cette injonction : Évitez le froid *et l'extrême chaleur*. La chaleur vive excite vivement les bronches, les simples catarrheux en souffrent comme les phthisiques et tous vous disent que la soirée passée dans un appartement trop chaud leur occasionne de mauvaises nuits, c'est-à-dire de la toux, de l'oppression, de la fièvre, etc. On a décrit dernièrement un *catarrhe d'été*. Tous les praticiens ont observé ce catarrhe ; il est fréquent chez les personnes nerveuses, *à poitrine délicate ;* mais il ne ressemble pas au catarrhe d'hiver, il est moins humide, il est, en général, caractérisé par une toux sèche, *nerveuse;* l'oppression, la vivacité du pouls, indiquent une irritation, une congestion, plutôt qu'une inflammation des voies aériennes.

Mais si, au lieu de braver le soleil, de le rechercher même comme un moyen de soulagement, les malades s'en défient, se tiennent à l'ombre, immobiles, dans un appartement défendu contre l'invasion de la chaleur extérieure ; s'ils choisissent les premières et les dernières heures du soleil pour se promener, alors ils recueillent tous les bienfaits de la saison chaude sans en éprouver les inconvénients.

Eh bien! appliquez ces préceptes à la vie des colonies, imposez aux malades les habitudes indolentes des créoles des Antilles, ou des nabahs de l'Inde et vous serez obligé de beaucoup rabattre de vos chiffres mortuaires. Au lieu de cela qu'avez-vous fait? Vous avez pris vos sujets d'observation et de statistique parmi de pauvres soldats ou de malheureux marins obligés à faire faction ou à travailler rudement sous un soleil vertical, et voilà ce que vous nous donnez comme preuve de l'influence pernicieuse des climats chauds sur les phthisiques!

J'ajouterai que tous les navigateurs ont signalé la rareté des maladies de poitrine entre les tropiques, ce qui est encore une assez légitime présomption en faveur de notre thèse.

Ce n'est donc pas par l'affaiblissement qu'ils produisent que les climats chauds favorisent la phthisie ; c'est, au contraire, par la stimulation que l'extrême chaleur exerce sur les voies respiratoires chroniquement affectées. Et en cela ces climats ne sont ni plus ni moins pernicieux que nos étés d'Europe ; et si vous concluez défavorablement pour les premiers, il vous faudra conclure dans le même sens pour les derniers, c'est-à-dire formuler une proposition absurde contre laquelle les malades eux-mêmes seront les premiers à protester.

Conclusion : Les climats chauds ne sont défavorables aux phthisiques que par l'excès de la chaleur solaire. Mais en modérant cet excès par les moyens usités, on obtient du séjour des pays chauds les plus heureux résultats, confirmés par le témoignage d'une foule de malades qui doivent à l'émigration la prolongation de la vie et parfois la guérison. C'est ce qui fait que le voisinage des tropiques est plus favorable que le séjour sous l'équateur, et qu'on se trouve mieux d'habiter Madère ou l'Afrique septentrionale que le Bengale ou le Brésil. Ce qui fait que le séjour du midi de la France est peu favorable aux phthisiques, c'est que l'hiver y fait encore sentir ses rigueurs contre lesquelles les habitants négligent trop les moyens de se prémunir.

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur la rage spontanée.

La lecture de la revue scientifique de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE du 23 mars dernier, dans laquelle il s'agit de la rage spontanée, à propos d'une observation de cette maladie, présentée par le docteur Mühlig à ses collègues de la Société de médecine de Constantinople, m'a rappelé un fait consigné dans un mémoire sur un point d'étiologie de la rage, que j'ai adressé, il y a quatorze ans, à l'Académie de médecine de Paris, et sur lequel la commission n'a point encore fait son rapport.

OBS. — Le 1er janvier 1847, à dix heures du matin, Nicolas Gadore, âgé de neuf ans et demi, d'une forte constitution, demeurant chez son père, faubourg de Villers, n° 106, à Lunéville, fut mordu à l'avant-bras gauche, par un chien, chassé à coups de bâton, d'une maison de la rue de Villier, dans laquelle s'était réfugiée une chienne qu'il poursuivait avec ardeur.

Appelé immédiatement, je reconnus au jeune Gadore deux plaies ayant chacune 4 centimètres environ de longueur : l'une, au niveau de l'articulation radio-carpienne ; l'autre, du côté opposé.

Au bout de dix jours, ces deux plaies étaient complétement cicatrisées.

Le 18 février, au soir, madame Gadore vint me dire que, depuis la veille, où il avait parcouru à pied, promptement, 10 kilomètres, son garçon se plaignait de la tête et que, dans ce moment, il était agité. Je conseillai deux sangsues derrière chaque oreille, de l'eau froide sur la tête, un pédiluve sinapisé, un lavement laxatif, la diète, une tisane rafraîchissante, le repos au lit, la tête maintenue élevée sur un oreiller de crin.

A cinq heures du matin, je trouve le petit malade, poussant des cris extraordinaires, se plaignant d'un violent mal de gorge, et ayant des grincements de dents et des convulsions.

Un instant je doute, mais aux symptômes suivants, je reconnais la rage. Constriction pharyngienne extrême, salive spumeuse et très abondante; bouche ouverte, langue pendante, horreur de l'eau, du vin, de la tisane, de la lumière, du brillant d'une glace, de celui d'une pièce de 5 francs et de celui des verres de mes lunettes; frayeurs et tressaillements à chaque minute, au moindre bruit, à l'aspect de son père, de son frère et de moi; mouvements convulsifs extraordinaires, cris perçants et hurlements, strabisme tantôt supérieur, tantôt inférieur, ou interne ou externe, pouls lent et faible. Tranquillité de quelques minutes, puis subitement des frayeurs, des soupirs, des cris, des sanglots et des convulsions extraordinaires.

Ce petit malheureux, qui a conservé son intelligence, reconnaît les personnes qui sont dans sa chambre, et parle avec elles pendant l'intervalle de ses accès.

A neuf heures, les convulsions sont encore plus effrayantes, les envies de mordre s'annoncent, mais le patient se retient, comme il le dit lui-même. Les symptômes de l'asphyxie apparaissent : ainsi les pieds, les mains et les lèvres deviennent bleuâtres, les yeux cernés, la figure bouffie. Il n'y a point de délire, mais le malade a conscience de sa fin prochaine.

A onze heures, le facies est terreux et horrible; la bouche, grimaçant, est béante et remplie d'écume, les pupiles sont dilatées. Les extrémités sont froides, l'horreur du liquide, de l'air, de la lumière et des objets brillants, est portée à un très haut degré. Dans l'intervalle des accès, intelligence intacte, douleur à l'aspect du chagrin de ses parents, prostration extrême, ce malheureux, assis à terre, a le dos tourné au jour, les jambes paralysées et le tronc incliné en avant.

A midi, Gadore meurt doucement après une terrible convulsion, pendant laquelle il fut tourmenté des envies de mordre, qu'il a satisfaites sur la couverture de son lit.

A deux heures, le cadavre exhale déjà une forte odeur de putréfaction (remarque qu'avait déjà faite Morgagni, § 31 de la lettre XXVIII), et les membres, quoique chauds, sont déjà roides.

Avant de parler du point de départ de la rage du petit Gadore, je vais signaler en quelques mots certains symptômes que le malade a présentés :

1° Convulsions; 2° bouche béante et langue pendante; 3° paralysie des extrémités inférieures (symptômes bien décrits par MM. Joualt et Bouley dans le numéro de mai 1837 du *Recueil de médecine vétérinaire pratique*); 4° fantômes effrayants; 5° constriction pharyngienne. Cette constriction, signalée par Salius (*De affect. particul.*, caput XIX), confirmée par Cæsalpin (*Art. med.*, lib. III, c. XXXIV), et qui fit dire à Aromatarius (*Disputatio de rabie*) que la rage n'est autre chose qu'une espèce d'angine, est très commune chez le chien, et a été bien décrite par MM. Joualt et Bouley (*loc. cit.*, p. 236, 1837). Cette constriction, qui donne l'idée d'un corps étranger arrêté dans la gorge, peut entraîner une exploration dangereuse. En effet, Nicolin, vétérinaire à Lons-le-Saulnier, succomba, le 26 novembre 1846, à la rage qu'il s'inocula de cette manière; et moi-même, ignorant tout d'abord que Gadore fût atteint de la rage, je voulus pratiquer avec mes doigts cette exploration, ce que je ne fis pas, grâce au refus formel du malade.

J'arrive maintenant au point essentiel de ce travail.

Le chien qui a mordu le petit Gadore le 1er janvier 1847 n'a donné aucun symptôme de la rage, ni d'autre maladie; le 16 février il fut même caressé par cet enfant, qui le connaissait comme appartenant au sieur Chailly; mais au moment où il mordit Gadore il était nécessairement dans une colère extrême, puisqu'il était chassé à coups de bâton d'une maison où s'était réfugiée une chienne qu'il poursuivait, et il était tourmenté par une grande fureur vénérienne. Ce fait prouve que la fureur vénérienne et une grande colère peuvent engendrer subitement la rage, et, de plus, chose extraordinaire, que celle-ci peut n'être que passagère, puisque le chien de Chailly ne donna aucun signe de maladie depuis la morsure de Gadore.

Marc a rapporté dans les *Archives générales de médecine*, p. 440 du numéro de mai 1827, l'observation d'un enfant qui mourut enragé après avoir été mordu par un chien qui, depuis, ne donna aucun signe de maladie. Baruffi, en 1853, publia un fait semblable dans *Anneli universali*.

MM. Cappelle et Greve ont publié en 1834, dans le numéro de juillet des *Archives générales de médecine*, un long et savant travail sur ce point de séméiologie. Ils ont prouvé que, chez les chiens, la privation du plaisir vénérien, les passions violentes qui les agitent, et les combats, quelquefois terribles, qu'ils se livrent avec une fureur extrême au moment du rut, sont des causes du développement subit de la rage.

Parmi les auteurs anciens qui ont émis pareille opinion, je me contenterai de citer : Arétée (*De causis et signis morborum acutorum*, lib. I, c. V, p. 95), Cœlius Aurelianus (*Acut. morb.*, lib. III, c. IX, p. 219), Hoffmann qui dit : *Rabies quæ extrema et continua irascentia est* (édition de 1740, t. I; *pars secunda*, p. 195, § VI), Van-Swieten (édition de 1754, t. III, p. 537 à 543), Pouteau (*Essai sur la rage*, 1763), Sauvages (*Nosologie*, t. II, p. 704, édition de 1771).

Il résulte donc de ce petit travail un fait incontestable, c'est qu'un chien, surtout d'un naturel méchant, comme l'était celui qui a mordu le petit Gadore, peut, dans un violent transport de colère et de fureur vénérienne, et sans donner plus tard aucun signe de maladie, peut, dis-je, donner la rage par sa morsure.

PUTÉGNAT (de Lunéville),

Correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 MAI 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. — *Note de M.* Duméril *relative aux pluies de crapauds et aux crapauds trouvés vivants dans des cavités closes, à l'occasion d'une lettre de M.* Seguin. — M. Duméril rappelle d'abord qu'il a soutenu depuis longtemps qu'il faut attribuer les prétendues pluies de crapauds ou de têtards à la sortie de ces animaux hors du sol, ramolli par une pluie abondante.

L'honorable académicien rappelle, en second lieu, qu'en 1851 la *Société des sciences et lettres de Blois* envoya à l'Académie un crapaud qui avait été trouvé plein de vie dans un gros silex, où il paraissait avoir séjourné pendant longtemps.

M. *Flourens* annonce que les deux blocs envoyés par M. Seguin ont été ouverts aujourd'hui même devant une commission nommée par M. le président de l'Académie. Un des blocs contenait une vipère, et l'autre un crapaud. La vipère et le crapaud ont été trouvés morts, et paraissaient l'être depuis longtemps, car ils étaient tout à fait desséchés.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 JUIN 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'intérieur transmet un mémoire imprimé de M. le docteur *de Bourrousse de Laffore* sur les taches de la cornée et les moyens de les faire disparaître. (*Comm.:* MM. Velpeau, Jobert et Malgaigne.)

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Un mémoire de M. le docteur *Cozal*, médecin à Oran, sur le choléra-morbus épidémique. (*Commission du choléra.*) — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de Seine-et-Oise, de la Nièvre et de la Marne. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Les rapports de MM. les docteurs *Marbotin, Pierronnet, Chabannes, Coules, Motet, Peyrecove* et *Mautreyt*, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), de la Bourboule (Puy-de-Dôme), de Vals et de Saint-Laurent (Ardèche), de Barbotan, de Castero-Verduzan, de Lavardens et du Maska (Gers) pendant l'année 1858 (*Commission des eaux minérales.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Morel-Lavallée*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (*Renvoi à la section.*) — *b.* Une observation de purpura hæmorrhagica traité avec succès par le perchlorure de fer, par M. le docteur *Daudé*, de Marvejols (Lozère). — *c.* Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Prat.* (Accepté.)

M. *le Président* annonce que S. Exc. l'ambassadeur de Constantinople assiste à la séance.

Lectures.

HYDROLOGIE. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° *Sur l'eau des sources de Capus* et *de Vernière* de l'établissement de la Malou (Hérault). Ces eaux appartiennent à la classe des eaux ferrugineuses carbonatées calcaires, etc.

Il y a lieu d'accorder l'autorisation de continuer l'exploitation de ces sources. (*Adopté.*)

2° *Sur l'eau minérale ferrugineuse de Neuville-sur-Saône*, près de Lyon. Cette source prend rang à côté des eaux ferrugineuses carbonatées importantes.

Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter. (*Adopté.*)

3° *Sur l'eau minérale de Madic* (Cantal), dite eau *de la Barraquette*. Ce sont des eaux bicarbonatées sodiques et calcaires, analogues à celles qu'on rencontre fréquemment en Auvergne.

La commission propose d'ajourner l'autorisation demandée jusqu'à ce qu'on ait exécuté des travaux de captage convenables. (*Adopté.*)

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Trousseau*, déclinant sa compétence en matière de chimie, déclare qu'il est incapable de juger la valeur des expériences de MM. Favre et Réveil, dont il a parlé dans la dernière séance, et que, loin d'en accepter la responsabilité, il les abandonne comme un argument superflu.

L'orateur reproche à la majorité des pathologistes de confondre d'une manière déplorable les diverses variétés d'anémie, et de ne faire aucune différence entre la chlorose et l'anémie. La chlorose pourtant diffère autant de l'anémie que la variole diffère de l'ecthyma. Entre toutes les espèces d'anémies, anémie par hémorrhagie, anémie chlorotique, anémie albuminurique, anémie palustre, anémie cancéreuse, anémie syphilitique, il n'y a que des ressemblances de coloration, ou plutôt de décoloration. Dans l'anémie par hémorrhagie, il n'y a que du sang de perdu; dans les autres anémies, il y a surtout des *aptitudes* perdues, aptitudes organiques et fonctionnelles qu'il faut rendre aux malades pour leur permettre de guérir. Aussi, pour guérir l'anémie hémorrhagique, suffit-il de refaire du sang à l'aide d'une bonne hygiène, d'un bon régime alimentaire; le fer est inutile; tandis que pour les autres anémies il faut un médicament spécial. L'anémie chlorotique ou chlorose, loin de provenir d'une perte de sang, résulte très souvent d'une rétention de ce fluide. Qu'une jeune fille plonge ses pieds dans l'eau froide pendant ses règles, l'écoulement menstruel se supprime, et elle devient chlorotique quelques jours après. Que la fonction cataméniale se rétablisse, et la jeune fille cessera d'être chlorotique. L'anémie hémorrhagique peut disparaître assez rapidement sans laisser aucune trace; tandis que la chlorose peut se montrer opiniâtre et suivre la femme jusqu'au tombeau. Dans la chlorose, il n'y a pas simplement, comme dans l'anémie hémorrhagique, diminution de l'élément globulaire du sang, il existe encore des désordres nerveux de toute nature : anesthésie, analgésie, amyosthénie, perturbations morales, etc.

Il en est de la chlorose comme de l'anémie syphilitique, de l'anémie palustre, etc. Derrière toutes ces variétés d'anémie, il y a une cause générale, persistante, qui, luttant contre l'aptitude à la reconstitution du sang, empêche les malades de guérir par la simple hygiène, comme dans l'anémie hémorrhagique. Cette cause, c'est l'infection syphilitique, c'est l'intoxication palustre, etc. En donnant le mercure, le quinquina, on arrête l'action de cette cause, et on rend à l'économie son aptitude à refaire la crase du sang. Le fer est le spécifique de la chlorose; il est à la chlorose ce que le mercure est à la syphilis, ce que le quinquina est à l'intoxication paludéenne.

M. Trousseau admet le passage du fer dans le sang; mais de ce que le fer passe dans le sang s'ensuit-il qu'il y reste et qu'il s'assimile? Non. L'économie ne s'assimile rien par force. Si l'on injecte de l'albumine dans le sang d'un animal, cette albumine est éliminée par les urines. Le sucre donné avec excès ou injecté dans les vaisseaux passe également dans les urines, au lieu d'être assimilé.

Ainsi le fer pénètre dans le sang, mais il ne s'y arrête pas; d'ailleurs la quantité qui est absorbée est à peu près nulle, d'après les expériences de M. Natalis Guillot, puisque cet observateur a constamment retrouvé dans les matières fécales la presque totalité du fer ingéré dans l'estomac.

Donc, bien que le fer soit d'une incontestable utilité dans le traitement de la chlorose, on n'a pas encore démontré le mode d'action de ce médicament, pas plus que celui de tous les autres agents de la matière médicale.

Deux chimistes illustres, Liebig et Dumas, ont fait jouer un rôle exagéré à la chimie dans la thérapeutique. La chimie ne doit pas diriger la médecine; elle doit seulement l'éclairer. Et pourtant Dieu sait s'il en est ainsi! M. Garrod publie un livre sur la goutte, où il professe que cette maladie dépend d'un excès d'urate de soude dans le sang. De là, la médication chimique, que tout le monde connaît; de là ces drogues innombrables : colchique, sirop de Boubée, pilules de Lartigue, remède de Laville, etc., qui ont tué autant de goutteux que les eaux de Carlsbad et de Vichy.

A ce propos, l'orateur fait observer que les eaux les plus vantées contre la diathèse urique : Vichy, Vals, Carlsbad, Pougues, Contrexéville, produisent des effets qui varient en raison inverse de leur alcalinité. Au reste, rien n'est plus commun que des guérisons obtenues par des eaux autrement minéralisées ou même qui ne le sont pas du tout, telles, par exemple, que Plombières et Bagnères-de-Bigorre, qui ne sont guère plus minéralisées que l'eau de la rivière. Comment, avec une théorie purement chimique, expliquera-t-on qu'un malade, qui a passé une saison à Vichy ou à Pougues, reste un an sans rendre de calculs? Dira-t-on que l'acide urique est encore neutralisé par l'alcali de ces eaux? Mais évidemment cet alcali n'est plus dans le sang depuis longtemps!

Pour les dyspepsies, mêmes incertitudes. On administre souvent de l'eau de Vichy, de l'eau de Pougues, des sels alcalins, dans le but de neutraliser l'acidité du suc gastrique en excès. Eh bien! M. Claude Bernard a démontré que si l'on donne un sel alcalin à un chien ayant une fistule stomacale, ce sel neutralise à l'instant le suc gastrique, il est vrai; mais à l'instant aussi il se fait un écoulement plus abondant de suc gastrique, de telle façon que le plus sûr moyen de remplir l'estomac de suc acide serait peut-être de donner un sel alcalin.

Pourquoi une métrorrhagie s'arrête-t-elle sous l'influence des affusions froides? Pourquoi le flux menstruel se supprime-t-il après l'ingestion d'un verre d'eau froide dans l'estomac? Nous n'en savons rien. Savons-nous davantage d'où vient l'incontestable puissance de l'hydrothérapie, et pourquoi les armatures métalliques appliquées sur un membre décuplent sa force musculaire, et cela dans l'espace d'une demi-minute? Pourquoi l'irritation produite sur la muqueuse gastrique par le contact de l'ipécacuanha, du tartre stibié ou du sulfate de cuivre, fait-elle entrer en convulsion tous les muscles respirateurs, et détermine-t-elle le vomissement? Nous n'en savons rien. La chimie pourrait-elle expliquer de semblables phénomènes? Comment les mouvements de la valse, de l'escarpolette et le roulis d'un vaisseau provoquent-ils des vomissements et le vertige? Comment le chatouillement prolongé de la plante des pieds fait-il mourir? Toutes les explications physiques ou chimiques qu'on pourrait donner de ces phénomènes sont insoutenables; mieux vaut confesser notre ignorance.

« On me dit, ajoute M. Trousseau : Vous démolissez toujours, vous n'édifiez jamais. D'accord! mais je déclare qu'il m'est impossible d'expliquer ce que vous voulez que j'explique.

» On me demande si je suis vitaliste ou organicien Je ne sais pas; je suis peut-être l'un et l'autre. Voyons. »

» Les divers agents de la matière médicale, mis en rapport avec les tissus vivants, produisent certains phénomènes. Ces manières d'être, ces forces manifestées par des formes spéciales, propres à la matière organique vivante, je les appelle *propriétés vitales*, et je crois n'exprimer ainsi que le fait même que j'ai sous les yeux.

» Dans l'ordre matériel, toute force suppose un substratum matériel. Il n'existe pas de force à l'état abstrait; la lumière ne peut se concevoir sans corps lumineux, la pesanteur sans corps pesant, etc. Ces forces peuvent être utilisées ou associées par l'intelligence humaine en vue d'un but à atteindre; l'homme, avec la matière brute, peut créer des fonctions téléologiquos, c'est-à-dire convergeant vers une action déterminée. L'horloger qui fait une montre, le mécanicien qui fabrique une locomotive, donnent des organes à la matière brute; ils l'animent ensuite par un ressort ou par la vapeur. Sous l'influence de ces forces les organes entrent en jeu; et une fois la montre montée et la locomotive chauffée, ces instru-

ments peuvent marcher sans l'intervention de l'intelligence qui les a organisés.

» Et, de même pour les êtres organisés, l'intelligence suprême, qui les a créés, a combiné les organes de manière à leur donner des fonctions téléologiques ; cette intelligence n'a besoin d'intervenir que pour l'agencement et l'adaptation de ces organes ; ceux-ci, une fois adaptés convenablement, fonctionnent en vertu même de leur arrangement et d'une manière en quelque sorte fatale ; il n'est plus besoin alors de l'intervention d'une intelligence supérieure et créatrice qui les guide. Leur mouvement, leur vie, sont la conséquence forcée de leur mode d'organisation. Ici quelques médecins et beaucoup de philosophes admettent l'influence nécessaire d'un principe *extrinsèque* auquel ils donnent le nom de *principe vital*. Ce principe, je ne le comprends pas, et je n'en vois aucunement la nécessité ; si vous l'admettez pour l'homme, soyez conséquents avec vous-mêmes, et admettez-le aussi pour le navet et pour le chou ! Ici donc, je suis complétement organicien, matérialiste : je supprime ce principe extrinsèque à la matière vivante dont je ne vois ni ne comprends l'utilité.

» Mais il est un système nerveux, qui constitue l'*animalité*, lien harmonique et mystérieux de tous les systèmes organiques, dont nous ne savons rien, ou presque rien, qui, mis en jeu par des causes physiologiques, pathologiques ou intellectuelles, introduit dans l'économie des perturbations imprévues et incalculables.

» Mais de ce que ces derniers phénomènes sont plus mystérieux, plus étranges, il ne s'ensuit pas qu'ils s'accomplissent en dehors des propriétés de la matière organisée et vivante. Ce sont des phénomènes plus complexes, et rien de plus.

» Si vous considérez que la plupart des agents de la matière médicale exercent une action sur le système nerveux, vous accepterez l'immense difficulté de l'interprétation. Vous ne vous hâterez pas d'expliquer cette action par des réactions purement chimiques ou par l'intervention d'une force vitale indépendante des tissus vivants. Vous deviendrez plus humbles dans vos explications et vous aurez le courage de confesser votre ignorance. Est-ce donc si difficile ?

» Que si vous tenez à nommer *dynamisme* les différents phénomènes, les manières d'être du système nerveux, d'accord ! Je suis dynamiste ; mais j'avoue que je ne comprends pas davantage les causes mystérieuses de ces phénomènes.

» Au lieu de discuter sur ces graves et insolubles questions, comme les conciles œcuméniques d'autrefois, nous ferions mieux d'examiner purement et simplement, de nous en tenir d'abord à la constatation des faits, puis nous philosopherons, s'il est possible, en cherchant à ne pas trop nous écarter des limites du raisonnable.

» En thérapeutique, l'expérimentation doit être le point de départ ; la systématisation ne doit venir qu'ensuite ; c'est ainsi que par la déduction nous arriverons à des notions d'une immense valeur. On a guéri d'abord empiriquement ; c'est ainsi qu'ont débuté les médications les plus actives et réputées les plus rationnelles. Avant d'édifier la médication dite substitutive, on a introduit empiriquement des collyres irritants dans l'œil enflammé ; avant de traiter le goître et la syphilis tertiaire par l'iodure de potassium, on les guérissait empiriquement par l'éponge brûlée. Ne soyons pas plus ambitieux que cela, et nous ferons de la bonne thérapeutique.

» Je me résume et je dis : La thérapeutique sera d'autant plus près de la vérité que l'on se décidera plus franchement à confesser son ignorance relativement au mode d'action intime des remèdes ; que l'on étudiera plus spécialement chaque médicament ; que l'on sera plus servilement attaché à l'expérimentation ; ce qui n'exclut ni la spontanéité de la direction primitive des expériences, que l'on doit conduire et qui ne doivent pas nous conduire, ni la sagacité dans la recherche, ni les déductions philosophiques. »

La séance est levée à cinq heures.

V

BIBLIOGRAPHIE.

DIVERSES PUBLICATIONS SUR L'HYDROLOGIE MÉDICALE.

(Suite. — Voir les numéros 21 et 22.)

6° **L'eau d'Allevard et les stations d'hiver au point de vue des maladies des poumons,** par le docteur LAURE (d'Hyères). Broch. in-8°, Paris, 1859. — Chez Victor Masson.

7° **De l'action thérapeutique des Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire**, par le docteur EDOUARD CAZENAVE. Broch. in-8°, Paris, 1860. — Chez Labé.

8° **Des eaux minérales de Salins,** par le docteur DUMOULIN. 1 vol. in-12, Paris. — Chez Poitevin.

9° **De l'eau minérale iodo-bromurée calcaire de Saxon-en-Valais** (Suisse), par M. O. HENRY, pére. Broch. in-8° de 20 pages, Paris, 1860.

10° **De l'emploi thérapeutique de l'eau d'Alet,** par le docteur ÉDOUARD FOURNIER, 5e édition. 1 vol. in-12, Paris, 1860. — Chez Dentu.

11° **Eaux minérales ferro-crénatées de Fontaine-Bonneleau** (Oise). Broch. in-12 de 10 pages, Paris, 1860.

12° **Eaux minérales ferrugineuses de Neuville-sur-Saône** (RHÔNE). Broch. in-12 de 6 pages, Paris, 1860.

13° **Observations de maladies des articulations, traitées par les boues thermominérales sulfureuses de Saint-Amand,** par le docteur CHARPENTIER. Broch. in-8°, Paris, 1860. — Chez Jules Masson.

— Allevard, si l'on en croit la brochure de M. Laure, est surtout une station d'avenir. La nature s'est montrée singulièrement prodigue envers cette localité, et si l'art, secondé par les capitaux, venait en aide à la nature, Allevard compterait aisément au nombre des établissements hydrologiques les plus importants de la France. Minéralisation sulfhydrique abondante, source copieuse, climat tempéré, conditions météorologiques excellentes, riants coteaux, fraîches vallées, sites pittoresques, excursions charmantes, en un mot, tout ce que les Alpes offrent à la fois de plus gracieux et de plus imposant : tels sont les titres d'Allevard à l'estime des médecins et à l'enthousiasme des malades. Cette station, dit M. Laure, « ne doit rien au patronage, à l'éclat des noms et à la mise en train... Qu'un palais thermal s'élève au lieu des bâtiments qui ne répondent plus au besoin du confort, et bientôt Allevard sera le rendez-vous du malade qui veut guérir et du monde élégant qui recherche en été le repos, l'air pur, la distraction. » En attendant, le directeur de l'établissement fait de son mieux pour suppléer à l'insuffisance de l'installation balnéaire et pour satisfaire à toutes les indications de la médication hydrothermale. « On a emprunté à Aix les manœuvres perfectionnées de la douche et du massage, à la Suisse et la cure et les bains de petit-lait, au Mont-Dore les salles d'aspiration, aux Pyrénées l'emploi des pédiluves répétés, aux Allemands la boue minérale et l'exercice après chaque boisson, à Bagnères-de-Bigorre l'injection combinée à l'étuve et au bain. Mais ce qui appartient en propre à Allevard, c'est l'inhalation froide que nulle eau ne permet de rendre aussi complète. »

L'eau d'Allevard est-elle iodée ? M. Chatin dit oui (on devait s'y attendre quand même) ; mais M. Laure dit presque non. Ce médecin estime que les sources d'Allevard sont assez riches de leur principe sulfureux, sans qu'il soit nécessaire de leur faire l'aumône de quelques molécules d'iode. Il blâme très sagement cette tendance, trop générale de nos jours, à attribuer à chaque source les éléments et les propriétés de toutes les eaux. « Abandonnons, dit-il, aux sources iodées les indications qui réclament l'iode ; il est douteux que les eaux sulfurées gagnent beaucoup à l'addition d'un

atome d'iode, au moins quand on veut les appliquer aux affections de la poitrine. » Et à ce propos, une catilinaire des plus véhémentes contre la médication iodée dans le traitement de la phthisie pulmonaire. « L'iode, suivant M. Laure, excite la toux, augmente la fièvre, expose à l'hémoptysie et précipite le travail de la tuberculose. » On sait que M. Piorry enseigne exactement le contraire.

L'auteur conteste, chemin faisant, l'utilité pratique et la légitimité de la distinction des eaux sulfurées en sodiques ou naturelles, et en calciques ou accidentelles, établie par M. Fontan. A son avis, « toutes les sources minérales se composent de la même façon, quels que soient la base et le point de départ. » Il s'élève surtout avec énergie contre la prétention exagérée de faire de Luchon « la reine et le type des eaux. »

Et même, comparant l'eau d'Allevard aux eaux sulfureuses des Pyrénées, au point de vue du traitement des affections thoraciques, M. Laure accorde à la première une supériorité marquée, qu'elle doit à sa plus grande richesse en acide sulfhydrique *libre*, à sa température qui est celle des eaux hypothermales (16°), et qui en facilite singulièrement la tolérance, à l'altitude de la localité, à la pression atmosphérique, à l'absence du froid, toutes conditions très favorables aux fonctions de l'hématose.

Quelques considérations pratiques sur la *cure* par les eaux d'Allevard, et de très sages conseils aux baigneurs qui fréquentent cette station, complètent l'intéressante étude de M. Laure.

L'auteur consacre aussi deux chapitres aux stations d'hiver, au point de vue des maladies des poumons. Le premier chapitre est une espèce de petit réquisitoire contre les voyages maritimes, les pays intertropicaux, les climats de l'Égypte, de l'Algérie, de la Sicile, de Madère, de Naples, de Venise, de Florence, de Pise, de Nice, de Cannes, d'Amélie, du Vernet, de Pau et de Montpellier. Le deuxième chapitre est une apothéose d'Hyères.

En somme, le sens et le but de la brochure que je viens d'analyser peuvent se résumer en ces termes : deux pays conviennent essentiellement aux pulmoniques : Allevard en été, Hyères en hiver. Cette proposition est développée avec un tel accent de conviction par le docteur Laure, que nous sommes persuadé qu'il l'a puisée tout aussi bien dans son zèle pour la science et son amour pour l'humanité, que dans ses sentiments patriotiques.

— Mais voici un très éloquent plaidoyer en faveur des Eaux-Bonnes, qui est bien de nature, si je ne m'abuse, à tenir Allevard en échec. C'est un mémoire présenté à la Société d'hydrologie, dans la séance du 5 mars dernier, par M. le docteur Édouard Cazenave. Sobre de détails théoriques et de considérations purement spéculatives, mais riche de six cents observations et de dix années de pratique, l'auteur préfère l'expérience au raisonnement et les preuves cliniques aux démonstrations méthodiques. Il laisse parler les faits, et c'est à eux qu'il demande la solution de ces deux questions : — « Les Eaux-Bonnes ont-elles une action spécifique réelle, directe, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, en général, et sur le tubercule en particulier ? — Quelles sont les conditions morbides qui réclament ou contre-indiquent leur application ? »

On sait avec quelle exagération, également fâcheuse, quelques médecins ont exalté et d'autres ont nié les propriétés curatives des Eaux-Bonnes dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Les assertions les plus contradictoires, les doutes les plus étranges ont été surtout émis à ce sujet dans le cours d'une vive discussion, au sein de la Société d'hydrologie (février 1858). C'est dans le but de convertir les incrédules, de raffermir les croyants dans leur foi ébranlée, et de ramener à de plus justes proportions la confiance outrée des optimistes, que M. Édouard Cazenave a composé ce travail essentiellement clinique, et basé sur quarante-cinq observations choisies, « recueillies avec la plus scrupuleuse exactitude et relatées avec la plus consciencieuse fidélité. » L'auteur s'est attaché avant tout à ne rapporter « que des cas où l'existence de la phthisie ne pouvait être révoquée en doute et où son diagnostic, la plupart du temps contrôlé par des praticiens d'un mérite incontestable, reposait non pas seulement sur la constatation exclusive de quelques altérations plesso-stéthoscopiques, mais encore sur la coexistence de ces signes pathognomoniques avec un ensemble de symptômes généraux diathésiques non équivoques, dominant l'organisme tout entier.

Sur ces 45 cas de phthisie pulmonaire, traités par les Eaux-Bonnes et observés aux différentes phases de la maladie, et sous ses différentes formes, on trouve : 24 guérisons confirmées, dont 22 à la période de crudité, une à la période de ramollissement, et une autre (*exceptionnellement*) au troisième degré ; — 18 cas de mort, et 3 cas dans lesquels la médication hydrominérale a exaspéré les symptômes sans amener la mort.

Après avoir discuté sévèrement ces faits, M. Édouard Cazenave en conclut que les Eaux-Bonnes sont efficaces dans le premier degré de la *phthisie pulmonaire torpide*, c'est-à-dire dans les cas où le tubercule, encore à l'état de crudité ou de granulations grises, se trouve greffé sur une constitution lymphatique ou scrofuleuse. Il ne s'inscrit pas en faux contre l'opinion de M. Darralde, qui considère les Eaux-Bonnes comme applicables à toutes les périodes de la phthisie ; mais « avant de partager l'avis de ce profond observateur, » il attendra « qu'un plus grand nombre de faits viennent modifier dans ce sens ses convictions actuelles. » Jusque-là, M. Cazenave déclare que les Eaux-Bonnes sont impuissantes, souvent même dangereuses, aux deux dernières périodes de la phthisie. Elles sont, ajoute-t-il, formellement contre-indiquées toutes les fois que la tuberculose revêt la forme *éréthique* (aiguë).

L'auteur donne, d'après M. Filhol, une analyse toute récente des Eaux-Bonnes, qui diffère sensiblement de celle qu'en a donnée M. O. Henry en 1856. Cette différence, qui porte particulièrement sur l'*état* de l'agent sulfureux (*acide sulfhydrique libre*, suivant M. Henry, *sulfures de sodium et de calcium*, d'après M. Filhol), s'explique très bien par la raison que M. Henry a opéré sur de l'eau minérale *transportée*, tandis que M. Filhol a fait ses recherches à la source même. Il est inutile d'ajouter que la dernière analyse, pratiquée dans des conditions si favorables, doit annuler les analyses précédentes.

M. Cazenave, agitant la question de savoir à quel principe les Eaux-Bonnes empruntent plus particulièrement leur vertu thérapeutique sur la phthisie pulmonaire, combat l'opinion de M. A. Latour, qui tendrait à faire jouer le rôle le plus actif au chlorure de sodium, dont elles renferment des proportions assez élevées (0gr,2640 pour 1 litre). Persuadé qu'une eau minérale est un médicament complexe, et que sa puissance thérapeutique ne dépend pas absolument de l'action isolée du principe minéralisateur qui y prédomine, l'auteur est « porté à croire que le chlorure de sodium, outre l'action réparatrice et plastique qu'il exerce sur le sang diffluent et appauvri des phthisiques, puise encore une propriété spéciale dans son mode mystérieux d'association moléculaire avec les autres éléments minéralisateurs qui entrent dans la constitution chimique des Eaux-Bonnes. »

Une tendance qui domine tout le travail de M. Cazenave et que nous avons signalée aussi dans la brochure de M. Laure (d'Hyères), c'est de chercher à circonscrire plutôt qu'à étendre le cercle des attributions de la médication thermale, et de déterminer rigoureusement la vertu thérapeutique de chaque source plutôt que d'en faire une sorte de panacée, bonne à guérir tous les maux et toutes les infirmités. C'est en suivant sagement cette méthode que M. Édouard Cazenave s'est « efforcé de restreindre dans ses véritables limites les prétentions thérapeutiques des Eaux-Bonnes, en assignant à leurs applications toute la précision que lui a suggérée l'observation clinique. »

— Si les eaux réputées salutaires contre la phthisie pulmonaire devaient réellement leurs propriétés curatives à leur chloruration sodique, il n'en serait guère de plus efficaces que les eaux de Salins. Nous verrons plus loin si l'expérience en a décidé ainsi.

Salins, comme on le sait, est une station toute récente. L'installation de cet établissement balnéaire, due à l'intelligente et bienfaisante initiative de M. de Grimaldi, ne date que de deux ans. Déjà, l'an dernier, nous avons eu l'occasion de parler de Salins (*Gazette hebdomadaire*, t. VI, p. 430), à propos d'une intéressante notice de M. le docteur Léger. Ce travail, bien qu'il ne fût et ne

pût être qu'une première ébauche, faisait concevoir les plus belles espérances pour l'avenir des nouveaux thermes, rivaux de Hombourg, de Kreutznach, de Wiesbaden et de Nauheim. Une étude plus complète des eaux de Salins, entreprise par un jeune et intelligent confrère, M. le docteur Dumoulin, n'a pas tardé à justifier les favorables prévisions de M. Léger. Dans l'excellente monographie qu'il vient de publier sur ce sujet, M. Dumoulin traite successivement de la topographie et du climat de Salins, de la nature et de la composition des sources salées et des eaux mères, de leurs effets physiologiques et de leurs propriétés thérapeutiques.

D'une analyse faite en juillet 1859 par M. Balard, il résulte que les eaux mères de Salins renferment, pour 1000 grammes, 3gr,22 centigrames de bromure de potassium, minéralisation bien supérieure à celle des eaux mères les plus avantageusement dotées. Dans un chapitre fort instructif, l'auteur aborde une question intéressante par sa nouveauté et par ses résultats pratiques, à savoir : la comparaison des sources et des eaux mères de Salins avec l'eau de la mer et avec plusieurs eaux bromo-chlorurées sodiques, au triple point de vue de leur composition chimique, de leur mode d'emploi et des applications thérapeutiques. De ce parallèle il ressort : 1° que l'eau des sources de Salins, bien que plus riche en chlorure de sodium que l'eau de la mer, peut être parfaitement supportée par l'estomac, tandis que l'eau de mer ne peut l'être ; 2° que le bain de mer, n'étant administré que sous forme d'immersion, constitue seulement un moyen hydrothérapique et un agent d'hygiène et de prophylaxie, tandis que les bains de Salins, pris dans une baignoire, agissent tout particulièrement par leurs principes minéraux, à la manière des agents les plus précieux de la thérapeutique ; 3° que les eaux de Salins, entièrement dépourvues de sels de chaux, l'emportent de beaucoup sur les eaux de Kreutznach et de Nauhoim, dont la forte minéralisation calcique neutralise en partie l'action des bromures et ne peut exercer qu'une influence fâcheuse sur les malades soumis à la médication bromo-chlorurée. On le voit, la comparaison est toute à l'avantage de Salins. Aussi, M. Dumoulin n'hésite-t-il pas à déclarer que, sous le rapport de la valeur thérapeutique, aucune eau du même genre ne peut rivaliser avec celle de cette localité.

L'auteur s'étend sur le mode d'administration des eaux de Salins, qui se donnent en bains, en douche, en piscine et en boisson. A l'intérieur, on donne l'eau de la source, soit pure, soit coupée avec du vin ou quelque sirop ; à l'extérieur, on administre l'eau de source, quelquefois pure, mais le plus souvent additionnée d'eaux mères dans une proportion variable.

Dans le chapitre consacré à l'étude de l'action thérapeutique des eaux de Salins, M. Dumoulin s'applique à poser nettement les indications et les contre-indications de la médication bromo-chlorurée sodique. Selon lui, l'expérience et l'induction s'accordent à autoriser l'emploi des eaux de Salins dans toutes les maladies où l'iode est applicable, et plus spécialement dans les diverses manifestations de la scrofule. Conviennent-elles au traitement de la phthisie? Oui et non. Oui, s'il s'agit de la phthisie scrofuleuse; non, s'il s'agit de la phthisie essentielle. Pour M. Dumoulin, qui admet résolûment ces deux formes de phthisie, la question n'est point douteuse; mais elle reste encore à élucider pour ceux qui croient à l'unité du tubercule.

L'auteur, pour valider ses assertions du contrôle de l'expérimentation chimique, termine son consciencieux travail par une série d'observations recueillies près des eaux dont il s'est fait l'habile panégyriste. Nous sommes trop bon patriote et trop jaloux de l'honneur de la balnéologie française pour ne pas souhaiter à Salins l'avenir le plus prospère, et pour ne pas désirer aussi vivement que M. Dumoulin lui-même que le nouvel établissement ne s'élève bientôt au-dessus de la renommée de Nauheim et de Kreutznach.

— Une eau qui se rapproche un peu de la précédente par sa composition chimique et par ses propriétés médicales, c'est celle de Saxon en Valais (Suisse). Dans une publication toute récente, M. O. Henry se plaint amèrement de l'indifférence des médecins français pour l'eau de Saxon ; et comme cet habile chimiste est fermement convaincu que la thérapeutique pourrait en tirer les plus beaux avantages, il a résolu d'user de tout son crédit pour lui donner la vogue qu'elle mérite.

Le travail de M. Henry a été répandu avec une telle profusion dans le monde médical, que nous croyons pouvoir nous dispenser d'en parler longuement. C'est l'exposé de recherches chimiques minutieuses et habilement exécutées. Elles établissent d'une manière péremptoire : 1° que l'eau de Saxon est minéralisée principalement par des iodures et bromures de calcium et de magnésium en si haute proportion, que cette source « peut être considérée comme tout à fait *unique* jusqu'à présent ; 2° qu'elle renferme aussi un principe arsenical et quelquefois des traces plus ou moins manifestes d'un élément sulfureux. » Cette eau, ajoute l'auteur, paraît se minéraliser par le lessivage naturel d'une roche dolomitique iodo-bromurée calcaire. « Il est possible, avec cette roche réduite en poudre, de présenter sous la forme de tablettes, pommades, sachets, topiques, etc., des médicaments, soit internes, soit externes, qui viendront suppléer l'eau minérale de Saxon ou concourir avec elle dans les traitements divers obtenus par son action. » L'eau de Saxon n'est pas altérable à l'air et peut être conservée longtemps en bouteilles sans éprouver d'altération.

Dans son enthousiasme, M. O. Henry s'écrie que « Saxon prendra un jour rang à côté des premières eaux naturelles du monde. » Nous désirons de tout notre cœur que cette prophétie s'accomplisse. Mais il faudrait peut-être pour cela que le témoignage si favorable de la chimie fût corroboré par une démonstration clinique, plus complète que le simple *résumé* qui termine, en manière d'appendice, la brochure de M. O. Henry. En attendant, nous accordons la plus entière créance aux paroles de MM. les docteurs Grillet et Clairvaz, qui affirment que l'eau de Saxon est d'une merveilleuse efficacité contre les diathèses scrofuleuse et syphilitique, la goutte, le rhumatisme chronique et les engorgements viscéraux.

— S'il est des médecins en France qui ne connaissent point l'eau d'Alet, qu'ils ne s'en prennent qu'à eux-mêmes : c'est qu'ils n'auront pas voulu se donner la peine de jeter les yeux sur les prospectus ou les notices que n'aura pas manqué de leur adresser courtoisement l'*administration centrale* de la susdite eau. Il est probable que nous n'apprendrons rien de nouveau à nos lecteurs en leur disant que l'eau d'Alet est bicarbonatée calcaire, et qu'elle convient surtout aux estomacs dyspeptiques, au même titre que les eaux de Condillac et de Saint-Galmier. Il est vrai que nous lisons, dans une petite brochure verte, que l'eau d'Alet est sans pareille dans la convalescence des maladies aiguës, dans la migraine, dans la chlorose et dans l'état nerveux ; mais nous nous défions un peu d'une brochure dont l'auteur oublie de se nommer; car, au premier abord, nous avions cru, sur la foi du titre, que l'ouvrage était de notre honorable confrère M. Fournier ; mais en parcourant l'*introduction*, nous avons découvert la phrase suivante, qui a dissipé toutes nos illusions : « C'est, est-il écrit page 14, *d'après les observations recueillies* par l'inspecteur de l'établissement thermal, M. le docteur Fournier..... que *nous* allons développer les indications thérapeutiques de l'eau d'Alet. Quoi qu'il en soit, nous tenons cette eau en grande estime et nous la prescrivons avec succès aux personnes atteintes de dyspepsie ou d'anorexie ; et comme c'est le cas assez fréquent des convalescents, des chlorotiques et des gens nerveux, il en résulte que l'eau d'Alet est d'un emploi très utile dans ces circonstances. Mais, pour Dieu ! n'en faites pas une sorte de spécifique contre la migraine, la chlorose et les états névropathiques !

— *Fontaine-Bonneleau!* C'est le nom d'une station thermale dans le département de l'Oise ! Bonneleau, quel nom d'heureux augure pour une source thermale ! Espérons que le village de *Crèvecœur*, son voisin, ne lui portera pas malheur. Cette eau, d'après une analyse de M. O. Henry, est ferro-crénatée calcaire et renferme, par surcroît, des traces d'arsenic. Si l'on en croit la chronique, Fontaine-Bonneleau, honorée du patronage de Louis XV,

aurait expié chèrement, en 1789, les faveurs du roi bien aimé. Si la chronique dit vrai, nous souhaitons que Fontaine-Bonneleau soit dédommagée de sa disgrâce imméritée par une nombreuse affluence de buveurs insatiables et de baigneurs fanatiques.

— Encore une eau ferrugineuse; mais celle-ci est dans le département du Rhône, et s'appelle Neuville. « Le propriétaire de ces eaux, dit la notice, n'a reculé devant aucune dépense pour procurer de l'agrément aux promeneurs. Outre le charme de la promenade dans le parc, il y aura, deux fois par semaine, une excellente musique qui fera entendre des symphonies; *des chaises seront à la disposition des amateurs.* » Excellent propriétaire! je m'empresse de vous annoncer qu'en récompense de votre sollicitude pour les *promeneurs*, l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, vient de vous octroyer l'autorisation d'exploiter votre source, vos symphonies et vos chaises.

— M. le docteur Charpentier continue à vouer son zèle et sa plume à la glorification médicale des boues thermominérales sulfureuses de Saint-Amaud. Cette année, comme l'année précédente, il a publié une série d'observations soigneusement recueillies et tendant à démontrer l'efficacité de cette médication dans le traitement des maladies articulaires, suite de goutte, de rhumatisme ou de violences extérieures.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Dr A. Linas.

Considérations pratiques sur les maladies de la Guyane et des pays marécageux situés entre les tropiques, par le docteur Jules Laure, médecin en chef de la marine, en retraite, officier de la Légion d'honneur, brochure in-8° de 80 pages, Paris, 1859, chez Victor Masson.

La géographie médicale, — qui comprend l'étude de toutes les conditions pathogéniques auxquelles l'homme peut être exposé sur les différents points du globe, suivant la latitude, l'élévation de la mer et les influences climatériques propres à chaque pays,—est une science moderne dont les fondements sont à peine posés, mais qui acquiert chaque jour une plus grande importance. C'est à la médecine navale, appelée à porter son action sur les régions les plus éloignées, qu'il appartient surtout de féconder ce germe puissant. Cependant la médecine de l'armée, quoique plus circonscrite dans l'espace, est aussi appelée à parcourir des contrées variées, et les conditions morbides les plus diverses peuvent se présenter sur tous les rivages où nos troupes ont accès. Il nous importe donc d'approprier aux besoins de l'armée de terre toutes les découvertes, toutes les idées pratiques que la médecine navale peut devoir à sa position tout exceptionnelle.

Le sujet traité par M. Laure n'est point neuf pour nous, et l'occupation de l'Algérie a déjà permis de recueillir, sur l'influence des agents marématiques, de nombreux et importants documents. Aussi, à côté de quelques points de vue nouveaux, nous ne verrons guère, dans ce travail, qu'une conformation des données théoriques et pratiques dues à la médecine algérienne. La science a plus à gagner à reconnaître la justesse d'une observation qu'à renverser tout ce que l'expérience avait force de reconnaître.

La Guyane offre, à un haut degré, la réunion de toutes les conditions génératrices des affections intermittentes, chaleur, humidité, miasme végétal. C'est un climat chaud et constant. Les pluies abondantes qui tombent d'octobre à juillet, et les grands cours d'eau qui sillonnent la contrée lui communiquent un haut degré d'humidité. Enfin, les miasmes résultent d'une végétation luxuriante, dont les débris, transportés par les débordements, s'accumulent dans les bas pays, où ils forment les couches superficielles du sol. Humidité qui dissout ces miasmes, calorique qui volatilise l'eau qui s'en est imprégnée, voilà tout le secret des conditions qui rendent si meurtrier le climat de la Guyane. Ce miasme réagit-il sur les humeurs à la manière des ferments, comme le pense M. Laure? Nous sommes moins explicite. Le miasme exerce une funeste influence, chacun le sait; mais, sur le mode d'action de cette influence, on ne peut encore émettre que de vagues théories.

La classification des fièvres par l'auteur s'éloigne peu des idées classiques. Pour lui, la fièvre pernicieuse est une intermittente simple, à laquelle s'ajoute un accident particulier, cessant dans la rémission, et toujours grave. Cette définition est une pétition de principe.

M. Laure appelle, avec raison, l'attention sur l'état du sang dans les nécropsies. Ce liquide est noirâtre, poisseux; il détermine dans les organes des ecchymoses, des infiltrations, des plaques gangréneuses, des hypérémies. Le volume du foie et de la rate n'est qu'un effet de leur vascularisation, et souvent, après avoir offert pendant la vie un volume insolite, on les voit rétractés après la mort.

La médication héroïque est le sulfate de quinine, précédé, quand les accidents permettent d'attendre, d'un éméto-cathartique. L'auteur conseille aussi le bain d'enveloppe, les pédiluves et les ventouses. Il a expérimenté tous les succédanés que fournit la flore indigène, et qui semblaient mériter quelque confiance; aucun d'eux ne lui a donné de résultats satisfaisants.

Pourquoi M. Laure fait-il figurer la fièvre typhoïde dans son tableau, puisqu'il reconnaît lui-même qu'elle ne provient jamais d'influences propres au climat, mais bien d'un principe toxique né au milieu de circonstances connues, évitables, presque toujours dans des conditions de mauvaise hygiène? Cette affection était exceptionnelle à la Guyanne avant la transportation des condamnés dans les établissements pénitentiaires. L'éruption intestinale est moins constante qu'en Europe, et la marche de la maladie emprunte certains caractères aux fièvres endémiques du pays.

La cachexie palustre se manifeste par des phénomènes dont les variétés ne sont pas moindres que celles de la *maladie mère.* C'est qu'à l'action palustre viennent se joindre de nombreuses influences morbides : « alimentation insuffisante ou mauvaise, salaisons, farines, fruits, excès alcooliques, affections des voies digestives, pertes, hémorrhagies, humidité, vie sédentaire.... Cette étiologie fait comprendre pourquoi la cachexie est si commune chez les enfants du premier âge. » Nous ne saurions reproduire le tableau que l'auteur trace de la cachexie palustre; il en fait une peinture fidèle et saisissante qu'il faut lire, mais qui ne pourrait se prêter à l'analyse.

L'hépatite est peu commune à la Guyane. M. Laure explique ainsi cette rareté, comparée à la fréquence de cette affection au Sénégal. C'est le résultat « de circonstances opposées dans les deux climats. A la Guyane, où le sol, couvert de forêts, est inondé pendant huit mois, une belle végétation maintient partout l'humidité; la température moyenne annuelle, de 28 degrés centigrades, préserve également de l'excès de chaleur et des transitions brusques; on doit à ces conditions le repos du foie et la guérison banale des dysenteries. A Saint-Louis et à Gorée, le terrain sablonneux, ne conservant pas l'humidité, l'air sec et brûlant contient plus de poussière que de vapeur d'eau; la température du jour est extrême; la nuit est froide à cause du rayonnement. De ces mouvements de l'atmosphère résultent chaque jour des suppressions de sueur et des engorgements; la digestion languit, l'hématose est imparfaite et la fonction biliaire activée dans les mêmes proportions. Le foie recevant, en outre, le contre-coup des irritations gastro-intestinales et cutanées, l'hépatite est endémique et se mêle à toutes les maladies. La dysenterie est permanente à la Guyane. « L'expérience apprend à ménager le sang sous l'équateur; elle veut que la saignée se borne aux ventouses, à quelques sangsues, quand le rectum est sensible ou fluxionné. L'ipéca est à la dysenterie ce que la quinine est à la fièvre intermittente.

L'opium, qui calme la douleur et diminue les sécrétions, agit d'autant mieux qu'il n'est modifié par aucun mélange.

La colique sèche ou végétale se rattache encore à l'endémie palustre; elle règne exclusivement dans les pays marécageux situés sous le tropique, et la fièvre intermittente est son point de départ habituel. L'auteur donne un tableau saisissant de cette douloureuse affection, qu'il considère comme une sorte de tétanos intes-

tinal plus voisin du paroxysme nerveux que de l'accès intermittent.

L'humidité de la saison pluvieuse complique l'endémie d'un état catarrhal qui devient parfois, chez les noirs, une pleuropneumonie à marche insidieuse et grave. La phthisie aiguë enlève un tiers de la population; c'est donc une funeste erreur qui fait souvent diriger sur les Antilles les jeunes soldats et marins menacés d'affection de poitrine; ils ne revoient jamais la France. L'angine folliculeuse accompagne la plupart des maladies chroniques du larynx et des poumons.

L'insolation est sans effet sur les noirs, et l'auteur affirme qu'on a beaucoup exagéré son influence et sa gravité sur les Européens; toutes les pyrexies étaient confondues, à Cayenne, sous le nom de *coup de soleil*.

Mais les influences morbides diffèrent notablement suivant les races; tandis que l'Européen est soumis à l'impaludation et n'acquiert jamais le privilége complet de l'acclimatement, le nègre vit impunément au milieu des marais et brave le soleil le plus ardent. L'auteur rappelle à ce sujet qu'il n'y a pas de fièvre intermittente chez les animaux, même les plus élevés, rapprochement peu flatteur pour l'intelligence des noirs. Par une triste compensation, les affections de poitrine prennent chez eux une extrême gravité; par l'effet de leur tempérament lymphatique, ils sont sujets à la lèpre et à l'éléphantiasis, fléaux de la Guyane. En résumé, bien que le noir soit dans son élément, il supporte une bien plus grande mortalité proportionnelle que les Européens; il aura disparu du sol dans un temps qu'on pourrait calculer.

VI

VARIÉTÉS.

— La Société anatomique a, dans sa séance du 1er juin, procédé aux élections pour le renouvellement du bureau qui, en conséquence, se trouve composé comme il suit :

Président perpétuel, M. le professeur Cruveilhier. — *Vice-président*, M. Charrier. — *Secrétaire*, M. Genouville. — *Vice-secrétaire*, M. Besnier. — *Trésorier*, M. Blain des Cormiers. — *Archiviste*, M. Poumet.

MM. Millard, Trélat, Vidal, Parmentier, Perrin (Maurice) et Dufour, ont été nommés membres du comité d'administration et de publication.

— L'Académie royale de médecine de Belgique, dans sa séance du 28 avril dernier, a procédé à l'élection de plusieurs membres titulaires et de membres correspondants étrangers. Parmi ces derniers, nous remarquons la nomination de nos confrères, MM. Hippolyte Larrey, et le docteur Ed. Burdel (de Vierzon).

— Dans sa séance du 1er juin, l'Association générale des médecins de France a statué sur l'admission des membres dont les noms suivent : MM. Bourguignon, Briquet, Dechambre, Ferrus, Gouyon, Gimelle père, Hillairet, Huguier, Hurteaux, de Kergaradec, de Langenhagen, Poggiale, Pelouze, Vallerand de la Fosse, Violette, Verjon, Furnari, Vergnes, Cazalas, Beaudouin, Garnier, Corne, Hounau, de Combarieu.

— Par décision du 25 mai 1860, la Société médicale de la Moselle a décerné une médaille d'or à M. le docteur Eug. Moynier, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, pour son travail sur *les accidents de la rougeole et de la scarlatine, leur nature et leur traitement*. Elle a de plus arrêté que ce mémoire serait imprimé aux frais de la Compagnie.

— Le conseil municipal de la ville de Strasbourg, dans sa séance du 18 mai, a adopté le projet d'une construction nouvelle destinée à réunir, dans un bâtiment situé en face de l'hôpital civil, l'administration de la Faculté de médecine, placée aujourd'hui rue de l'Écarlate, et les différents services qui se trouvent encore à l'Académie. Le conseil, acceptant la subvention de 60 000 francs accordée par le ministre de l'instruction publique, a voté la somme jugée nécessaire pour l'acquisition de l'emplacement et l'exécution des travaux.

— M. le docteur Mélier, inspecteur général des eaux minérales, se dispose à partir pour la Savoie, afin de préparer l'application des institutions médicales françaises aux divers établissements thermaux de cette contrée.

— On nous assure que M. le docteur Izarié, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), vient de donner sa démission, et que l'inspection des eaux minérales de Bagnols (Lozère) va être très prochainement vacante. (*Gazette des hôpitaux*.)

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'asile des aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). Les avantages consistent dans le logement, la nourriture, l'éclairage, le chauffage, le blanchissage, et en un traitement annuel de 600 francs. Les candidats doivent avoir vingt et un ans révolus et compter au moins dix inscriptions.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. — Novembre. Sur l'ovariotomie, par *Wells*. — Sur la hernie crurale étranglée, par *Wilmot*. — Sur le travail compliqué d'hémorrhagie, par *Purefoy*. — Recherches pathologiques, par *Richardson*. — Sur le fongus syphilitique du testicule, par *West*. — Sur le traitement des anévrysmes par la compression indirecte, par *Cusack*.

AMERICAN MEDICAL MONTHLY. — Novembre. Monographie sur la scarlatine, par *Parker*. — Remarques sur les maladies des tropiques, par *Van Archen*. — Sur les varices et les ulcères variqueux, et leur traitement par la teinture de perchlorure de fer, par *Kelly*. — Remarques sur un cas de mal de Pott, par *Davis*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — Novembre. Propriétés toxiques de l'écorce de l'*eritrophleum judiciale*, par *Mitchell*. — Cas chirurgicaux, par *Bailey*. — Cas d'épilepsie, par *Cornell*.

CLEVELAND MEDICAL GAZETTE (États-Unis). — 1859. — Novembre. Pathologie et traitement du bec-de-lièvre, par *Friedberg*. — Résection du tiers supérieur du péroné, par *Weber*.

NEW-ORLEANS MEDICAL NEWS AND HOSPITAL GAZETTE. — N° 9. Clinique, par *Flint*.

NEW-YORK MEDICAL PRESS. — N° 11. Accouchements (suite). — Leçons sur les maladies de la moelle épinière, par *Taylor*. — 12. Jurisprudence médicale (suite). — 13. (Manque.) — 14. Programmes des cours, etc. — 15. Jurisprudence médicale (suite). — Observations diverses. — 16. Accouchements (suite). — 17. Jurisprudence médicale (suite). — Cliniques. — 18. (Manque.) — 19. Comptes rendus et observations. — 20. Accouchements (suite). — Cliniques. — 21. Cliniques. — 22. Accouchements (suite). — Traitement mécanique des déviations articulaires, par *Davis*. — 23 et 24. Accouchements (suite).

THE CINCINNATI LANCET AND OBSERVER. — Novembre. Nouvelle méthode pour réduire la hernie étranglée, par *Richardson*. — Traitement de la phthisie pulmonaire par la transfusion du sang, par *Haughton*. — Sur un accouchement compliqué d'emphysème, par *Reeve*. — Cas d'intussusception, par *Brooke*. — Fracture comminutive du maxillaire inférieur, par *Underwood*. — Mort par la piqûre d'un serpent, par *Kunkler*.

Livres.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par le docteur *Charpignon*. Brochure in-8. Paris, Germer Baillière. 1 fr.

DES VÉGÉTATIONS VULVO-ANALES DES FEMMES ENCEINTES, par le docteur *Ancelet*. In-8 de 8 pages. Paris, F. Savy. 50 c.

DE LA SCAPULALGIE, ET DE LA RÉSECTION SCAPULO-HUMÉRALE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT DE LA SCAPULALGIE, par le docteur *Péan*, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc., mémoire orné de 20 dessins intercalés dans le texte. Grand in-8 de 92 pages. Paris, Adrien Delahaye. *Franco*, par la poste. 3 fr. 50

DÉRIVÉS DU GOUDRON DE HOUILLE, étude chimique, médicale et industrielle, par *L. Parisel*. Brochure grand in-8 de 32 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr.

ÉLÉMENTS DE STATISTIQUE MÉDICALE MILITAIRE, par le docteur *Meynne*, médecin de régiment. In-8 de 100 pages. Bruxelles, Tircher. 2 fr. 50

O'TAÏTI : Considérations géologiques, météorologiques et botaniques sur l'île; état moral des Tahitiens; traits caractéristiques de leurs mœurs; végétaux susceptibles de donner des produits utiles au commerce et à l'industrie, et de procurer des frets de retour aux navires; cultures et productions horticoles; catalogue de la flore de Tahiti; grammaire et petit dictionnaire tahitien, par *G. Cuzent*, pharmacien de la marine. In-8 de 269 pages, avec 3 cartes et plans. Paris, Victor Masson. 4 fr.

ON ASTHMA : ITS PATHOLOGY AND TREATMENT (Sur l'asthme : sa pathologie et sa thérapeutique), par *H.-H. Salter*. In-8. Londres, Churchill. 14 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. | PARIS, 15 JUIN 1860. | N° 24.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, ce 14 juin 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR LE PERCHLORURE DE FER. — M. TOSCANO : DE QUELQUES PERFECTIONNEMENTS A APPORTER DANS LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS QUI SUIVENT L'OPÉRATION DE LA TAILLE. — NOUVELLE CANULE HÉMOSTATIQUE; COMPRESSION DIGITALE.

La discussion actuellement engagée à l'Académie de médecine a été ramenée par M. Devergie sur le terrain de l'action thérapeutique du perchlorure de fer. Son discours net, mesuré, de forme concise et d'argumentation serrée, a été généralement goûté. M. Devergie a rappelé qu'en réunissant tous les cas aujourd'hui publiés de *purpura hæmorrhagica* (la variété la plus grave de *purpura*) traités avec succès par le perchlorure de fer, on arrivait au chiffre de sept; ce sont donc trois observations à ajouter à celles de M. Pize (de Montélimart). C'est peu pour une question toute expérimentale; mais enfin l'on comprend que ce soit assez pour encourager les recherches. Sur le point théorique, notamment sur l'action coagulante du perchlorure, on verra que M. Devergie est arrivé aux mêmes conclusions que nous et à peu près par les mêmes raisons. Il a de plus montré que le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux fournissait lui-même d'excellents arguments à la thèse qu'il défend, et que précisément attaque M. Trousseau.

M. Poggiale a commencé un discours qu'il terminera dans la séance prochaine. Sur beaucoup de points, il n'a pu que répéter M. Devergie, qu'il avait remplacé à la tribune. Nous attendrons de connaître toute l'argumentation de l'honorable membre, si compétent sur la question chimique, et aussi d'avoir entendu M. Bouillaud, pour aborder les diverses questions de fait soulevées à côté de la question de principe.

Nous avons annoncé dans le dernier numéro deux lettres de M. Pize (de Montélimart), mais nous nous apercevons que l'une d'elles est tout à fait confidentielle; quant à l'autre, elle est relative à la question de priorité dans le traitement du purpura par le perchlorure de fer.

FEUILLETON.

Revue.

1° La Savoie médicale; rectifications et additions.

2° Rapports des inspecteurs des eaux minérales.

Nous avons dit que lorsque nous serions plus au fait de la *Savoie médicale*, nous n'aurions rien de plus pressé que d'en faire montre. Ce moment est venu. Quelques relations personnelles, mais surtout des documents imprimés, la *Statistique médicale des États sardes*, les *Comptes rendus de la commission d'inspection des eaux d'Aix*, ceux de la *Société médicale de Chambéry*, les *Bulletins de la Société d'histoire et d'archéologie* de la même ville, plusieurs brochures mises en réserve, nous ont infusé un peu du savoir qui nous manquait : *Doctus cum libro.* Malheureusement, et ce sera le châtiment de notre ignorance, ce savoir de fraîche date doit servir d'abord à rectifier quelques passages de notre premier article.

La première rectification concerne M. Burdin. La renommée qui marche sur la terre, mais qui a la tête dans les nuages,

Ingrediturque solo et caput inter nubila condit,

n'a jamais été plus enveloppée de ténèbres que le jour où elle nous a entretenus de cet honoré confrère. Quelqu'un nous avise que l'ex-adversaire du magnétisme, l'instituteur d'un prix de 3000 francs à l'Académie de médecine, vit dans la retraite à Chambéry. Comme nous le savions décédé, à telle enseigne que nous lui avions consacré quelques lignes dans la GAZETTE, nous mettons au passé ce qu'on nous avait donné au présent, et nous enterrons M. Burdin à Chambéry. Mais voilà qu'un avis nous arrive en toute hâte! M. Burdin n'est pas mort! On nous donne son adresse, on nous dit son âge et sa figure, on nous le décrit des pieds à la tête! Jugez de notre émoi. Est-il possible que nous ayons consommé cet assassinat? Nous consultons l'ANNUAIRE de l'Académie; plus de Burdin sur la liste! Nous interrogeons ses collègues : « Hélas! le pauvre homme n'est plus. » Nous courons à M. le secrétaire perpétuel :

« J'ai publié, dit notre honorable confrère, ma première observation sur l'action du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica* dans le *Moniteur des hôpitaux* du 10 février 1817. Ce n'est que dix mois plus tard qu'est parue une observation due à M. le docteur Bourguignon, quoique l'article qui la contient ait été publié par M. Deleau dans le numéro du 8 décembre 1857.

» M. Deleau avait d'ailleurs reconnu lui-même ma priorité dans le numéro du 14 février 1857, où il commençait une lettre en ces termes : « Je remercie d'avance M. le docteur Pize (de Montélimart) d'avoir eu l'heureuse idée d'utiliser le perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica*, etc. »

» Voilà donc la vérité sortie de la bouche même de M. Deleau et se traduisant par des remercîments auxquels j'ai été, d'ailleurs, fort sensible, et dont je remercie aujourd'hui à mon tour l'honorable médecin de la Roquette, qui, je le proclame avec plaisir, a contribué à vulgariser pour d'autres affections l'emploi du médicament en question. »

A. DECHAMBRE.

La canule à chemise de Dupuytren est un excellent moyen pour arrêter les hémorrhagies qui suivent l'opération de la taille; c'est un de ces moyens qui restent dans la pratique parce qu'ils sont à la fois simples et rationnels. On peut l'improviser partout avec un bout de sonde, un morceau de linge, et quelques bourdonnels de charpie, mais il faut cependant de grandes précautions et une certaine adresse pour l'employer efficacement dans quelques cas d'hémorrhagie rebelle; on a alors de la peine à maintenir dans le fond de la plaie une compression égale et régulière. C'est pour remédier à ces inconvénients et pour joindre à la compression l'action hémostatique du froid que M. Toscano a proposé et employé dans plusieurs cas un nouvel instrument, fabriqué d'après les principes de celui de Dupuytren, mais plus perfectionné et tout aussi simple dans son application. Cet instrument se compose : 1° d'une canule en gomme élastique présentant à ses deux extrémités un anneau d'argent creusé de canelures circulaires; 2° d'un manchon à chemise en caoutchouc vulcanisé, à la partie inférieure et latérale duquel se trouve un tube fermé par un robinet. Ce manchon se fixe autour de la canule au moyen d'un fil dont la striction est assurée par les cannelures transversales des anneaux métalliques. Le tube est destiné à permettre une injection d'air ou d'eau glacée. On comprend facilement l'action des fluides injectés. Ils exercent partout une compression égale, et s'ils sont froids, ils arrêtent l'hémorrhagie de deux manières. On a substitué le tissu de gomme élastique au métal, dans la construction de la canule, afin que l'instrument pût s'accommoder plus exactement et plus légèrement à la direction de la plaie.

M. Toscano cite trois cas d'hémorrhagie en nappe du fond de la plaie, dans lesquels la compression digitale, exercée pendant deux ou trois heures, fut suivie du plus complet succès. Il eut recours à ce moyen, parce qu'il n'avait pas d'instrument à sa disposition, ou bien parce que l'opéré ne voulait pas supporter une autre forme de compression. Ce moyen est certainement très ingénieux et d'une application encore plus simple que le précédent; mais il ne nous semble guère pouvoir être employé que comme moyen temporaire. Le doigt est bien un compresseur intelligent, sans doute, et souvent efficace dans certaines hémorrhagies veineuses; mais comme il n'est pas ici dirigé par l'œil du chirurgien, il perd par cela même un de ses plus précieux avantages. Dans les plaies étroites cependant, et en l'absence de tout autre instrument, l'exemple de M. Toscano pourrait être bon à suivre; mais un chirurgien sera rarement embarrassé lorsqu'il ne s'agit que d'improviser un moyen de compression directe.

Le chirurgien sicilien (revenant à une ancienne pratique depuis longtemps abandonnée) propose encore de maintenir une sonde dans le trajet de la plaie, pour éviter les douleurs qu'occasionne le passage de l'urine. Ces douleurs, généralement passagères, sont quelquefois très vives en effet, mais alors n'est-ce pas autant à la meurtrissure de la plaie qu'au fluide qui la baigne que nous devons les rapporter? Sans nier l'action irritante de ce fluide sur les plaies récentes, nous croyons qu'il ne faut pas en exagérer l'importance; et d'ailleurs, de deux choses l'une, ou la sonde sera mince, ou elle sera volumineuse au point de comprimer les tissus. Dans le premier cas, l'urine passera toujours entre la sonde et la plaie; dans le second, elle exercera une distension des tissus qui deviendra une nouvelle cause de douleur et d'irritation. Quoi qu'il en soit de la théorie, ce serait un moyen à essayer dans ces cas exceptionnels où les douleurs sont intolérables et persistent malgré tout ce qu'on a pu faire. On retirerait la sonde, si le malade n'éprouvait aucun soulagement; on la laisserait au contraire pendant un, deux ou trois jours, si son introduction amenait une diminution réelle des douleurs.

L. OLLIER.

« J'ai prononcé de ma propre voix un discours sur sa tombe. » — Il avait un frère? — Oui; mais je l'ai conduit également à sa dernière demeure. Dans cette perplexité, il n'y avait plus qu'une version de raisonnable, c'est que M. Burdin aîné, après être descendu aux enfers, en était revenu; et nous étions parfaitement arrêté à cette opinion, quand notre bonne étoile nous mit sur le chemin de M. Caffe. Ce fils de la Savoie nous a donné la clef du mystère. Les deux Burdin de Paris, morts en effet, étaient d'origine savoisienne; mais ils n'avaient aucun rapport de parenté avec le confrère du même nom dont le respect public entoure la vieillesse à Chambéry.

En parlant de M. Davat, nous avons mis en parallèle son procédé pour la suture des varices avec celui de M. Velpeau; mais sans toucher à la question de priorité, nous avions cru nous souvenir que ses études archéologiques ~~avaient~~ été le sujet de quelque publication, et sa brochure sur la réunion de la Savoie à la France était restée dans notre mémoire sous des couleurs peu favorables à l'annexion. Sur ces différents points, notre honoré confrère nous adresse quelques lignes que nous nous faisons un devoir de reproduire.

« Le RÉPERTOIRE MÉDICAL, *ou Nouveau journal analytique de* » *médecine et de chirurgie pratique* (Paris, avril 1831, p. 409, » 410, 411), établit que j'ai de bonnes raisons pour revendiquer » l'initiative de la découverte des nouvelles méthodes chirurgicales » propres à guérir les varices, et postérieures en 1830; MM. Velpeau et Breschet n'ont fait qu'employer le premier temps de mon » procédé. La compression ne guérit pas les varices sans retour, » à moins qu'on ne la pousse jusqu'à la sphacèle des surfaces serrées de la veine, et cette gangrène n'est pas sans danger grave. » (*Archives de médecine*, 1833.)

» Si j'ai collectionné les débris archéologiques de mon pays, je » n'ai rien fait imprimer sur eux, ne m'attribuez pas ces œuvres » éditées au delà de celles indiquées à la fin de mon compte rendu » des eaux d'Aix, année 1854. Enfin, membre du conseil général » du département, j'ai écrit sur l'annexion et non pas *contre l'annexion*. Un peuple dont le nom s'éteint après dix siècles de vie » honnête méritait un meilleur panégyriste. »

A ces rectifications de faits, nous devons en ajouter quelques-

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DOCUMENTS INÉDITS TIRÉS DES ARCHIVES DE L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE, publiés par M. AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. FRÉD. DUBOIS, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Observations de polypes naso-pharyngiens.

Chacun sait que l'ancienne Académie de chirurgie était au siècle dernier un centre où venaient converger la plupart des travaux écrits sur la pathologie externe et la médecine opératoire par les chirurgiens français, souvent même par les étrangers. Un nombre immense d'observations et de monographies furent adressées à la savante compagnie; mais ces documents eurent une fortune différente : les uns se retrouvent dans les MÉMOIRES si justement célèbres; les autres furent publiés par les auteurs eux-mêmes, soit dans les recueils périodiques d'alors, soit dans ces volumes d'OBSERVATIONS CHIRURGICALES si communs à cette époque; d'autres enfin furent utilisés par les titulaires de l'Académie, qui, en les joignant à leurs propres observations, en composèrent des mémoires signés de leur nom. Mais les choses se passant déjà à cette époque comme maintenant, bon nombre de ces matériaux furent renvoyés à des rapporteurs, qui ne firent pas de rapport ou ne conclurent pas, sans doute, à l'impression, de façon que pour ces travaux le jour de la publicité n'a jamais lui.

Il faut peut-être en accuser moins la négligence des membres titulaires que les fâcheuses dissidences intestines qui mirent tant d'entraves à la publication des volumes de la collection, dissidences que M. Frédéric Dubois (d'Amiens) a si bien exposées, et dont, sous ce rapport, bon nombre des membres de l'Académie furent eux-mêmes victimes (1).

Toujours est-il que les archives de cette célèbre société savante renferment beaucoup de matériaux encore inutilisés; véritables trésors à un double point de vue, d'abord parce qu'on y trouve des faits, puis que ces derniers jettent une certaine lumière sur l'histoire de notre art pendant une période peu connue, comprise entre l'époque où l'Académie était dans sa plus grande splendeur et celle où sa décadence manifeste précipita sa chute peut-être méritée.

M. le secrétaire perpétuel de l'Académie, avec une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, a bien voulu nous permettre de fouiller dans cette mine et d'en exploiter les filons. Non content d'avoir tant fait déjà pour sauver de la destruction et de l'oubli le fruit des labeurs de nos glorieux ancêtres en chirurgie, il a bien voulu nous autoriser à publier les articles qui nous paraîtraient de quelque intérêt, c'est une libéralité qui constitue pour notre personne une distinction flatteuse, mais qui, de plus, vaudra à M. Dubois (d'Amiens) la reconnaissance de tous ceux qui sont sensibles à la prospérité scientifique de la chirurgie.

(1) Voir les consciencieuses études historiques et critiques intitulées : *Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie de 1750 à 1792*, par A. Louis, publiés avec introduction, notes et éclaircissements, par E.-Fr. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1859.

Ces fragments seront publiés sous les auspices de M. le secrétaire perpétuel. Un tel patronage suffira pour établir leur rigoureuse authenticité. Pour nous, simple éditeur, nous reproduirons le plus souvent le texte pur, et si parfois nous l'abrégeons, ce ne sera qu'en supprimant des détails à la fois prolixes et insignifiants, encore serons-nous sobre de ces contractions. Nous nous permettrons néanmoins de commenter quelquefois l'original: mais on distinguera sans peine du texte primitif les remarques qu'il nous semblerait utile de présenter.

Nous n'adopterons aucun ordre régulier dans la publication de ces documents, et, s'il faut l'avouer, nous nous laisserons souvent guider par la direction de nos études du moment. Lorsqu'une question de chirurgie se trouvera à l'ordre du jour, nous irons volontiers fouiller dans le grand livre pour savoir ce qu'on en pensait il y a cent ans. C'est en particulier ce que nous allons faire aujourd'hui. Nous rassemblons actuellement les matériaux d'une monographie sur les polypes naso-pharyngiens. Deux membres de l'Académie de chirurgie, Levret et Brasdor, interviennent souvent dans cette histoire. Mais les MÉMOIRES ne contiennent rien sur cette question, qui fut pourtant, le 13 juillet 1785, l'objet d'une discussion dont il n'est guères resté de traces. Par bonheur, nous avons trouvé des observations curieuses, et leur nombre indique que ce sujet était à l'ordre du jour des travaux de la Compagnie.

C'est par là que nous commencerons nos fragments d'histoire rétrospective.

§ 1er. *Observations de polypes naso-pharyngiens traités par l'extirpation, avec section préalable du voile du palais.*

Ces faits sont d'autant plus importants à connaître que, si nous en exceptons J.-L. Petit, Morand, Huermann, et peut-être Nannoni (1), peu de chirurgiens, dans le courant du siècle dernier, songèrent à utiliser la remarquable innovation que Manne, dès 1717, avait introduite dans le traitement des polypes de l'arrière-bouche. D'ailleurs les observations publiées par les auteurs que nous venons de citer sont extrêmement concises, et sont loin de valoir celles que nous allons rapporter.

Nous trouverons encore dans le mémoire d'Eustache un exemple de polype nasal, dont l'extirpation fut aidée par la *division préparatoire de l'aile du nez*, opération préliminaire que Garengeot à peu près seul en France conseillait encore à cette époque, et qui, après avoir été fort en honneur antérieurement, si l'on en croit

(1) Voir la thèse de M. Fouilloux, *Recherches historiques sur l'opération de Manne* (d'Avignon). Paris, 1858, n° 254.

---

unes relatives aux noms propres, et dont la nécessité doit faire honte, non à nous, mais au compositeur. On a écrit Mapola pour *Mussola*, Demenget pour *Demanget;* mais ces messieurs ont assez de notoriété pour que cette légère défiguration ne les ait pas rendus méconnaissables; nous en dirons même autant de l'ex-secrétaire d'Hahneman, M. Chatron, dont le typographie avait fait *Chatrou*.

Enfin, nous espérons qu'on aura excusé l'insuffisance de nos renseignements sur le personnel médical de la Savoie. Puisés partie dans nos souvenirs, partie dans quelques conversations récentes, ils ont dû nous exposer à quelque apparence d'injustice vis-à-vis de plus d'un confrère, soit en ne donnant pas une idée complète de ses travaux, soit en le laissant tout à fait dans l'ombre. Nos intentions étaient excellentes; nous les avons remplies dans la mesure de nos moyens; pourrait-on demander davantage au plus consciencieux des chroniqueurs?

A cet égard, il est dans l'histoire médicale de la Savoie un fait venu à notre connaissance ces jours derniers et que nous regretterions d'avoir ignoré. Beaucoup de confrères connaissent le nom de M. Hybord, qui pratique à Meung-sur-Loire. M. Hybord est Savoisien. Pourquoi a-t-il porté ses pénates en France? Par piété filiale et par passion anticipée pour l'annexion. Son père, docteur de la Faculté de Paris, était établi à Moutiers en Tarentaise, où il devint médecin de l'hôpital, médecin des salines, proto-médecin et membre de plusieurs sociétés savantes. Il s'y était acquis beaucoup de réputation lorsque, vers la fin de l'Empire, son dévouement à Napoléon Ier le porta à se compromettre gravement pour la cause française. Le succès n'ayant pas répondu à son ardeur, il fut destitué de toutes ses places, mis en prison et condamné à mort. Heureusement, après Waterloo, le conseil de la ville s'interposa, et M. Hybord fut rendu à la liberté. Sa santé avait reçu de rudes atteintes. Voulant, avant de mourir, rendre un dernier service à son pays natal, il s'imposa des sacrifices de tout genre pour retrouver la source de Brides, dont nous parlerons. Il y réussit. Peu de temps après, il n'était plus. En mémoire de ce bienfait et de beaucoup d'autres, les autorités civiles et religieuses firent porter,

Heister, allait tomber en désuétude pour reparaître seulement vers le premier quart de notre siècle. Nous joindrons à ces observations un rapport de Brasdor qui indique bien ce que la science officielle pensait alors des opérations préliminaires.

Observation de polype nasal, par M. Taranget, chirurgien-major de régiment à Gravelines (1). — Sur la fin du mois d'avril dernier, je fus appelé par M. le chevalier de Rochefort, lieutenant au régiment de Périgord, au sujet d'une douleur qu'il avait au fond de la gorge qui l'empêchait d'avaler les aliments et la salive. Je lui fis une saignée et un gargarisme. Le lendemain, il se plaignait plus fort, ce qui me fit réitérer la saignée, lui faire prendre un lavement et, le soir du même jour, le saigner une troisième fois. Le lendemain, je lui trouvai le cou fort enflé : il ne pouvait presque pas respirer et ne pouvait avaler qu'un peu d'eau avec le vin dans une cuiller, et même avec peine, car il en sortait presque la moitié par les narines. Ceci m'invita à lui visiter avec exactitude le gosier, et j'aperçus une excroissance polypeuse très considérable qui faisait voûter la cloison et la luette, qui descendait dans l'œsophage et remplissait toute l'étendue du pharynx. Je fis comprendre au malade qu'il n'y avait pas d'autre remède que l'opération. Il s'y abandonna facilement, se voyant dans un état déplorable. Auparavant, il y eut une consulte qui délibéra l'opération, et le lendemain je commençai d'y travailler.

Je fis asseoir mon malade dans un endroit bien éclairé et lui fis pencher la tête un peu en arrière, soutenue par un serviteur. Je lui fis ouvrir la bouche, et, appuyant sur la langue avec une spatule, je pris un bistouri demi-courbe entouré d'une bandelette et l'introduisis entre le polype et la cloison du côté droit, à un demi-travers de doigt de la luette, puis je l'incisai dans toute sa longueur. La cloison s'écartant me fit apercevoir la plus grande partie de cette masse charnue et polypeuse. Muni d'une tenette courbe, je saisis cette masse en vue de l'arracher; mais je n'en tirai que la grosseur d'une demi-noix, ce que voulant réitérer j'en arrachai encore une pareille grosseur.

Le malade étant fatigué, je m'arrêtai et le laissai reposer, remettant le reste à un autre jour, où je tentai la même chose et en arrachai autant que la première fois. Deux jours après, troisième tentative; mais mes pinces ne pouvant mordre par rapport à la dureté du polype, je m'armai du bistouri et le coupai par lambeaux; par ce moyen, je le détruisis de ce côté-là. Je fis la même manœuvre du côté opposé, de façon que j'achevai d'emporter tout ce qu'il y avait de polypeux dans ces parties, ce qui a été fait en sept ou huit reprises, qui furent interrompues par deux maladies qui survinrent pendant le cours du traitement, savoir, des accès de fièvre double tierce et une pleurésie, qui me firent abandonner l'un pour recourir à l'autre.

Enfin il y a sept mois que ce monsieur, étant très bien guéri, jouit d'une santé aussi parfaite que s'il n'avait jamais eu aucune incommodité.

Ce polype était gros comme le poing, adhérent dans presque toute son étendue, et sa grosseur était égale de tous côtés; il était livide, puant, douloureux et dur comme du cartilage demi-ossifié. Ces caractères, quoique très mauvais, ne me firent point balancer à l'opérer, parce que je voyais une mort prochaine.

(1) La date de cette observation manque; mais on peut affirmer qu'elle fut adressée à l'Académie dans les premières années qui suivirent sa fondation (1731), car elle est suivie d'un rapport signé *Feburier* et *Marsolan*, et daté du 8 mai 1734. A cette époque, J.-L. Petit seul, après Manne, avait incisé le voile du palais.

M. Desmarquetz, chirurgien-major de l'hôpital de Thionville, a été témoin de toutes les opérations, comme aussi l'aide-major et aussi tous les garçons de cet hôpital.

Nous trouvons annexé à cette relation un court rapport de Feburier et Marsolan ; sans doute le fait ne leur parut pas concluant, car, avant de statuer sur l'observation, ils jugèrent à propos de demander des éclaircissements à l'auteur, « car, disent-ils, il » est assez difficile de penser qu'une tumeur de cette nature soit » venue si précipitamment, et qu'elle ne se soit pas annoncée par » des prémices d'accidents de quelques causes plus éloignées, et » qu'ayant de si fortes adhérences comment il a pu faire pour les » détruire si aisément et si promptement. Quant à présent, c'est » le jugement que nous en pouvons rendre à l'Académie. » Il semble que M. Taranget ne jugea pas à propos d'éclairer ses critiques, car nous trouvons au bas du rapport une note écrite ultérieurement et ainsi conçue : néant, *n'ayant pas répondu aux éclaircissements désirés*.

Certes l'observation de Taranget n'est ni complète, ni irréprochable; toutefois, moins sévère que les rapporteurs, nous la trouvons intéressante, ne fût-ce que par l'opération préliminaire. L'opération fondamentale dura longtemps. L'arrachement d'abord, l'excision ensuite furent employés. Au bout de sept mois la guérison ne s'était pas démentie. Ce laps de temps est insuffisant, à la vérité, pour rassurer complétement contre la récidive; il prouve, toutefois, que l'extirpation fut assez complète. On ne dit point que le polype ait eu des embranchements dans les fosses nasales, et il est certain qu'il s'était développé principalement dans le pharynx. Pas un mot sur l'état consécutif du voile du palais et des fonctions intéressées par sa division; celle-ci a dû rester permanente, en raison de la multiplicité des séances qu'exigea l'opération fondamentale.

Observation sur un gros polype situé derrière le voile du palais, par M. Eustache, correspondant à Béziers. — « Dans le traité que M. Levret publia en 1749 sur la cure radicale des polypes, il propose la ligature pour ceux du nez comme pour ceux des autres parties. M. Louis, dans son DICTIONNAIRE PORTATIF DE CHIRURGIE, observe que l'étroitesse du lieu, souvent exactement rempli jusque dans toutes ses anfractuosités par la présence du polype, peut rendre cette ligature difficile à pratiquer. On verra par l'observation suivante qu'il y a des cas où ce dernier moyen est impraticable. »

Joseph Fabre, de Corneillan, diocèse de Béziers, était arrivé jusqu'à dix-neuf ans sans avoir jamais été malade. Il était d'un fort tempérament, très vigoureux, mais très porté à l'intempérance et à la débauche. Il passait très souvent les nuits en rase campagne, exposé quelquefois à la pluie, au vent et au froid. Il buvait et mangeait avec excès; on était surpris qu'il résistât si longtemps à un genre de vie si désordonné.

En 1778, il commença à souffrir de maux de tête et de vertiges. Souvent assoupi, il parlait quelquefois avec difficulté; de temps en temps, la

---

en 1845, son buste, au milieu d'une population nombreuse, jusqu'à la source minérale près de laquelle fut gravée cette inscription :

A la mémoire
du docteur Hybord,
Régénérateur des eaux de Brides-la-Perrière,
Bienfaiteur des pauvres,
La reconnaissance publique.
1845.

Les détails de cette fête unique en Savoie ont été reproduits dans le COURRIER DES ALPES (23 avril 1845), et consignés dans une biographie composée par M. Luyrard en 1855.

Ayant à opter, pour l'~~exercice de~~ la médecine, entre le pays où son père a laissé sa dépouille et celui où il avait mis toute son âme, notre confrère de Meung a choisi le dernier. Son père était Français de cœur, il a voulu l'être de fait.

Ces divers comptes réglés, nous avons à dire quelques mots sur l'enseignement médical de la Savoie, sur les hôpitaux, sur les eaux minérales, et sur la constitution médicale. Mais il me faut pour aujourd'hui ménager la place, afin de pouvoir mettre sous les yeux du lecteur un document concernant une question pleine d'actualité et émané d'un confrère plus capable qu'aucun autre de la traiter avec connaissance de cause.

Dr ALIQUIS.

RAPPORT DES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Saint-Christoly-Médoc, 2 juin 1860.

Monsieur le président,

L'arrêt du conseil du 5 mai 1780, relatif aux eaux minérales, enjoignit à tous les médecins inspecteurs de transmettre chaque année au ministre de l'intérieur les résultats de leur pratique.

respiration était un peu gênée. Peu alarmé de ces symptômes, il continua ses excès; mais bientôt la respiration ne se fit plus par la narine gauche; ensuite il ne put respirer que la bouche ouverte, ce qui le faisait ronfler en dormant. En mai 1779, ces accidents devinrent plus considérables; on ne fit pourtant aucun remède. Trois ou quatre mois plus tard se montrèrent des crachements de sang presque continuels; à la fin du mois de septembre, le malade eut une extrême difficulté à parler et à respirer; il ne pouvait avaler les aliments solides qu'avec beaucoup de peine et ronflait si fort pendant la nuit qu'il n'était pas possible de dormir dans sa chambre. On fit pendant deux mois usage de remèdes qui restèrent infructueux. Je fus alors consulté J'observai, en écartant l'ouverture antérieure de la narine gauche, une excroissance charnue, rougeâtre, indolente, lisse et polie. Pour juger des insertions et des attaches, je portai une sonde mousse et flexible dans le nez; elle passait librement entre la cloison et la face interne de l'excroissance; les adhérences étaient vers le cornet inférieur et du côté de l'apophyse montante de l'os maxillaire. L'impossibilité de faire pénétrer la sonde dans le gosier démontrait encore que l'ouverture postérieure de la narine était exactement fermée. Ces perquisitions furent un peu douloureuses.

A l'examen de la bouche, je trouvai le voile du palais déjeté en avant par une masse charnue volumineuse dont l'extrémité descendait de trois lignes plus bas que la luette. Elle remplissait exactement tout l'espace compris entre le voile du palais et le corps des premières vertèbres cervicales.

Le lendemain, après une consultation avec M. Bourguet, mon confrère, nous proposâmes l'opération, qui fut aussitôt acceptée par les parents, qui avaient été souvent témoins du danger extrême où des hémorrhagies fréquentes et abondantes avaient réduit le malade. Il fut saigné et purgé, fit exactement pendant quinze jours les remèdes prescrits et observa le régime. Le 11 septembre, la perte de sang se renouvela avec une violence qui, jointe à la difficulté d'avaler et de respirer, fit beaucoup craindre pour la vie. Avec l'aide de M. Bourguet, on se décida à opérer de suite.

Parmi les différentes méthodes décrites par les auteurs, je fus forcé de choisir l'extirpation. Je savais que son exécution était peu sûre et qu'elle était accompagnée d'accidents graves; toutefois, il n'y en eut aucun.

L'appareil préparé et le malade placé, je mis entre les molaires un coin de bois pour tenir la bouche invariablement ouverte; puis, à l'aide d'une sonde cannelée introduite derrière le voile du palais, j'incisai cette cloison charnue dans toute sa longueur à côté de la luette; puis je saisis de suite avec des pinces à polype cette grosse tumeur; je l'ébranlai avec précaution dans tous les sens, mais inutilement, ce qui me fit penser que ses racines étaient très fortes. J'observai, en la tordant, qu'elle se continuait avec la portion située dans le nez. L'ayant donc saisie une seconde fois avec des tenettes dont je me sers dans l'opération de la taille, j'en fis heureusement l'extraction. Je saisis de suite la portion restante dans la narine, et l'extraction en fut aussi prompte que heureuse: aussitôt le malade respira librement par le nez.

Comme ces excroissances sont sujettes à reparaître, je pris toutes les précautions convenables pour arracher entièrement celle dont il est question. La récidive peut aussi survenir si, après l'extirpation, on ne porte pas un traitement immédiat sur les racines. En conséquence, pour dégorger la pituitaire et détruire autant que possible les racines, j'établis une bonne suppuration par les médicaments et les injections convenables. L'hémorrhagie n'ayant pas été considérable, je fis le pansement une demi-heure après l'opération. Au moyen d'une bougie introduite par le nez et tirée par la bouche, j'y attachai un fil, et à son aide je portai dans la fosse nasale une languette trempée dans le miel rosat. J'ordonnai une diète sévère, et par précaution le malade fut saigné dans la journée.

Le lendemain, on fit des injections vulnéraires, et l'on introduisit une tente chargée d'onguent brun; le tout fut continué pendant vingt-huit jours. Je terminai la cure par l'usage de l'eau verte d'Hertman, si recommandée dans les ulcères du nez ou du gosier.

La plaie du voile du palais se réunit sur les deux tiers de sa longueur, et la guérison fut complète au bout de trente-quatre jours; elle était prouvée par le passage libre de l'air par les narines et par le rétablissement de la santé.

Fabre s'est bien porté pendant quatorze mois. A cette époque, il reçut sur l'épaule gauche un coup de hache dont il mourut. Son cadavre fût ouvert, et je ne trouvai aucun vestige de son polype.

Je sais que cette observation n'est pas nouvelle: MM. Saviard, Morand, Manne et Petit ont observé des cas à peu près semblables; c'est en imitant particulièrement les procédés des deux derniers que j'ai eu la satisfaction de guérir mon malade.

Eustache joignait à l'observation qu'on vient de lire une courte note qui présente aussi son intérêt, car elle prouve que ce chirurgien, partisan des opérations préliminaires, savait les varier suivant l'occasion.

Observation sur un gros polype guéri par l'extirpation après avoir pratiqué l'incision de la narine. — On vient de voir qu'il est des cas où l'on est forcé de pratiquer l'incision du voile du palais pour faire l'extraction d'un polype volumineux situé derrière cette cloison charnue; il en est d'autres où l'incision des narines est absolument nécessaire, lorsque la grosseur du polype n'est pas en proportion des ouvertures du nez. Je le prouve par l'observation suivante:

Le 15 du mois de juin dernier, je fus appelé chez M. Cassagnes, apothicaire-chimiste de la ville de Béziers, pour voir la nommée Lorange, âgée de soixante-six ans, qui portait un gros polype dans la narine droite. J'appris qu'elle était attaquée de cette infirmité depuis huit ans, et qu'ennuyée du peu de succès des remèdes elle s'était décidée à venir à Béziers pour consulter.

Depuis très longtemps, elle ne respirait que par la bouche, ce qui avait beaucoup altéré sa santé: elle était maigre et exténuée; son sommeil était interrompu; elle avait de fréquentes hémorrhagies nasales. Une partie de ce polype se présentait à l'ouverture de la narine: elle était blanchâtre, indolente, et défigurait la malade par son volume. Son développement avait tellement déjeté la cloison qu'il ne fut pas possible de faire pénétrer le plus petit stylet dans la narine gauche; du côté malade s'écoulaient des mucosités fétides.

Je vis cette malade avec MM. Bourguet et Fribault, chirurgiens. Après huit jours de préparation, elle fut opérée en leur présence. L'impossibilité de faire pénétrer les pinces me détermina à proposer l'incision de la narine; elle fut adoptée et pratiquée dans le sillon qui est près de la joue à l'aide d'une petite plaque de bois mince que je plaçai dessous et sur laquelle j'incisai avec la pointe du bistouri. Je saisis aussitôt la tumeur, et je l'extirpai en deux reprises: la première portion était dure et du volume d'une grosse noix; la seconde était molle et s'allongea beaucoup quand je la tirai. Ces deux portions réunies égalaient le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur était ulcérée en plusieurs endroits, d'où j'inférai qu'un plus long délai eût été funeste à la malade; l'hémorrhagie n'ayant pas été considérable, elle fut pansée comme dans l'observation précédente; un point

---

Jusqu'en 1813 chaque inspecteur dressa son rapport à sa guise. Chacun de ces documents, écrit à un point de vue spécial et embrassant d'ailleurs un grand nombre de sujets, ne ressemblait pas aux autres et ne pouvait leur être comparé. Tout parallèle rendu ainsi impossible, il ne sortit de cette grande et longue enquête sur l'action physiologique et sur l'action curative des eaux minérales rien de précis.

Depuis 1813 jusqu'en 1830, on envoya à chaque inspecteur des formules de rapports trop brèves pour que l'Académie pût discerner, dans les tableaux synoptiques dont ces rapports étaient composés, la valeur du médecin, le mérite des doctrines vers l'action réelle des éléments thérapeutiques dont ces rapports accusaient les résultats. Par ces motifs, l'Académie n'était pas mieux renseignée en 1830 qu'en 1813.

En 1830, l'Académie pensa que le résultat général de la pratique de chaque inspecteur était un objet secondaire, et que des observations particulières soigneusement prises par les inspecteurs auprès des sources sanitaires vaudraient mieux, mettraient plus facilement la vérité en lumière, seraient plus comparables entre elles, et permettraient enfin à l'Académie d'établir son jugement sur l'efficacité pratique des diverses eaux minérales de France.

Il suffit de parcourir aujourd'hui les rapports d'ensemble, publiés par les soins du gouvernement et émanés de l'Académie elle-même, pour se convaincre que les espérances de celle-ci ne se sont pas réalisées.

Quand une aussi vaste et aussi longue information amène à des résultats à peu près négatifs, il est sage de supposer qu'il y a dans le mode même dont cette information est faite, quelque vice radical, ou, chez ceux qui en sont chargés, une profonde incurie.

Dans l'espèce il y a l'un et l'autre. Les formules actuelles des rapports comprennent chacune 85 divisions, destinées à contenir des observations individuelles. Ces observations, enfermées dans un cadre de trois ou quatre lignes, sont nécessairement très écourtées. Leur nature ne laisse pas à l'esprit grand enseignement. En outre, comme elles sont prises au hasard parmi une foule de sujets, leur rapprochement devient fort difficile, et les rapports d'au-

de suture rapprocha et maintint les lèvres de la plaie. En dix-huit jours, la guérison eut lieu. Depuis ce temps, la malade se porte bien et jouit pleinement de tous les avantages de l'opération.

Eustache, ajoutent quelques commentaires, sait très bien que l'incision des narines a été proposée pour faciliter l'extirpation des polypes, et à ce propos il cite Heister, qui, sans la proscrire absolument, en défend l'abus, à cause des grandes douleurs qu'elle entraîne et de la cicatrice difforme qu'elle laisse, à quoi notre chirurgien répond : « Je puis avancer, sans crainte d'être démenti, que lors de l'incision de la narine la nommée Lorange ne témoigna guère de sensibilité. Quant à la difformité de sa cicatrice, elle frappe si peu qu'on ne l'aperçoit qu'avec réflexion et en la regardant de bien près. Il est donc évident que de pareils motifs ne doivent pas arrêter quand l'occasion se présente de faire une semblable opération; il suffit de prendre de bonnes précautions. »

L'auteur termine enfin en insistant sur l'impossibilité absolue où l'on était d'appliquer la ligature dans l'un et l'autre cas.

Rapport de Brasdor sur les deux observations précédentes. — Ce rapport est court, assez insignifiant, et rédigé dans des termes assez aigres; Brasdor reproche à l'auteur les détails étiologiques qui accompagnent la première observation, et les cite textuellement « pour donner une idée de l'intempérance du raisonnement à laquelle peut donner lieu la manie des explications. » Quoique dans l'espèce la critique ne soit pas juste, elle prouve que Brasdor n'était pas cartésien. Au reste, s'il combattait la fantastique étiologie de son époque, il devait avoir fort à faire. Il ajoute « qu'il pourrait citer un certain nombre de malades qu'il a traités de polypes semblables, auxquels on ne pouvait assigner aucune cause antécédente qui eût du rapport avec celles que M. Eustache a exposées. » Le fait est que nous ignorons complétement, même au jour présent, les causes qui président au développement des polypes naso-pharyngiens.

Brasdor blâme encore le traitement consécutif employé par Eustache. La tente chargée d'onguent brun lui paraît peu nécessaire, « car il ne fallait agir que sur le lieu du pédicule, et comme on n'était pas sûr de cette action topique l'irritation du reste du nez était inutile. » On sait que les chirurgiens du XVIIIe siècle recommandent presque tous d'introduire dans les fosses nasales, après l'extirpation, divers médicaments qu'ils considéraient comme propres à consumer les racines du mal. Comme ces médicaments étaient portés et maintenus à l'aide de mèches de charpie, ils agissaient à la manière du séton, et s'ils n'attaquaient pas exclusivement les vestiges du polype respectés par l'opération, à coup sûr ils provoquaient dans les fosses nasales et le pharynx une suppuration abondante. Ledran entre autres, se montrait très satisfait de cette pratique que Brasdor, au contraire, paraît condamner. Il y a-t-il là réellement quelque chose d'utile? C'est ce que nous ne saurions dire. Peut-être vaudrait-il la peine d'y regarder à nouveau.

Le passage le plus intéressant du rapport est celui qui renferme l'opinion de Brasdor sur les opérations préliminaires. Il les condamne parce qu'il les considère comme inutiles, au moins la première, c'est-à-dire la section du voile du palais.

» Quant à la méthode employée par l'auteur, dit Brasdor, elle n'est pas nouvelle (la division du voile), et l'on ne peut rien lui dire sur ce qu'il s'est conformé à ce qu'il a trouvé écrit; mais je crois que le polype dont il est question pouvait, sans qu'on coupât le voile du palais, et par la seule action de la ligature, tomber tout entier et d'une manière plus sûrement radicale et de plus sans le danger de l'hémorrhagie.

» Dans le second cas, continue-t-il, M. Eustache ne pouvant faire pénétrer les pinces à polype dans la narine, incisa cette partie dans le sillon qui est près de la joue, puis, après l'extirpation, il pratiqua un point de suture *dont l'inutilité n'est pas difficile à prononcer.* Cette observation présente pour point intéressant l'incision de la narine sur laquelle l'exemple rassurerait dans le cas où elle serait inévitable. Je ne puis assurer que l'opérateur pouvait s'en passer. »

On sait que depuis Levret la ligature avait été adoptée comme méthode générale dans la cure des polypes de la gorge et, à mesure que l'observation de tous les jours montrait toutes les difficultés de cette méthode, on s'efforçait d'y remédier en imaginant ces procédés compliqués dont la description remplit des pages nombreuses dans nos livres classiques. Brasdor, auteur lui-même d'un procédé de ligature, plaide ici pour sa cause et pense qu'on aurait pu lier le premier polype avec plus de chance de guérison radicale et moins de danger. Aujourd'hui que la ligature est déchue, la conduite tenue par Eustache nous paraîtrait plus rationnelle.

Nous voyons encore, par la phrase que j'ai soulignée, la répulsion que les chirurgiens français du siècle dernier avaient pour la suture depuis la publication du mémoire de Pibrac. En vérité on n'a peut-être jamais vu un travail si minime exercer autant d'influence sur son époque que ne l'a fait la croisade contre la suture.

Il y a, dans la première observation d'Eustache, des particularités qui sont fort intéressantes : c'est d'abord, à ma connaissance, un des premiers, et l'on peut dire un des rares cas, où la guérison radicale a été obtenue et constatée par l'autopsie. C'est à l'arrachement, aidée par une opération préliminaire, qu'en revient l'honneur. Eustache prend soin également de nous dire ce qu'est devenue la plaie du voile du palais; elle s'est réunie spontanément dans les deux tiers de son étendue. Manne, Petit, Morand, avaient gardé le silence sur ce détail important. Si l'observation précédente avait été publiée plus tôt, on n'aurait pas vu se produire si longtemps et tant de fois cette objection à la division préliminaire du voile, qu'elle devait porter atteinte grave aux fonctions de la déglutition; Brasdor s'étonne qu'Eustache n'ait pas parlé de l'état de cette fonction : « Son silence et celui des auteurs chez lesquels on trouve des exemples de cette division semblent indiquer qu'il n'en résulte rien de remarquable, ce qui serait contraire aux idées que l'on a sur l'usage de cette cloison membraneuse. » Le silence d'Eustache s'explique très bien par l'absence probable de tout désordre fonc-

---

jourd'hui n'étant guère plus comparables entre eux que ne l'étaient ceux de 1780 à 1830, il en résulte la même incertitude dans les conséquences doctrinales.

L'Académie remédierait, ce me semble, à ce défaut en fixant elle-même, chaque année, un sujet d'études pris parmi les mille formes de la chronicité. Toute latitude serait d'ailleurs laissée à l'inspecteur pour le traiter, et on ne le contraindrait pas à faire plier son esprit sous le cadre inflexible des formules. Si, par exemple, choisissant son sujet dans le cercle des affections cutanées, l'Académie mettait à l'étude, une année, l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies squameuses, je n'hésite pas à affirmer qu'il sortirait de l'ensemble de ces travaux, comparable alors, des conséquences certaines. Les rapports des inspecteurs perdraient en extension, mais ils gagneraient en compréhension.

La modification que je propose est un pas de plus fait, à trente ans de date, dans la voie où les judicieuses remarques d'Itard engageaient l'Académie en 1830.

L'ère nouvelle serait inaugurée en réclamant de chaque inspecteur une monographie complète sur la station confiée à sa direction. Ces monographies seraient rédigées d'après un plan uniforme, sous la rubrique : *Topographie,* — *sources minérales,* — *aménagement sanitaire,* — *action thérapeutique,* — *règlement et administration,* — *document statistique,* — *guide de l'étranger,* — *parallèles.*

Ces chapitres contiendraient assurément tout ce qu'il importe de savoir sur une station minérale. Nul doute qu'à la prière de Son Excellence le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les conseils généraux ne votassent l'impression de ces ouvrages. Nous aurions ainsi, en une seule année, une encyclopédie complète des eaux minérales de France.

Ces mesures, bonnes en elles-mêmes, ne suffiraient pas si l'on ne les rendait obligatoires, et si l'on ne stimulait le zèle des inspecteurs par des procédés plus efficaces que des circulaires.

Leur incurie tient à ce qu'une inspection d'eaux minérales est un emploi à vie; on y arrive par la faveur et l'on n'en sort que par la mort. L'inspectorat n'est pas une carrière, et c'est peut-être la

tionnel, une simple échancrure du bord libre du voile étant peu capable de troubler la déglutition.

L'observation qui suit est encore un exemple de guérison radicale probable due à l'arrachement; à l'époque où elle a été rédigée, la ligature n'était pas encore très usitée (1759), et l'extirpation par traction était très généralement adoptée.

Mémoire sur l'extraction d'un polype dans le nez, par M. Le Tual, lieutenant de M. le premier chirurgien du Roi et chirurgien-major des hôpitaux de la ville de Bayeux. — Mademoiselle Halbon, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament peu sanguin, s'aperçut, il y a quatorze ans, d'une excroissance de chair dans la narine gauche, plate et grosse comme le quart de l'ongle. N'en souffrant point, elle ne fit rien. Deux ans plus tard, la tumeur sortit de la narine, devint incommode et gêna la respiration. Un jeune chirurgien l'attira le plus possible au dehors et la coupa au ras du nez après avoir fait une ligature. Il y a huit ans, les troubles du côté de la respiration augmentant et la difformité du nez se montrant, un autre chirurgien coupa un bout du polype dans l'intérieur du nez avec des ciseaux et porta souvent sur le reste la pierre infernale. Le mal fit des progrès. La malade consulta diverses personnes, qui firent souffler dans le nez des poudres caustiques et scarotiques.

La tumeur cessa de faire des progrès en avant; mais elle augmenta sensiblement du côté du fond de la bouche. Les caustiques furent mis de côté et remplacés par plusieurs sortes d'eaux conseillées par différentes personnes. Il en résulta un écoulement, par ce côté du nez, d'humeurs lymphatiques et sanguinolentes. Il y a trois ans, les règles se supprimèrent; la tumeur augmenta de volume du côté de la voûte du palais, derrière la luette, et descendit sur la racine de la langue.

Les maux de tête devinrent violents depuis deux ans; hémorrhagies tous les deux ou trois jours; crachements de sang continuels. Il y a deux mois, une de ces hémorrhagies, beaucoup plus considérable que les autres, dura deux jours. Depuis trois ans, mademoiselle Halbon est sujette à des assoupissements si considérables qu'elle a manqué de se casser le cou en dormant tout debout ou de se brûler, soit au feu, soit à la chandelle. Elle ne pouvait fréquenter que des personnes de sa famille, tant étaient grandes la difficulté de respirer et la puanteur occasionnée par cette excroissance.

Je vis cette fille en juin 1759; elle venait me demander du secours, et je constatai à l'intérieur du nez une tumeur de la forme et du volume d'une cerise à pédicule étroit. La bouche ouverte, je remarquai que la luette et la voûte du palais dépassaient en avant la ligne des secondes molaires antérieures. Derrière se trouvait une masse de chair de couleur plombée et livide, tombant sur la racine de la langue; deux doigts de la main portés derrière et au-dessus du voile du palais, autour de la tumeur, la trouvèrent adhérente à la membrane du nez, se terminant à l'os sphénoïde avec des brides se prolongeant à la pituitaire. Je ne pus par cet endroit m'assurer de la partie d'où ce polype prenait sa naissance, et, comme la malade se trouvait fatiguée, je remis au lendemain des recherches plus curieuses. Au second examen, je portai mon petit doigt aussi avant que possible dans l'intérieur du nez; puis, faisant le tour de la tumeur, je remarquai que son principe partait de la partie inférieure et postérieure du cornet inférieur gauche. Ayant consulté avec M. Dallez, médecin rempli de lumière et de prudence, on décida que l'opération n'était pas impossible, mais que les suites ne pouvaient qu'en être fâcheuses, à raison du volume du polype, de l'hémorrhagie et de la difficulté d'obtenir une cicatrice sûre en raison de l'humeur âcre qui s'écoulait et des adhérences qu'il fallait détruire. On pouvait craindre une dégénérescence en ulcère cancéreux.

Cependant, cette fille étant menacée d'une mort prochaine et certaine, je me décidai à tenter l'incertain : on lui fit deux saignées, l'une du pied, l'autre du bras, puis elle fut purgée après avoir fait usage des bouillons convenables à son état. Le curé fut prévenu pour avoir, de son côté, à prendre ses précautions; puis l'extirpation fut entreprise avec l'aide de MM. Dallez et Pluquet, médecins, et Préfontaine, chirurgien.

La malade placée convenablement, je portai le doigt indicateur gauche dans le nez sur la tumeur et la poussai avec force du côté de la partie inférieure du cornet inférieur gauche, où j'avais remarqué son attache. Je sentis un déchirement considérable; alors, faisant ouvrir la bouche, je saisis avec la tenette fenêtrée la portion du polype qui pendait sur la racine de la langue, et je cherchai à l'arracher en faisant faire un tour à la tenette. Je crus que le polype se déchirait; je cessai donc l'usage de la tenette et portai aussitôt les doigts de la main droite dans le fond de la bouche. Saisissant alors le corps en entier, je conduisis le doigt index à l'entour et détruisis les adhérences qui existaient à la membrane qui termine la cloison du nez vers l'os sphénoïde; en même temps, poussant avec l'index gauche et le plus profondément possible la tumeur du nez, j'arrachai le polype en totalité; je laissai saigner la malade un moment, puis lui fis respirer à diverses reprises un vinaigre astringent et portai enfin dans le nez des bourdonnets de charpie, les uns secs, les autres imbibés du même vinaigre. De cette façon, l'hémorrhagie cessa en vingt-quatre heures.

Le treizième jour, je fis aspirer par le nez une décoction d'orge avec le miel rosat. Pendant les cinq premiers jours, la suppuration fut sanieuse, louable et peu abondante le reste du temps; après quoi j'employai l'eau de chaux avec l'eau vulnéraire, qui, en vingt jours, terminèrent la maladie.

A mesure que la suppuration s'établissait, les maux de tête cédaient, et les règles, supprimées depuis deux ans, reparurent naturellement à l'aide de beaucoup de lavements d'eau de rivière et de deux saignées du pied. Pour détourner l'humeur de la partie malade, j'ai appliqué au bras du même côté un cautère qui devra être conservé le plus longtemps possible.

A présent, cette demoiselle se porte très bien: elle ne ressent aucune douleur, ni aucune inquiétude dans le nez, ni ailleurs.

Aucune date n'indiquant le laps de temps pendant lequel la malade a été suivie, on ne peut assurer que la cure a été radicale. Cependant, à la lecture de cette observation et de quelques autres de la même époque, on ne peut se défendre de croire à l'efficacité de l'arrachement, au moins dans certains cas. L'observation précédente est curieuse par la mention du lien d'insertion et du prolongement de la tumeur vers le sphénoïde; c'est là certainement un bel exemple de polype naso-pharyngien, et il est bien certain que le pédicule prenait naissance à la voûte du pharynx.

Un dessin assez bien exécuté, joint à l'observation, représente le polype, qui avait 5 pouces de long et 2 pouces 1/2 d'épaisseur; son poids était de 3 onces 2 gros.

On voit sur la figure le lobe nasal, puis deux mamelons gros comme des noix qui étaient derrière le voile du palais; un qua-

---

seule branche du service public qui présente une telle anomalie. Il serait conforme à l'esprit général de nos institutions de modifier cet état de chose, d'ouvrir largement la voie au talent, au travail et aux longs services, et de réveiller, par des classements périodiques, les inspecteurs endormis dans leurs canonicats.

Le but de ce classement serait celui-ci : Tous les ans, après examen des rapports sur un même sujet d'étude, l'Académie enverrait au ministère de l'agriculture des notes sur chacun des inspecteurs. Ces notes passeraient au dossier de ceux-ci et serviraient à leur classement sous le rapport du mérite médical.

Les visites sur place des inspecteurs généraux, prévues par l'article 22 du décret du 28 janvier 1860, permettraient à ceux-ci de classer les inspecteurs des différentes stations thermales au point de vue de leur aptitude administrative; cette aptitude n'est pas la moins utile dans ces sortes d'emplois.

Ces documents seraient aussi centralisés au ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Le dossier de chaque inspecteur y serait formé des notes que celui-ci aurait méritées de l'Académie, comme médecin, et des inspecteurs généraux, comme administrateur. Une opinion favorable, émise par le comité d'hygiène publique sur des travaux d'administration, une note d'un conseil général sur des services rendus au pays; un témoignage des préfets, pourraient aussi trouver place dans ces dossiers. L'inspecteur assuré d'obtenir un jour, par un avancement mérité, la récompense de ses efforts, maintiendrait son zèle à la hauteur de ses espérances.

En un temps où les eaux minérales de France excitent un légitime intérêt et où une loi nouvelle témoigne de la sollicitude du gouvernement à leur égard, il m'a paru utile de présenter ces observations à l'Académie.

Je crois que la question de thérapeutique que contiennent les eaux minérales serait évincée par les modifications que je propose d'apporter à la rédaction des rapports, et que la question d'économie publique que soulève l'exploitation des eaux minérales aurait, pour sa solution, de meilleurs auxiliaires s'il existait dans le corps

trième lobe s'engageait probablement dans la narine droite. On indique aussi le point où le polype adhérait à l'extrémité du cornet inférieur gauche, puis une autre adhérence *à la membrane qui termine la cloison, et à la partie antérieure de la crête du sphénoïde.* Des débris de membrane réunissent ensemble tous ces lobes; ils sont forts et épais, et remplis de vaisseaux.

L'arrachement fut fait par le nez et la gorge à l'aide de deux doigts agissant en sens contraire; c'est-à-dire grâce à cette manœuvre dont on fait les honneurs à Morand, quoiqu'il ne l'ait peut-être ni imaginée, ni mise en usage.

Nous continuerons dans un prochain article la publication des autres documents. Nous espérons que le spécimen que nous offrons aujourd'hui au lecteur montrera combien il eût été fâcheux de laisser dans l'oubli des faits d'une valeur aussi incontestable.

III

TRAVAUX ORIGINAUX.

L'EXPLORATION DU CANAL AUDITIF EXTERNE ET DU TYMPAN. SON IMPORTANCE. EXAMEN CRITIQUE DES MÉTHODES EMPLOYÉES JUSQU'A PRÉSENT, ET INDICATION D'UNE NOUVELLE, par le docteur DE TROELTSCH, à Würzbourg, traduit par le docteur A. CHATELAIN (de Neuchâtel).

Déjà la disposition anatomique des parties semble indiquer que nos connaissances des maladies de l'organe de l'ouïe n'atteindront jamais l'exactitude et la brillante clarté qu'a atteintes l'ophthalmologie, surtout depuis l'invention de l'ophthalmoscope. Néanmoins, je me crois fondé à prétendre que le peu de connaissances exactes que les spécialistes mêmes, et bien plus encore la grande majorité des praticiens, possèdent sur les maladies de l'organe auditif et leur traitement, ne repose pas autant sur la nature de la chose elle-même que sur des obstacles qui ne sont pas insurmontables, et dont on viendra parfaitement à bout.

On s'est déjà beaucoup demandé d'où provient la position particulière de cette branche de la médecine, pourquoi l'otiatrie justement est restée si en arrière des autres dans son développement scientifique, et pourquoi elle jouit de si peu de confiance auprès du public tant médical que profane. On a aussi donné une quantité de raisons pour prouver que cela ne peut être autrement et restera éternellement ainsi. Mon opinion est que toutes ces discussions sont fort prématurées, et que l'on aurait du moins pu attendre qu'une plus grande quantité d'hommes savants et habiles se fussent donné pour tâche l'étude approfondie de cette partie de la pathologie, et que le plus grand nombre des médecins se fussent rendu familiers ses premiers principes. Nulle part ailleurs on n'a si peu travaillé, et c'est à cela que nous devons avant tout, je crois, d'être si peu avancés.

J'ai déjà, il y a quelque temps, au commencement d'un travail sur *l'examen du canal auditif sur le cadavre*, dans les *Archives de Virchow* (1858, vol. XIII, cah. 6), attiré l'attention sur ce point, que, dans l'otiatrie, il nous manque avant tout l'observation de *faits* exacts, ou, autrement dit, l'exactitude du résultat objectif de l'examen, et qu'à sa place règnent plus ou moins l'hypothèse et l'opinion. Il est avant tout nécessaire d'observer tranquillement et exactement, et de ne paraître en public avec des conclusions et des inductions générales que lorsque les observations auront atteint un degré suffisant de sûreté et de maturité. Alors j'ai indiqué la nécessité de travaux pathologico-anatomiques pour acquérir des faits sur lesquels on puisse établir la nature des différentes affections de l'oreille; et plus tard, dans mes *Contributions anatomiques à l'otiatrie* (*Archives de Virchow*, 1859, vol. XVII, p. 1-80), j'ai communiqué le résultat des autopsies de seize sourds; maintenant je désire attirer l'attention sur l'importance de l'exploration de l'oreille sur le vivant, et en communiquant ma manière de voir sur la partie la plus importante, c'est-à-dire sur l'examen de l'oreille externe, parler avec détails de ma propre méthode.

Fort peu de médecins s'entendent à explorer l'oreille externe et à y voir ce qui peut y être vu. Ceci dit en général peut paraître dur et grossier, mais il en est en vérité ainsi, et je suis en mesure, par ma position de spécialiste très occupé dans une ville universitaire comme Würzbourg, me convaincre amplement du véritable état des choses. D'abord je suis continuellement en relation avec une grande quantité de confrères, jeunes et vieux, de tous les degrés d'instruction et de tous les pays; d'un autre côté, je vois ordinairement, par les diagnostics que les malades apportent avec eux, et par le traitement auquel ils ont été soumis, combien peu reposent sur une exploration approfondie de l'oreille. D'ailleurs la plupart des médecins n'ont nullement la prétention de pouvoir explorer l'oreille, et beaucoup même des hommes qui, comme praticiens et professeurs de clinique, ont un cercle d'activité très étendu, m'ont avoué franchement que c'était avec moi qu'ils voyaient le tympan pour la première fois *convenablement*. Combien cela est fâcheux! Lorsque quelqu'un vient vers un médecin en se plaignant de souffrir depuis longtemps de toux et d'autres accidents thoraciques, aucun praticien consciencieux n'aura l'idée de s'en tenir seulement au dire du malade, à son aspect extérieur ou à d'autres symptômes de ce genre; mais, avec le moyen de diagnostic qu'il a à sa disposition, il cherchera à savoir clairement quel est l'organe primitivement attaqué, si c'est le cœur, le poumon, les bronches ou le larynx, et de quelle manière cet organe est affecté, afin d'avoir un point de départ pour donner ses conseils et proposer un plan de traitement. Mais pour l'appareil auditif, où l'étude des symptômes objectifs est aussi nécessaire, on se contente d'interroger les malades sur les symptômes fonctionnels ou subjectifs. J'ajoute même que l'inspection directe est ici plus indispensable qu'ailleurs, car, dans les maladies de l'oreille, les symptômes subjectifs ne sont nullement en rapport avec l'impor-

---

des inspecteurs une hiérarchie réelle et des principes d'avancement respectés.

Je prie donc l'Académie d'adopter ce qui, dans ma lettre, est de sa compétence, et de recommander le reste à la bienveillante attention de Son Excellence le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

ALIBERT,
Inspecteur des eaux d'Ax.

— L'Académie royale de médecine de Belgique, dans sa séance du 28 avril dernier, a procédé à l'élection de plusieurs membres titulaires et de membres correspondants étrangers. Parmi ces derniers, nous remarquons la nomination de MM. Larrey et Ed. Burdel (de Vierzon).

— La Société de médecine de Toulouse a tenu, le 20 mai dernier, sa séance publique annuelle.

Après un brillant panégyrique d'un médecin toulousain, François Bayle, prononcé par M. Gaussail, le secrétaire général, M. Naudin, a lu le compte rendu des travaux de l'année.

Des médailles ont été accordées à MM. Millet (de Tours), Delaye et Dubiau (de Toulouse), Pellegrino Salvolini, docteur sarde. Une mention honorable à M. Reboulet.

MM. Giscaro et Janot ont été nommés membres résidants, et M. le docteur Appia membre correspondant.

La Société a proposé, pour sujet de prix à décerner en 1861, la question suivante :

De l'influence de la culture sur les végétaux employés en médecine.

Le prix est de 300 francs.

Un autre prix de la même valeur sera accordé, en 1862, à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante :

Faire connaître, au point de vue pratique, les diverses maladies dans lesquelles les préparations arsenicales sont réellement utiles.

Les mémoires doivent être adressés, avant le 1er janvier, dans les formes académiques, au secrétaire général de la Société.

---

tance de l'altération, et nulle part on ne peut aussi mal tirer parti du dire des malades. Un furoncle, un eczéma dans le conduit auditif externe peuvent produire la surdité la plus intense et les plus fortes douleurs; une simple accumulation de cérumen entraîne, outre la surdité, le plus insupportable bourdonnement, et même le vertige le plus incommode, de sorte que l'on croirait plutôt avoir affaire avec une maladie organique du cerveau. D'un autre côté, l'on rencontre assez souvent de vastes perforations du tympan et de grandes altérations de l'oreille moyenne, qui ne se font remarquer du patient que par plus ou moins de surdité. Tous les différents maux de l'oreille, écoulement, douleurs, bourdonnement, et le plus fréquent de tous, la surdité, procèdent, cela s'entend de soi-même, des causes les plus diverses. Le diagnostic et le traitement dépendent donc surtout des résultats de l'exploration, qui ne nous fournit pas seulement des données sur l'état des parties directement explorées, mais encore sur celui des parties connexes. Le tympan forme, comme chacun le sait, la cloison entre le canal auditif externe et la cavité tympanique, et reçoit à sa surface interne une couche de la muqueuse de cette cavité, de sorte qu'il prend toujours part aux altérations qui atteignent celle-ci, et, par suite, un observateur attentif reconnaît déjà, dans la plupart des cas, par la simple vue du tympan, les affections qui frappent l'oreille moyenne, et surtout le catarrhe, qui y est si fréquent. Les maladies idiopathiques et isolées des trompes d'Eustache sont très probablement aussi rares que celles de l'appareil nerveux, et le diagnostic de la *surdité nerveuse* ne pourrait, en tous cas, être fait que lorsque les autres organes, et avec eux le tympan et la caisse tympanique, n'offrent aucun changement; mais nous ne sommes pas non plus en état d'établir ce diagnostic sans une exploration exacte et bien entendue du tympan.

Ce fâcheux état de choses a une autre conséquence; c'est le dédain avec lequel on traite d'ordinaire l'otiatrie. Beaucoup de praticiens, j'entends des plus avancés de la science, m'ont avoué franchement qu'il leur était, au fond du cœur, toujours désagréable qu'un sujet atteint d'une maladie des oreilles s'adressât à eux, parce qu'ils se sentaient toujours embarrassés. Il est de vieille expérience que l'on affectionne ce que l'on comprend bien, et réciproquement, personne n'aime ce qui lui rappelle ses faiblesses et les lacunes de son savoir. De leur côté, les malades se sentant abandonnés et livrés au hasard, perdent rapidement toute confiance. Enfin, aux médecins eux-mêmes, on peut aisément offrir des ouvrages superficiels et vides de sens, et d'autant plus facilement qu'on s'entend mieux à les couvrir d'un vernis scientifique, et à se présenter avec hardiesse et originalité. Tous ces regrettables inconvénients qui se sont perpétués jusqu'à présent se lient étroitement les uns aux autres, et au commencement comme à la fin nous retombons toujours dans le même cercle vicieux; le plus grand nombre des médecins ne sont pas en état d'explorer l'oreille.

Entrons à ce sujet dans quelques développements.

A la première inspection, nous ne voyons du conduit auditif que l'entrée. Si avec le pouce nous poussons le tragus en avant, et tirons avec les autres doigts la conque en arrière, nous élargissons un peu cette entrée, et pouvons aussi voir la partie la plus externe du conduit. Ordinairement on ne voit rien plus profondément, et il faut des instruments pour explorer le canal osseux et le tympan. Quels sont, anatomiquement parlant, les obstacles qui nous rendent ainsi difficile cette exploration, et qui, dans la règle du moins, ne nous permettent pas de voir plus profondément? Ce sont, premièrement, la direction sinueuse et non pas droite du canal, les petits poils qui croissent dans son intérieur, et enfin sa grande longueur par rapport à son peu de largeur. Les deux premiers obstacles ne permettent pas à l'œil de l'observateur de pénétrer dans la profondeur, et tous les trois réunis font que, dans les circonstances ordinaires, les parties internes ne peuvent être éclairées suffisamment. Donc, si nous voulons voir le tympan exactement, comme la partie la plus profonde, nous devons d'abord redresser la courbure du canal, mettre de côté les petits poils, et enfin éclairer le fond. Ces trois conditions doivent être remplies convenablement si nous voulons arriver à voir et à observer le tympan et la partie la plus profonde du canal exactement, et à l'égal d'organes situés à la superficie du corps.

Afin de surmonter les obstacles qu'offre la structure même du canal, on se sert depuis longtemps, pour son exploration, du spéculum de l'oreille. Il y en a deux espèces principales, qui comptent une quantité infinie de variétés. Les uns sont susceptibles d'une dilatation, n'étant pas formés d'une seule pièce; ils ont, pour la plupart, la forme d'une pince. Les autres ne peuvent pas s'ouvrir, et se composent d'une seule pièce représentant un cylindre ou un cône creux.

En Allemagne et en France on emploie principalement les premiers, surtout celui de Kramer et d'Itard, qui n'est qu'une variété de l'instrument décrit au XVIIe siècle par Fabricius Hildanus. Quant à sa valeur pratique, il n'y a pas de doute que l'on ne puisse, avec lui, bien explorer l'oreille; il s'agit seulement de savoir s'il répond au but proposé de la manière la plus sûre et la plus simple, et si sa disposition correspond parfaitement à l'arrangement anatomique des parties. Je nie cela, et préfère, sous tous les rapports, les instruments simplement en forme d'entonnoir, et particulièrement ceux de Wilde ou de Gruber.

Comme il y a une grande différence dans la valeur pratique des deux instruments, il importe d'entrer dans quelques détails. Par quoi est occasionnée la direction anguleuse ou sinueuse du canal auditif, et quelle est la manière la plus facile de la faire disparaître et de la changer en une droite? La courbure principale du canal, celle qui entre surtout ici en ligne de compte, résulte de ce que les grands axes des canaux osseux et cartilagineux ne forment pas une ligne droite, ne sont pas une continuation immédiate l'un de l'autre, mais se joignent en formant un angle obtus ouvert en bas et en avant, c'est-à-dire que le canal cartilagineux ne suit pas la même direction que l'osseux, mais se courbe, depuis son origine, en avant et en bas, et est situé ainsi plus bas et en même temps plus en avant. Ces deux parties maintenant les canaux osseux et cartilagineux n'adhérent pas immédiatement l'une à l'autre directement ou par une substance roide et inflexible, mais elles sont reliées par un tissu fibro-membraneux extensible fort quoique lâche, qui donne au canal cartilagineux une mobilité passive et la possibilité d'un déplacement assez considérable, et chacun peut s'en persuader sur sa propre oreille. Ainsi donc la courbure produite par la rencontre anguleuse des deux portions du canal auditif peut facilement être effacée en tirant, en arrière et en haut, avec la main, la conque de l'oreille et avec elle le conduit cartilagineux; ce dernier vient ainsi se placer dans la même direction que l'osseux, de sorte que cela suffit pour donner au canal auditif, *in toto*, une direction droite. Cette manœuvre n'exige l'emploi d'aucun instrument quelconque, et si l'on a de cette façon, en tirant la conque en arrière et en haut, redressé le canal auditif, on pourra déjà, dans quelques cas, éclaircr les parties profondes et le tympan. Cela réussit surtout lorsque le conduit est suffisamment large, et les petits poils dont j'ai parlé plus haut peu développés; mais, ordinairement, ces poils gênent trop, par l'obstacle qu'ils apportent à l'entrée de la lumière. Le but des instruments que l'on introduit dans le canal auditif est donc de parer à ces légers obstacles en poussant les poils contre ses parois, et, d'un autre côté, d'en faciliter le redressement déjà possible par l'action seule de la main, en retenant le canal cartilagineux dans la direction qui lui a été donnée en haut et en arrière. Maintenant, quant à la première de ces conditions, elle sera, dans tous les cas, beaucoup mieux remplie par un entonnoir solide et non fendu, que par un autre dont les deux fentes, s'élargissant toujours plus par la pression, laissent inévitablement passer dans sa cavité les poils, les lamelles d'épiderme, et les petites parties de cérumen qui sont fixées à la paroi du canal, et qui, par leur présence, rendent en partie illusoire l'utilité de l'instrument. Mais le second but du spéculum, le maintien du redressement du canal, déjà opéré par la main, sera atteint avec un entonnoir solide, au moins aussi bien, sinon plus facilement, et avec moins d'incommodité pour le malade, qu'avec un instrument fendu dont la pression sur le côté ne peut être répartie si également. En outre, les entonnoirs simples sont beaucoup plus faciles à retenir dans la position donnée, et

cela au moyen d'une légère pression avec le pouce de la même main qui tient la conque de l'oreille. De cette manière, le spéculum une fois introduit, on a l'autre main complètement libre et l'on peut l'employer à des opérations plus ou moins utiles, comme elles sont si souvent nécessaires dans le conduit auditif, comme l'ablation d'un cheveu, d'une lamelle épidermique ou même la cautérisation, la ligature d'un polype, et l'ouverture d'un abcès dans le canal. Mais il en est autrement d'un spéculum en forme de pinces, comme celui de Kramer ou d'Itard, qui occupe presque toujours les deux mains à la fois, l'une pour le tenir, l'autre pour tirer la conque de l'oreille, par quoi les opérations citées plus haut sont rendues très difficiles à exécuter en même temps que l'exploration, sinon impossibles. Souvent on peut abandonner à soi-même le simple spéculum en entonnoir, s'il a été bien et assez profondément introduit, car il se tient seul en place ou se dérange de très peu seulement, de sorte que l'on a ainsi les deux mains libres, avantage qui, dans certaines circonstances, doit être hautement apprécié. Quant à la faculté d'élargissement des spéculums fendus, tous les avantages qu'on leur a attribués sont illusoires. Le seul endroit de tout le conduit auditif qui, vu son peu de largeur, demande quelquefois à être élargi, est l'entrée de ce canal. Mais, comme chacun le sait, le canal auditif cartilagineux ne consiste pas en un tube solide, mais a une structure analogue à celle de la trachée-artère, c'est-à-dire qu'il est ouvert d'un côté et fermé seulement par une masse membraneuse, et possède plusieurs petits intervalles fermés par du tissu cellulaire, les *incisuræ Santorini*. Il en résulte ainsi que, par sa structure même, le canal auditif se laisse très facilement étendre et élargir, et que l'on n'a pour cela nullement besoin d'un instrument particulier de dilatation, car tout entonnoir ou cône non fendu qui s'élargit vers l'une de ses extrémités, écarte déjà de soi-même plus qu'il ne serait nécessaire les parois du canal. C'est d'ailleurs à cet endroit plus rétréci du canal, qu'il faut borner tout essai de dilatation, car immédiatement après, la cavité devient plus spacieuse et est formée de parties osseuses solides. Ainsi donc, celui qui ne connaît pas exactement la limite des canaux osseux et cartilagineux, en enfonçant un peu profondément le spéculum de Kramer, procurera, à chaque ouverture un peu considérable de ses branches, par leur pression sur des parois osseuses, de violentes douleurs au malade. Cela arrive très souvent dans la pratique, et fréquemment des patients me racontent que de précédentes explorations avec le spéculum en forme de pince leur ont été très douloureuses. Ceci n'est naturellement pas la faute de l'instrument même, mais bien de son emploi mal entendu; mais il n'y a pas de doute que l'on risque beaucoup plus facilement de donner des douleurs avec le spéculum de Kramer qu'avec les simples entonnoirs de Wilde, et, en tous cas, la possibilité d'ouverture des premiers n'offre, pour l'exploration du tympan, aucun avantage de plus que les simples instruments non fendus et non dilatables. Seulement, dans les cas très rares où l'on désire précisément une dilatation considérable de l'entrée du conduit auditif, comme pour l'extraction de polypes qui s'étendent jusqu'à l'ouverture externe, ou pour l'incision d'abcès furonculeux, dans la partie la plus antérieure, je me sers d'un spéculum de Kramer. On peut aussi, dans les cas cités, au lieu de celui-ci, tenir les parois cartilagineuses écartées au moyen d'une pincette pourvue d'un fort ressort ou d'une pince à polypes. Je ne me sers ordinairement du spéculum Kramer, que pour l'exploration du nez, et l'on peut vraiment avec lui examiner la cavité nasale assez profondément dans les différentes directions, si l'on ouvre ses deux moitiés autant que possible pour écarter les parties cartilagineuses et membraneuses qui rétrécissent l'espace.

Après nous être donc ainsi convaincu que les spéculums dilatables à forme de pince n'ont pas plus d'avantages que les autres, qu'au contraire ils sont moins pratiques et moins commodes, et ont, outre cela, le grave inconvénient d'exiger presque toujours les deux mains pour leur emploi, il n'est pas nécessaire de recommander particulièrement les autres; nous voulons seulement les décrire avec plus de détails. Je regarde comme les meilleurs les petits tubes coniformes que Wilde a le premier décrits et représentés dans le *Dublin Medical Journal*, 1844, et plus tard dans ses *Observations pratiques sur l'otiatrie* (*Practical Observations on aural Surgery*, London, 1853, p. 61). Wilde y dit avoir vu un instrument pareil, pour la première fois, chez le docteur Gruber, à Vienne, de sorte que l'on devrait proprement donner à ce spéculum le nom de Gruber; mais quant à pouvoir dire si celui-ci l'a décrit publiquement avant Wilde, je ne le saurais. Ces petits instruments sont formés de tubes d'argent qui ressemblent à des cônes tronqués; on en emploie ordinairement trois de différents calibres, suivant la largeur du canal qu'il s'agit d'explorer, et tous les trois placés les uns dans les autres trouvent facilement leur place dans une poche de gilet quelconque. Chaque cône est environ long de 3 centimètres et demi: la plus grande ouverture, entourée d'un mince bourrelet, a 15 millimètres; la plus petite, 4, 5 et 6 millimètres en diamètre; ils doivent être très minces et légèrement travaillés, et la plus petite ouverture doit être parfaitement arrondie, afin qu'elle ne blesse ni n'excorie le conduit auditif pendant qu'on l'y introduit.

Je crois qu'il est assez indifférent que l'intérieur en soit brillant et poli, ou légèrement noirci; dans ma méthode d'éclairage, une surface interne brillante ne gêne pas du tout. Je nomme ces instruments *entonnoirs pour l'oreille* (*Ohrtrichter*), parce que je désirerais voir garder le nom de *miroir* (*Ohrspiegel*) pour un appareil d'exploration dont je parlerai plus tard.

Quand je veux en faire usage, je tire premièrement avec une main la conque de l'oreille en haut et en arrière, et lorsque la courbure du canal auditif est ainsi effacée, j'introduis le petit tube en lui imprimant de légers mouvements de rotation, aussi loin qu'il est nécessaire et que cela peut avoir lieu sans violence; ceci fait, la seconde main devient superflue, et le pouce de celle qui, entre l'indicateur et le médiau, tient le pavillon en le tirant doucement en haut et en arrière, se place sous le bord inférieur de l'ouverture externe de l'entonnoir. De cette façon, ce dernier et le canal cartilagineux sont maintenus dans la même direction, et l'on peut, par une légère pression du pouce, tourner et diriger l'instrument dans différentes directions pour voir exactement le tympan et les diverses parties du canal osseux. Ces mouvements du tube sont naturellement nécessaires, vu que le tympan est plus grand que la petite ouverture du plus grand entonnoir même, et que, de plus, on ne peut jamais voir tout le tympan d'une seule fois. Enfin, en retirant lentement le tube, on peut passer en revue chaque partie du canal et de ses parois. Tous ces mouvements du tube pendant et après son introduction ne feront mal que si on les produit violemment et brusquement, et non pas en tournant lentement l'instrument. Comme le canal auditif de certaines personnes est très sensible au contact du métal froid, j'ai l'habitude de toujours un peu réchauffer le tube par mon haleine avant de l'introduire.

Il est indispensable encore d'avoir pour l'exploration de l'oreille un instrument propre à enlever les lamelles d'épiderme, les petits paquets de cérumen, les poils et autres petits obstacles de cette nature qui, lors de l'introduction ou des mouvements de l'entonnoir, viennent souvent se placer devant sa petite ouverture, et empêchent ou troublent la vue des parties profondes. On emploie pour cela soit une sonde à boutons, soit encore mieux une pincette à crochets avec des branches longues et minces, qui seront pliées en forme de genou sur le corps de la pince, afin que l'on ne fasse pas ombre avec la main. Lorsque l'on enlève aux parois du canal ces petits corps étrangers, il faut se garder avec grand soin de toute forte pression sur ce dernier, qui est extraordinairement sensible. Je ne néglige non plus jamais de recommander expressément aux personnes de tenir la tête tranquille aussitôt que j'introduis la pincette ou la sonde par l'entonnoir, afin qu'il ne se produise aucun mouvement réflexe de la tête quand je touche, même légèrement, le canal auditif. S'il arrive qu'un peu de sécrétion liquide empêche la libre investigation des parties, on fera pour le mieux en l'enlevant avec un pinceau ordinaire que l'on fixe sur les branches de la pincette, et introduit ainsi par l'entonnoir, en contrôlant toujours exactement avec la lumière. Seulement, lorsque la sécrétion est plus abondante, j'emploie l'injection de l'oreille, car, aussi légère qu'elle soit, elle produit toujours une certaine

congestion, et une plus grande injection vasculaire des parties.

Très pratiques sont aussi les petits tubes de M. Taynbee à Londres (*Lancet*, 5 octobre 1850), dont la grande ouverture est plus large, et la partie la plus étroite est cylindrique, et correspondant à la forme ovale du conduit, qui est courbée ovalement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 JUIN 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la coloration des os du fœtus par l'action de la garance, mêlée à la nourriture de la mère*, par M. *Flourens*. — L'auteur présente à l'Académie un fœtus dont tous les os et les dents sont devenus rouges, et du plus beau rouge, par cette seule circonstance que la mère a été soumise à un régime mêlé de garance pendant les quarante-cinq derniers jours de la gestation.

Tout ceci est absolument ce qui se passe dans les animaux nourris eux-mêmes avec un régime mêlé de garance.

M. Flourens pense que ce fait résout affirmativement la question de savoir si le sang de la mère communique avec celui du fœtus.

PHYSIOLOGIE. — *Observations relatives à l'hérédité*, par M. *Coste*. — Les importantes expériences que notre illustre confrère vient de communiquer à l'Académie me suggèrent l'idée de signaler un fait curieux de coloration transmise par la mère, non point à l'embryon ou au fœtus développé, mais à l'œuf lui-même et à la substance du germe avant que cette substance ait subi aucune des transformations dont elle doit devenir le siége pour créer les premiers linéaments de l'être nouveau. C'est, à mon avis, le témoignage visible de la manière dont l'hérédité marque chaque être d'une empreinte originelle et introduit, avec la vie, les éléments de la santé ou de la maladie selon que ces éléments proviennent de source pure ou de source viciée.

Le fait auquel je fais allusion est emprunté aux poissons osseux de la famille des Salmonidés. Lorsque, dans cette famille, la chair des femelles est imprégnée de la matière particulière qui lui donne cette teinte plus ou moins intense connue sous le nom de *couleur saumonée*, le contenu des œufs que pondent ces femelles est lui-même imprégné de cette matière colorante, et l'intensité de cette coloration est proportionnée à celle de la mère.

Si, au contraire, les femelles sont placées dans des conditions où leur chair perd cette teinte, les œufs qu'elles pondent dans ces nouvelles circonstances n'en portent plus de trace ; ils sont blancs comme la chair de la mère dont ils proviennent.

Or, si en donnant à la chair de la mère, par le seul fait de l'action des milieux ambiants, une qualité aussi fugitive, on peut faire que cette qualité soit répercutée dans la substance du germe, on voit comment, quand il s'agit d'une diathèse cancéreuse, tuberculeuse, etc., le mal devient nécessairement un héritage, et cet héritage ne se borne pas à l'introduction de l'élément morbide dans un point quelconque, mais à son infusion dans l'organisme tout entier, ce qui se démontre par la manière dont cet organisme se constitue.

PHYSIOLOGIE. — *Observation d'un fœtus de vache mort dans l'utérus, et y ayant séjourné pendant huit mois après sa mort*, par M. *Eug. Chevandier*. — Les membranes de l'œuf étaient intactes et complètes. Elles ne renfermaient pas de liquide amniotique ; le cordon et le placenta avaient été aussi expulsés : le placenta était un peu atrophié, le cordon assez grêle ; le tout revêtait une couleur noirâtre. Le fœtus, retiré de ses enveloppes, paraissait complétement momifié, et les chairs, pour la couleur et la consistance, ressemblaient à du jambon fumé. La position n'était pas normale. La longueur totale du corps, mesurée de la crête occipitale à l'extrémité caudale, était de 48 centimètres. La peau était glabre. Quelques poils recouvraient seulement l'extrémité de la tête. Elle était complétement noire. Les chairs paraissaient atrophiées : elles offraient une consistance très dure. Enfin il y avait aplatissement de la totalité du corps, dans le sens du diamètre transversal.

Ce fœtus était âgé de cinq mois et demi environ. Les causes de sa mort sont inconnues. Il est seulement extrêmement remarquable qu'il ait pu séjourner huit mois dans l'utérus et y ait subi une transformation qui le rapprochât de l'état de momification.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Genèse des proto-organismes dans l'air calciné et à l'aide de corps putrescibles portés à la température de 150 degrés*, par M. *F. Pouchet*. — L'auteur rappelle qu'il y a bientôt un an et demi il annonça à l'Académie qu'il se produit des proto-organismes dans des appareils hermétiquement clos, chauffés à 100 degrés, et ne recevant que de l'air qui a été lavé dans de l'acide sulfurique ou porté à la température rouge, et que, par conséquent, les expériences de Schultz et de Schwann, sur lesquelles quelques physiologistes se fondent uniquement pour combattre les générations spontanées, devaient être considérées comme non avenues. La première de ces assertions ne fut l'objet d'aucune contestation sérieuse ; mais la seconde, au contraire, fut vivement controversée.

Depuis ma première communication, ajoute M. Pouchet, je n'ai pas cessé de perfectionner l'expérience en question, et je puis assurer aujourd'hui qu'elle réussit constamment lorsqu'on la dirige avec tout le soin qu'elle exige, et qu'elle démontre manifestement que les organismes qu'on voit se produire dans les appareils n'ont évidemment pu y être apportés du dehors. Le procédé était aussi simple que facile à trouver ; il consiste uniquement à ne plonger le corps putrescible dans l'eau qui subit l'ébullition qu'après que celle-ci est totalement refroidie et que l'air calciné est rentré dans l'appareil. En procédant ainsi, on peut chauffer ce corps jusqu'à 150 degrés et plus sans compromettre le succès de l'opération.

Après un temps très variable, et dont la durée est en rapport avec la température, la proportion et la nature du corps employé, le liquide se trouble, et bientôt après il y apparaît des Microzoaires ou des Mucédinées. Et ce qui est essentiellement à remarquer, et ce que cependant les physiologistes ont passé inattentivement, c'est que *jamais* ces Microzoaires ne sont identiques avec ceux qui apparaissent dans les mêmes décoctions placées au contact de l'air. Tous appartiennent à des degrés inférieurs de l'échelle zoologique. Il en est presque toujours de même pour les Cryptogames. Ainsi, dans les appareils hermétiquement clos, tous les Microzoaires que l'on rencontre appartiennent au genre *Amiba*, *Monas*, *Trachelius*, *Bacterium*, *Vibris*, *Spirillum*, et jamais on n'y découvre ni Vorticelles, ni Kolpodes, ni Paramécies, ni Glaucomes, ni Kérones, etc. Cependant, si les œufs des animalcules provenaient du dehors, il deviendrait absolument impossible d'expliquer rationnellement cette délimitation.

Tous les physiologistes sont unanimement d'accord sur ce point : c'est qu'aucun œuf, aucun animal, aucune plante ne résiste à la température humide de 100 degrés. Nous avons fait beaucoup d'expériences sur ce sujet, et dans celles-ci nous avons toujours reconnu que cette température anéantissait absolument la vie dans tous les êtres organisés, et souvent même suffisait pour en altérer profondément la structure. Ainsi donc, lorsque, dans nos expériences avec l'air calciné, nous voyons apparaître des Microzoaires, ces animaux n'ayant pu résister à la température des appareils, ni provenir du dehors, l'hétérogénie seule peut en expliquer l'invasion.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur la mort par submersion*, par M. *J.-H.-S. Beau*. — Quelle est la cause qui, chez les noyés, s'oppose à la libre pénétration du liquide ambiant dans les voies respiratoires ?

Tel est le problème que l'auteur s'est proposé. Pour cela, il a institué et pratiqué trois séries d'expériences, et il a eu la précaution très importante d'employer des chiens de petite taille, parce que, voulant les tenir submergés immédiatement au-dessous de la

surface de l'eau pour mieux observer leurs mouvements, il pouvait facilement, avec l'assistance d'un aide, les maintenir dans cette position.

M. Beau a reconnu que l'immersion des orifices naturels de la respiration est, chez les animaux qui se noient dans les circonstances ordinaires, la condition de laquelle résultent, par action sympathique ou réflexe, l'occlusion spasmodique des sphincters ou orifices de la respiration, et l'arrêt des mouvements respiratoires. Quant à la très petite quantité d'eau écumeuse que l'on trouve dans l'arbre bronchique, elle y a pénétré à la faveur d'une seule inspiration, faite brusquement dans le premier moment où l'animal est surpris par l'immersion.

D'où il résulte que la mort des noyés a la plus grande ressemblance avec celle qui survient par suite d'une affection tétanique des muscles de la respiration. (*Comm.*: MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

ANTHROPOLOGIE. — *Classification des diverses variétés du crétinisme*, par M. *Morel*. — L'auteur distingue cinq variétés ou catégories de crétins et de goîtreux:

Première catégorie; goitreux avec manifestation de cachexie et de torpeur intellectuelle. — Tous les pays qui renferment des crétins possèdent des goîtreux. On ne pourrait citer aucun exemple à l'encontre de ce fait. Toutefois, les goîtreux ne deviennent pas nécessairement crétins, et le goître ne fait pas le complément indispensable du crétinisme. Mais l'observation attentive des faits prouve que le goître est la première étape du crétinisme. Dans les contrées où le goître est endémique, on peut déjà distinguer sur la figure des individus les premiers linéaments du crétinisme : lèvres plus grosses, nez rond, légèrement épaté, arcades zygomatiques plus saillantes. D'un autre côté, la respiration est sifflante, pénible, parfois stertoreuse; la cachexie crétineuse commence à se montrer. Dans ces mêmes contrées, lorsqu'il y a complication d'éléments paludéens, la dégénérescence se montre sous un aspect qui se rapproche de plus en plus du crétinisme : tempérament lymphatique, hernies, gros ventre, torpeur intellectuelle, etc.

Deuxième catégorie; crétins à fécondité continue. — Les crétins de cette deuxième catégorie sont capables de se reproduire; beaucoup d'entre eux se marient. Ils ont la taille ordinaire des individus bien portants de la contrée. Ils commencent cependant à se distinguer de ceux-ci par une conformation plus vicieuse du crâne. Ils ont souvent la tête aplatie à la partie postérieure et supérieurement, tandis qu'elle est très élargie latéralement. Ils offrent un développement plus grand des arcades zygomatiques. Le nez est plus épaté, les lèvres plus grosses, le menton carré. La distance de la racine du nez à la commissure des lèvres est plus grande. Les os sont gros; les surfaces articulaires épaisses dysharmoniques. Il y a généralement disproportion entre les extrémités supérieure et inférieure. Le goître n'est pas toujours l'attribut des individus de cette catégorie.

Ces crétins ne dépassent jamais un certain niveau intellectuel. Ils ont la parole lente, embarrassée.

Troisième catégorie. — Les crétins de cette catégorie peuvent se diviser en deux sections. La première est composée de ceux qui peuvent encore, quoique péniblement, propager leur espèce; la seconde de ceux qui sont stériles.

Première section; crétins bornés en leur fécondité. — Ils se font tous remarquer par l'exiguïté de leur taille qui en fait des espèces de nains trapus, à la démarche incertaine et vacillante. La menstruation tardive, irrégulière, est en rapport avec la fécondité bornée de ces êtres dégénérés qui n'amènent qu'un fruit avorté ou des enfants peu viables.

Deuxième section; crétins stériles. — L'apparence extérieure est la même. Les organes de la génération sont atrophiés ou peu développés. Les crétins de dix-huit ou vingt ans de cette catégorie ont parfois les organes génitaux d'enfants de deux à trois ans. J'ai trouvé chez deux jeunes crétines les ovaires à l'état rudimentaire; l'utérus n'était pas plus développé que chez des enfants de trois ans.

Beaucoup de crétins de cette catégorie n'ont pas de seconde dentition. Leur existence moyenne est bornée. A vingt-cinq ou trente ans, ils présentent les caractères de la caducité. Le goître est très rare dans cette catégorie.

Quatrième catégorie; crétins aux dégénérescences complexes. — On rencontre chez ceux-ci toutes les variétés des têtes dégénérées, depuis le microcéphalisme jusqu'à l'hydrocéphalie, beaucoup de goîtreux, de sourds-muets, d'individus atteints de hernies simples ou doubles, affligés de coxalgies, de luxations congénitales. Les anomalies du côté des organes de la génération sont remarquables. En effet, à côté de la stérilité des uns, on observe le développement des organes générateurs chez les autres, et ceux-ci sont souvent très lascifs.

Cinquième catégorie; crétins monstrueux. — Ils ne marchent pas, ils se traînent et restent fixés au lieu où on les place. Ils ne présentent qu'une masse informe. Ils ont les yeux chassieux, les lèvres épaisses et d'où s'écoule la salive. Leur peau est noire rugueuse, les cheveux hérissés. Ils ont parfois des goîtres énormes. La parole rudimentaire et incomplète dans les troisième et quatrième catégories est remplacée ici par des cris inarticulés, sauvages. La sensibilité est obtuse. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

LARYNGOSCOPIE. — M. *L. Turck*, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne, adresse une réclamation de priorité à l'égard de M. *Czermak*, pour un ouvrage sur le *laryngoscope* présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, et mentionné dans le *Compte rendu* de la séance du 9 avril 1860. M. Turck établit ses droits sur douze publications successives dont il analyse plusieurs dans sa lettre. Ces publications ne sont pas encore parvenues à l'Académie. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie, à laquelle a déjà été soumis l'ouvrage de M. Czermak.)

ÉLECTION. — M. *Rathke* est élu membre correspondant pour la section de zoologie et d'anatomie, en remplacement de M. *Erenberg*, devenu associé étranger.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 JUIN 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : Un mémoire de M. *Kunkler*, sur les maladies épidémiques de la présente époque en Californie. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Follin*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (*Renvoi à la section.*) — *b.* Des lettres de MM. les docteurs *Halléguen* (de Châteaulin) et *Faget* (de la Nouvelle-Orléans), qui sollicitent le titre de membres correspondants. (*Commission des correspondants nationaux.*) — *c.* Un travail intitulé : *De l'inutilité des applications du crayon de nitrate d'argent dans le traitement des taches de la cornée*, par M. le docteur *Alex. Mayer*, médecin-adjoint des Quinze-Vingts. (*Comm.*: MM. Velpeau, Jobert et Malgaigne.)

M. *Boulay* présente, au nom de M. *Sanson*, un opuscule intitulé : *Le meilleur préservatif de la rage.*

M. *Boudet* dépose sur le bureau un manuscrit contenant une nouvelle analyse des Eaux-Bonnes, par M. le docteur Filhol (de Toulouse). (*Comm.* : MM. Boudet, Henry et Poggiale.)

M. *Velpeau* met sous les yeux de l'Académie un liquide provenant d'une hydrocèle, dont il a fait récemment la ponction, chez un malade qui n'avait aucune lésion, ni de l'épididyme, ni du testicule, ni de ses enveloppes. Il pense que ce liquide, qui a l'apparence et l'opacité du lait, et qui ne ressemble en rien à la sérosité louche et lactescente qu'on trouve quelquefois dans ces sortes de tumeurs, mérite de former une variété particulière d'hydrocèle. M. Velpeau demande, en conséquence, que l'analyse chimique en soit faite dans le laboratoire de l'Académie.

M. *Robin* dit qu'il a fait l'examen microscopique du liquide dont

parle M. Velpeau. Il n'y a point trouvé trace de spermatozoaires, mais il y a rencontré abondamment les corpuscules spéciaux qui colorent la liqueur spermatique des sujets stériles par suite d'épididymite double. Ces corpuscules restent en émulsion, quoiqu'on fasse pour les précipiter; ils ne se déposent point et passent à travers les filtres les plus déliés. M. Robin ajoute que l'analyse du liquide pathologique présenté par M. Velpeau a été entreprise par M. Wurtz.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Devergie* se défend d'avoir cherché à soulever une discussion et à provoquer M. Trousseau, quoi qu'en ait dit cet orateur dans l'avant-dernière séance. Une semblable intention était d'autant plus éloignée de son esprit, qu'en venant exposer devant l'Académie une application nouvelle et heureuse du perchlorure de fer, il s'attendait à trouver un appui plutôt qu'un adversaire dans M. Trousseau.

M. Devergie annonce qu'il ne suivra pas M. Trousseau dans les hautes considérations de thérapeutique générale où il s'est engagé; il examinera seulement celles des assertions de son contradicteur qui ont plus spécialement trait à son rapport.

L'orateur déclare qu'il fait assez bon marché des théories relatives à l'action intime des médicaments, et que s'il a abordé cette question, c'est qu'elle était soulevée et longuement traitée dans le mémoire de M. Pize (de Montélimart). Les théories, en effet, sont inconstantes; elles changent avec les temps et avec les hommes. En thérapeutique, elles ne sauraient avoir qu'une importance très secondaire; ce qu'il y a d'essentiel, c'est de savoir qu'un médicament guérit.

M. Devergie conteste l'analogie que M. Trousseau s'est efforcé d'établir entre le *purpura hæmorrhagica* et le *purpura lenticulaire* à poussées successives. Le premier, en effet, est une affection d'une très grande gravité qui compromet promptement l'existence des malades; la seconde forme, au contraire, est toujours bénigne; elle n'est pas toujours précédée de fièvre; le plus souvent elle ne s'annonce que par du malaise; enfin, elle guérit spontanément sans forcer le malade à interrompre ses occupations. C'est ainsi qu'un membre de l'Académie, atteint pendant plusieurs années de purpura lenticulaire tous les étés, ne négligeait pour cela ni sa clientèle, ni ses devoirs d'académicien. M. Trousseau a donc eu tort d'assimiler, au point de vue du pronostic, le purpura lenticulaire au *purpura hæmorrhagica*. L'argument qu'il a tiré de cette prétendue similitude contre les assertions de M. Pize est donc sans aucune valeur.

M. Trousseau a réduit au nombre de trois seulement les cas de *purpura hæmorrhagica*, efficacement traités par le perchlorure de fer, et il a considéré ce nombre comme très insuffisant pour établir et légitimer l'utilité de la nouvelle application de ce remède. M. Devergie déclare que M. Trousseau se trompe, et qu'au lieu de trois faits il en existe déjà sept favorables à l'emploi du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica* : ce sont d'abord les trois cas de M. Pize; puis les quatre observations appartenant à MM. Bourguignon (dans le *Moniteur des hôpitaux*), Ardouin, de Saint-Ybars (dans la *Gazette médicale de Strasbourg*), Blache et Daudé (de Marvejols). L'orateur rectifie donc l'erreur M. Trousseau, et pense que sept cas de guérison, et d'une guérison prompte, sont bien de nature à fonder la valeur thérapeutique du perchlorure de fer dans une maladie aussi grave, aussi dangereuse, que le *purpura hæmorrhagica*.

M. Devergie, en présence des dénégations de M. Trousseau, se demande si son honorable contradicteur n'aurait pas eu quelque intérêt personnel à nier l'efficacité du perchlorure de fer. Les faits annoncés par M. Pize ne portent-ils pas, en effet, une grave atteinte à la théorie de M. Trousseau relativement à l'action des ferrugineux? Suivant cette théorie, on le sait, le fer n'exercerait pas une action reconstituante directe en se combinant à certains éléments du sang; son influence serait toute locale, elle s'exercerait sur la muqueuse gastrique et intestinale, dont elle augmenterait l'activité fonctionnelle; et c'est en activant ainsi les phénomènes d'assimilation et de nutrition que les ferrugineux deviendraient indirectement des agents reconstituants. D'après M. Trousseau, l'action du fer serait donc entièrement dynamique.

Me voilà, dit M. Devergie, naturellement conduit à examiner la question de doctrine. Je me trouve forcé, par l'argumentation de M. Trousseau, à prendre la défense des théories chimiques, dont je ne suis cependant pas partisan.

M. Trousseau ne comprend pas comment le perchlorure de fer, absorbé par les veines de l'estomac, charrié par le sang à travers le foie, les poumons, le cœur, etc., n'exercerait son action coagulante que lorsqu'il est arrivé dans l'organe qui est le siége d'une hémorrhagie, l'utérus, par exemple. M. Devergie croit qu'il n'est pas plus facile de dire pourquoi l'action dynamique, admise par M. Trousseau, se localiserait de la même manière, et il pense qu'en somme les deux explications se valent.

D'après les chimistes, le perchlorure de fer forme une combinaison soluble avec l'albumine dans l'estomac; et c'est à cet état qu'il est absorbé, et qu'il concourt à la formation des globules. M. Trousseau ne niera pas la propriété qu'ont les préparations martiales de former avec l'albumine un composé soluble; c'est un fait à l'égard duquel les expériences de laboratoire ne peuvent laisser aucun doute; et il n'y a aucune raison pour admettre que les choses se passent autrement dans l'estomac que dans un vase inerte.

Quant à l'absorption du composé albumino-ferrugineux, rien ne s'y oppose. M. Devergie cite à ce propos un passage emprunté au TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE de M. Trousseau, et relatif à l'acétate de plomb, passage dans lequel M. Trousseau dit que l'acétate de plomb pénètre dans le sang, dont il modifie la crase, et qu'ensuite il diminue certaines sécrétions morbides (la sueur des phthisiques par exemple) en vertu d'une action dynamique, élective. Si M. Trousseau admet et l'absorption et l'action élective pour l'acétate de plomb, pourquoi les rejette-t-il quand il s'agit du perchlorure de fer? Il y a plus, en niant aujourd'hui l'absorption de ce sel, M. Trousseau se met en contradiction formelle avec ce qu'il disait encore tout récemment dans la 6[e] édition de son TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE (article *Perchlorure de fer*, 3[e] conclusion).

M. Devergie regrette que M. Trousseau ait attaché le nom de *chimiâtres* à d'aussi illustres chimistes que Liebig et Dumas, les mettant ainsi sur la même ligne que Paracelse et ses pareils. Il lui reproche surtout de n'avoir rien mis à la place des théories chimiques. Il est vrai que M. Trousseau devait être fort embarrassé par l'action extrêmement rapide du perchlorure de fer dans le purpura hémorrhagique.

Il est incontestable que quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer, ajoutées à du sang, en augmentent la plasticité; et c'est ainsi, au moins en partie, que cette solution agit localement comme hémostatique. M. Trousseau ne le nie pas; mais il n'admet pas l'hémostasie interne, par la raison que le perchlorure de fer, à titre de coagulant, devrait coaguler le sang dans tous les points de l'économie, lorsqu'il est introduit dans le torrent circulatoire. Mais l'alcool et tant d'autres agents qui coagulent l'albumine ne pénètrent-ils pas impunément dans le sang? Il faut d'ailleurs admettre que le perchlorure de fer, tout en augmentant la plasticité du sang, exerce en même temps une action resserrante sur tout le système capillaire, et arrête ainsi les hémorrhagies.

« Quoi qu'il en soit du mode d'action du perchlorure de fer, dit M. Devergie en terminant, son efficacité dans le traitement du *purpura hæmorrhagica* est mise hors de toute contestation. C'est un immense service rendu à la science de l'avoir signalé. Je maintiens, en conséquence, mes conclusions. »

M. *Poggiale*, après avoir loué la parole entraînante et fascinatrice de M. Trousseau, dit que lorsqu'on analyse ces discours harmonieux et séduisants, on est surpris de voir que l'orateur n'a aucune conviction, et que ses assertions contradictoires ne reposent sur aucune preuve sérieuse. Ainsi, ce qui ressort le plus clairement de la dernière dissertation de M. Trousseau, c'est la négation des travaux accomplis par les chimistes et les physiologistes depuis plus de soixante ans.

Le fer, poursuit M. Poggiale, se trouvant dans le sang en pro-

portion notable, et étant un des principes constituants de l'hématosine, qui contient 10 pour 100 de peroxyde de fer, on comprend que l'on ait cherché à expliquer son action dans l'économie, et la propriété incontestable qu'il possède d'accroître la richesse du sang.

On a émis plusieurs opinions sur l'action des ferrugineux dans la chlorose. Les uns, en très petit nombre, pensent que le fer passe directement dans le sang, et vient s'ajouter aux globules sans en augmenter le nombre. Dans cette manière de voir, la proportion de fer contenue dans chaque globule peut augmenter ou diminuer.

D'autres admettent que le sel ferrugineux absorbé et l'albuminate alcalin existant dans le torrent circulatoire se décomposent mutuellement; il se produit un nouveau sel alcalin et de l'albuminate de fer, véritable base du cruor. Ce serait donc par un fait chimique des plus simples, par une double décomposition, que le globule sanguin prendrait naissance.

Je remercie M. Trousseau, ajoute l'orateur, d'avoir supposé que les chimistes de l'Académie ne sauraient accepter de pareilles hypothèses, qui ne sont que des vues de l'esprit et qui ne reposent ni sur l'expérience ni sur l'observation.

Après avoir relevé l'expression de *chimiâtres*, employée par M. Trousseau, M. Poggiale aborde la question de l'action thérapeutique du fer. « Beaucoup de personnes, dit-il, pensent que le fer excite les fonctions digestives, favorise l'innervation et rend l'absorption des aliments plus facile. Dans cette hypothèse, le nombre des globules augmente sous l'influence du médicament, mais par l'action des forces vitales. M. Trousseau partage cette manière de voir. Suivant lui, la théorie vitaliste serait confirmée par les expériences de M. Réveil sur le sang de plusieurs chlorotiques; mais il résulte d'une lettre que M. Réveil m'a écrite à ce sujet qu'il n'a fait que trois analyses en 1846; que ces analyses ont été faites par le procédé très défectueux de M. Marguerite, et qu'enfin M. Réveil n'a publié nulle part les détails et les résultats précis de ces analyses. De son aveu même, elles sont donc tout à fait insuffisantes pour justifier la conclusion extraordinaire qu'en a tirée M. Trousseau, et surtout pour renverser de fond en comble la théorie chimique, ainsi que M. Trousseau l'espère. Je m'en tiens donc encore, comme par le passé, à ce que m'ont appris les savantes recherches de MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Lecanu, Tiedmann et Gmelin, etc.

Si l'on me demandait mon opinion personnelle sur l'action thérapeutique du fer, je répondrais que j'appartiens au camp très nombreux des médecins et des chimistes qui suivent avec intérêt les découvertes de la chimie moderne, font des analyses qui prouvent que dans la chlorose le chiffre des globules et du fer diminue, étudient avec soin l'action des ferrugineux sur le sang, et attendent un plus grand nombre de faits avant de formuler une théorie.

Mais, à coup sûr, je n'appartiens pas et n'appartiendrai jamais au camp des forces vitales. Je dirai pourquoi dans la prochaine séance.

Présentation.

M. le docteur *Miquel* présente trois malades auxquels il a appliqué un bandage herniaire de son invention, dans lequel le ressort est remplacé par un nouveau mécanisme.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 15 JUIN 1860.

Nouvelles observations sur la colique hépatique, par M. *Fauconneau-Dufresne.*

Fragment d'un ouvrage sur les maladies syphilitiques du système nerveux, par M. *Lagneau* fils.

V

BIBLIOGRAPHIE.

DIVERSES PUBLICATIONS SUR L'HYDROLOGIE MÉDICALE.

(Suite et fin. — Voir les numéros 21, 22 et 23.)

14° **Monuments de l'antique Néris;** par M. le docteur FORICHON. — Un vol. in-12, Néris, 1859. Chez Lafond-Marandet.

15° **De la thérapeutique hydrominérale des maladies constitutionnelles et en particulier des affections tégumentaires externes;** par le docteur ALLARD. — Broch. in-8, Paris, 1860. Chez Adrien Delahaye.

16° **Précis d'hydrologie médicale** *ou les Eaux minérales de la France dans un ordre alphabétique*, par le docteur Isid. BOURDON. — Un vol. in-12. Paris, 1860, chez J.-B. Baillière et Hachette.

Sous le titre de *Recherches historiques sur les eaux thermales de Néris*, M. Boirot-Desserviers a publié, en 1822, un ouvrage intéressant qui, jusqu'à présent, a servi de guide à tous ceux qui ont écrit sur cette station thermale. Or, depuis 1822, des fouilles journalières ont amené de nouvelles découvertes, qui sont venues, non-seulement ajouter aux richesses archéologiques de Néris, mais encore modifier l'interprétation qu'on avait donnée aux débris primitivement exhumés. L'histoire de Néris était donc à refaire. Un médecin indigène s'est chargé de ce soin, qui réclamait autant de patriotisme que de savoir et de patience. M. le docteur Forichon a donc entrepris, comme il le dit lui-même, de donner un *coup de balai* aux monuments de l'antique Néris. Il en donne un aussi, par la même occasion, et d'une main assez vigoureuse, aux ingénieurs et aux architectes qui, au lieu de respecter les ruines des thermes romains de Néris, ont saccagé irrévérentieusement une grande partie du vieil édifice. Nous nous associons sans réserve à la juste indignation et aux doléances rétrospectives de M. Forichon, et nous regrettons, comme lui, que la pioche d'un vandalisme officiel ait si fort maltraité « les restes savants d'un art à peine connu parmi nous. » L'auteur va même jusqu'à penser qu'il eût été « intéressant, à la place des piscines et des étuves actuelles, d'offrir aux baigneurs celles si complètes, si remarquables des Romains. » Il ne doute pas qu'une foule de nobles étrangers n'eussent été attirés à Néris par l'unique désir de se baigner dans une baignoire qui avait peut-être servi à Jules-César et à Julien l'Apostat.

Quelle que soit la beauté de l'établissement moderne, on eût mieux fait assurément de le construire dans le voisinage de l'ancien, que de l'élever sur ses ruines. Cette faute ne nous paraît pas suffisamment effacée par le soin qu'on a pris de faire de Néris la station thermale « la plus complète, la mieux dirigée et la plus luxueusement installée de toutes celles qui existent aujourd'hui en Europe. » L'éloge n'est point de nous; il sort de la plume de M. Rotureau, dont la compétence en balnéologie ne saurait être contestée. Mais nous avons en main des documents inédits qui nous paraissent justifier à merveille une louange aussi flatteuse. Néris possède une source abondante, fournissant 1000 mètres cubes d'eau en vingt-quatre heures, à 52°, et minéralisée principalement par le sulfate de soude, le sous-carbonate de soude et le chlorure de sodium. L'aménagement de l'eau minérale et l'installation balnéaire sont ce qu'on peut voir de plus achevé dans ce genre. Cinquante-huit cabinets de bains, suffisamment vastes, convenablement éclairés et ventilés, garnis de baignoires en marbre encaissées dans le sol et recevant l'eau par une ouverture latérale qui permet de prendre des bains à l'eau courante; — deux piscines tempérées à 34 degrés; deux piscines chaudes à 42 degrés, se convertissant, à une autre heure du jour, selon les besoins du service, en piscines intermédiaires à 36 degrés; — étuves de chaleur graduée; — douches de toute espèce et à température facultative : douches de vapeur, avec ou sans bain de vapeur, douches d'eau minérale, ascendantes, descendantes, latérales,

écossaises; douches en pluie, en cercle et en lame; massage, bains russes, bains d'immersion, bains de siége à eau courante, en un mot, appareil hydrothérapique complet : tel est l'ensemble des richesses balnéaires qui font de Néris un établissement sans rival. Il n'est personne qui n'ait entendu parler des *conferves* des eaux de Néris, sur lesquelles MM. de Laurès et Becquerel ont écrit un excellent travail dans le premier volume des *Bulletins de la Société d'hydrologie de Paris*. Cette plante thermale s'emploie en applications topiques ; elle avait été considérée longtemps comme un adoucissant, à l'égal d'un cataplasme de farine de graine de lin ; mais il paraît qu'une expérience plus soutenue a prouvé, en définitive, que les conferves jouissent de propriétés excitantes.

Les eaux de Néris s'administrent surtout à l'extérieur; dans quelques cas rares, on donne en boisson l'eau du puits de la Croix, à la dose de deux à six verres, le matin à jeun ; le plus souvent, elle est prise refroidie, à l'heure des repas. En général, les médecins de Néris aiment mieux associer à leur traitement externe l'usage, à l'intérieur, des eaux gazeuses acidules, de Chateldon, Châteauneuf, Saint-Pardoux, Vichy, Vals, etc.

Indépendamment du somptueux établissement destiné aux personnes aisées, Néris possède un bel hôpital, recevant cinq cents malades, chaque été. L'admission y est gratuite pour les habitants de la localité et pour quelques autres malades désignés par les membres du conseil d'administration, d'après l'avis du médecin-inspecteur. Les étrangers y sont reçus moyennant une rétribution de 30 francs pour vingt jours, aux frais du département qui les envoie.

La thermalité des eaux de Néris, la puissance et la variété des moyens balnéaires et hydrothérapiques dont cet établissement dispose, font que ces eaux minérales sont particulièrement indiquées et merveilleusement efficaces dans les états nerveux de toutes formes (hystérie, chorée, névralgie), dans les rhumatismes, même les plus compliqués, et surtout dans ceux qui s'accompagnent d'éréthisme nerveux ou qui, présentant encore un état subaigu, s'accommoderaient fort mal des eaux fortement minéralisées, sulfureuses ou salines. Quelques dermatoses, l'eczéma, le lichen, l'urticaire, sont avantageusement modifiées par la médication de Néris. Enfin, cette station thermale s'est acquis, dans le traitement des affections utérines, une vogue méritée, qu'elle doit moins à la vertu de ses eaux qu'à l'habileté spéciale de son médecin-inspecteur et à l'excellence des procédés hydrothérapiques dont il dispose.

Quelques personnes, mal informées sans doute, n'avaient-elles pas fait courir le bruit que l'inspecteur dont il s'agit allait quitter Néris pour un poste plus avantageux? Non ! nous savons très pertinemment que Néris n'est point menacé de cette calamité, et que, pour son bonheur, il conservera longtemps encore M. de Laurès, dont l'habile et intelligente initiative a si puissamment contribué à l'incomparable organisation de cet établissement et à la prospérité toujours croissante dont il jouit.

— Longtemps la thérapeutique hydrominérale a été le domaine de l'empirisme, de la fantaisie ou, qui pis est, de la réclame et de l'exploitation. Un pareil état de choses, si préjudiciable aux véritables intérêts de la science et de l'humanité, ne pouvait que jeter le discrédit sur la médication la plus puissante assurément que la nature ait mise entre les mains de l'art contre les maladies chroniques. Les efforts isolés de quelques hommes instruits et sincèrement convaincus n'auraient pu suffire à prévaloir contre les abus d'une spéculation effrontée, qui tournait si habilement à son profit la crédulité des malades et les incertitudes de la médecine à l'égard des propriétés curatives des eaux minérales. L'institution de la Société d'hydrologie, en réunissant dans un même faisceau les savants les plus spéciaux et les plus compétents, a créé une sorte de tribunal suprême où sont élaborées, examinées et discutées sévèrement toutes les questions qui se rattachent à l'étude si importante de la balnéologie ; dès lors, la balnéologie est sortie de l'ornière où la traînaient l'ignorance et le charlatanisme, pour devenir une science sérieuse, positive, et prendre le rang qui lui était dû parmi les plus belles acquisitions de la thérapeutique rationnelle. Le but que la Société d'hydrologie poursuit sans relâche, et qu'elle ne manquera pas d'atteindre, grâce aux lumières des membres qui la composent et au zèle des médecins hydrologues qui lui communiquent le résultat de leurs recherches, est de dissiper les incertitudes et la confusion qui règnent encore sur le degré de minéralisation et la valeur curative de certaines eaux, de poser nettement les indications de chacune d'elles, d'en établir rigoureusement la spécialisation, et d'en fixer le meilleur mode d'administration.

Parmi les travaux les plus remarquables à ce point de vue, nous croyons devoir signaler un mémoire récemment communiqué à cette Compagnie savante par M. le docteur Allard, et relatif à l'emploi des eaux minérales dans les maladies constitutionnelles, et en particulier dans les affections tégumentaires externes.

Adoptant pleinement et sans réserve la doctrine synthétique si savamment développée par M. Bazin dans ses *Leçons sur la scrofule*, l'auteur repousse le morcellement que l'école anatomique a introduit dans la nosologie, et, s'élevant jusqu'à la conception de l'unité pathologique, il pose en principe que « le médicament n'est pas destiné à agir exclusivement contre des organes affectés, mais contre des entités morbides, partagées en groupes, d'après l'analogie de cause, de symptôme et de traitement. »

Nous n'entrerons pas dans l'analyse détaillée de ce travail, qui touche aux problèmes les plus délicats de la thérapeutique des maladies constitutionnelles ; nous ne pourrions le faire sans exposer, assez longuement pour les rendre intelligibles, les opinions de l'auteur, et sans succomber peut-être à la tentation de les discuter, ce qui nous entraînerait au delà des bornes d'une simple bibliographie. D'ailleurs M. Allard déclare lui-même que ce n'est là qu'un essai, et que ce qu'il dit ne saurait avoir un caractère absolu. Son but a été seulement de tracer une méthode de thérapeutique des maladies constitutionnelles, et d'en faire l'application aux affections du tégument externe. L'insuffisance des matériaux ne lui permettait pas d'étudier, à ce point de vue, les affections du système lymphatique, celles des cordons nerveux, du tissu cellulaire et des membranes séreuses, des os et des viscères. Mais, pour combler cette lacune, il fait un appel au généreux concours de ses confrères ; et en leur soumettant sa méthode de thérapeutique hydrominérale, dont il ne se dissimule pas les imperfections, il espère les convaincre que « les progrès de l'hydrologie ne sont que dans les études nosologiques synthétiques précises. » Quant à nous, nous félicitons sincèrement M. Allard d'être entré résolûment dans la seule voie capable de féconder les résultats individuels fournis par l'observation clinique, et d'imprimer ainsi aux études balnéologiques le sceau de la vraie science.

— Le livre de M. Bourdon, qui ne compte que 300 pag., contient non-seulement une courte notice sur les eaux minérales de la France, comme l'indique son titre, mais encore quelques détails sur les sources étrangères les plus célèbres. L'auteur a suivi l'ordre alphabétique; aussi est-ce plutôt un dictionnaire qu'un traité sur la matière. Dans une introduction, M. Isidore Bourdon se livre cependant à quelques considérations générales sur les eaux, sur leur température, sur leur origine, etc. Il dit en passant quelques mots sur leur spécificité, à laquelle il croit sans en chercher l'explication dans les analyses chimiques; il se montre par cela même peu disposé *à priori* en faveur des eaux artificielles, et c'est aux sources seulement qu'il veut que les malades aillent chercher leur guérison. L'ordre alphabétique n'exigeait pas de classification ; M. Isidore Bourdon admet cependant l'ancienne division en eaux sulfureuses, alcalines, ferrugineuses et salines, et esquisse à grands traits leurs principales propriétés.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'appréciation qu'il fait des principales stations minérales et thermales; le plan de son livre, le nombre limité de ses pages, empêchent qu'il ne donne, même aux stations les plus célèbres et les plus importantes, des développements suffisants pour intéresser le médecin qui demanderait sur telle ou telle eau des notions à la fois précises et complètes. Mais ce n'a pas été là la prétention de l'auteur, il a voulu écrire un livre, court et substantiel, une sorte de vade-mecum, un précis en un mot, et, sous ce rapport, nous croyons qu'il a parfaitement atteint son but. Ajoutons que les notices consacrées aux eaux en

particulier se terminent par des notes complémentaires intéressantes, mais malheureusement très courtes, sur les bains thermaux d'hiver, les salles d'inhalation, etc., etc. — Dans les dernières pages, enfin, après des aperçus rapides sur les circonstances qui favorisent ou arrêtent la guérison, nous trouvons quelques aphorismes sur les maladies chroniques, sur lesquels nous ne nous arrêterons pas, parce que la plupart nous paraissent d'une telle évidence que nous n'apprendrions rien à nos lecteurs.

Dr A. LINAS.

VI

VARIÉTÉS.

Par décision du 25 mai, M. le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Aux termes du décret organique du 9 mars 1852, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au Conseil académique.

En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres, soit à M. le recteur de l'Académie de Montpellier, soit à M. le doyen de la Faculté de médecine de cette ville, d'ici au 20 juin courant.

Les pièces à fournir sont : 1° un acte de naissance dûment légalisé ; 2° le diplôme de docteur en médecine. Indépendamment de ces pièces, MM. les aspirants auront soin de faire connaître leurs titres, ouvrages et travaux antérieurs.

— M. le professeur A. Pouzin, directeur honoraire de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, vient de succomber à la suite d'une longue et cruelle maladie.

— Le concours pour les places d'agrégés à la Faculté de médecine de Paris (chirurgie et accouchements) vient de se terminer. Ont été nommés : Pour la chirurgie, MM. Bruchet, Dolbeau, Houel ; pour les accouchements, M. Tarnier.

— M. le docteur Durand-Fardel, médecin-inspecteur de l'établissement thermal d'Hauterive-Vichy, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'Allier.

— M. le docteur Barilleau, directeur de l'École de médecine de Poitiers, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels de médecins de la Vienne.

— La place de médecin-inspecteur, à Sailles-Bains (Loire), est vacante par suite du décès de M. le docteur Bellety, titulaire.

— On parle de la création prochaine d'une seconde place de médecin-inspecteur adjoint à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

— Le comité consultatif d'hygiène va dresser au premier jour ses listes de présentation pour la place de médecin-inspecteur à Encausse (Haute-Garonne), vacante par suite du décès de M. le docteur Camparan, titulaire ; et pour celles de médecin-inspecteur aux Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), et de médecin-inspecteur adjoint à Uriage (Isère.)

— M. le docteur Lemarchand, ancien chirurgien de la marine, vient de mourir à Landerneau (Finistère), à l'âge de cinquante-huit ans, à la suite d'un empoisonnement causé par le piqûre d'une aiguille à suture qui avait séjourné dans une plaie résultant de l'ablation d'une tumeur cancéreuse. (*Journal des connaissances médicales.*)

— L'inauguration de la saison aux eaux thermales d'Aix a eu lieu, le 27 mai, au milieu d'un nombreux concours d'invités, qui ont pris part à un banquet présidé par M. le syndic, entouré des autorités françaises et sardes.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur V. Baud, médecin-inspecteur de Contrexéville, est nommé deuxième médecin-inspecteur adjoint aux Eaux-Bonnes.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

THE DENTAL COSMOS. — N° 4. Sur le brossage des dents, par *White*. — Causes constitutionnelles de la carie dentaire, par *White*. — Influences intra-utérines, par *L. S.* — Anesthésie électrique appliquée aux opérations faites sur les dents, par *Oliver*. — 5. Remarques pratiques, par *White*. — Brossage des dents (suite). — Procédés pour écarter les dents, par *Allen*.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — N° 6. Sur l'inflammation, par *W. Stone*. — Fièvre typhoïde et son traitement, par *Smith*. — Traitement d'un malade piqué par une tarentule, par *Heard*. — Remarques sur les tarentulidées, par *Bennet Dowler*. — Sur la diphthérie, par *Cartwright*. — Recherches sur les typhus, par *Bennet Dowler*. — Fistule vésico-vaginale guérie par la suture à bouton, par *Richardson*.

THE JOURNAL OF MATERIA MEDICA. — Décembre. Remarques sur l'uva ursi, etc., par *Lee*. — Sur la valeur thérapeutique des plantes indigènes et étrangères, par *Filden*.

THE NORTH AMERICAN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW. — Novembre. Contributions à la jurisprudence obstétricale, par *Storer*. — Quelques remarques sur l'hypertrophie et la dilatation du cœur, par *Flint*. — Cas de rupture de l'utérus, par *Beecher Todd*. — Cas de *stomatitis materna* guérie par le sirop de phosphates, par *Creeve*. — Transactions de la Société pathologique de Philadelphie.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 36. Sur la chorée électrique (suite), par *Strambio*. — Observation de ligature des artères carotide primitive et sous-clavière droites à leur origine, par *Cuvellier*. — 37. Chorée électrique (suite). — Du drainage dans le traitement des plaies par arme à feu, par *Cuvellier*. — 38. Amaurose glaucomateuse aiguë guérie par l'iridectomie, par *Bono*. — Plaie pénétrante du genou, par *Rodolfi*. — 39. Cas d'hydrophobie, par *Bazzoni*. — Ligature des artères carotide et sous-clavière, etc. (suite). — 40. Crétinisme en Lombardie (suite). — Névropathie cérébrale apoplectiforme (suite). — État mental de *Giuseppe Curti*. — 44. Cas de gastro-hystérotomie suivie de succès, par *Vambianchi*. — 45. Cas d'anasarque et d'ascite guéris par l'usage de la soupe au lait et aux oignons, par *Bonino*. — Plaie de l'articulation tibio-tarsienne suivie de guérison, par *Rodolfi*. — Plaie du coude suivie d'ankylose, par *le même*. — 46. Épilepsie (suite). — Douleurs consécutives à une plaie de la région axillaire guéries par l'électricité, par *Rodolfi*. — 47. Épilepsie (suite). — 48. Épilepsie (suite). — Plaie du cou par arme à feu, par *Rodolfi*. — 49. Crétinisme en Lombardie (fin). — Névropathie apoplectiforme (suite).

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati sardi). — N° 44. Relevé des malades traités à l'hôpital de Savone (fin). — 45 et 40. Clinique, par *Berruti*. — 47. (Manque.) — 48. Projet de loi pour la création d'une magistrature sanitaire dans les États sardes, par *Borelli*. — Clinique, par *Berruti*. — 49. Clinique, par *Berruti*. — 50. (Manque) — 51. De l'hypnotisme anesthésique, par *Borelli*. — Clinique, par *Berruti*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO. — N° 20. Influence des filatures de soie sur la santé publique (suite). — 21. Rapport officiel sur les blessés français et autrichiens traités à l'hôpital Saint-Julien de Novare, par *Caire*. — Influence des filatures de soie, etc. (suite). — 22. Nouvelle sonde cannelée pour l'opération de la hernie étranglée, par *Pertusio*. — Influence des filatures de soie, etc. (suite).

IL FILIATRE SEBEZIO. — Octobre. De la congestion pulmonaire comme complication de la bronchite, par *Miranda*. — Sur les propriétés antisyphilitiques du guaco, par *Rossi* et *Pane*. — Novembre. Sur la stomatite observée à Pontecorvo, par *Posta*. — Décembre. Maladies miasmatiques observées dans la péninsule sorrentine, par *Astarita*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 300. Traitement du tétanos spontané, par *Gongora*. — Fièvre jaune (suite). — 301. Origine du choléra en Murcie, par *Peña*. — 302. Importance des eaux minérales, par *Genovès y Fio*. — 303. Traitement du choléra, par *Suarez y Gomez*. — 304. Avantages de l'antimoine diaphorétique sur l'émétique dans le traitement de la pneumonie aiguë, par *Pastor*. — Bases de la médecine (suite). — 305 et 306. Bases de la médecine (suite). — 307. Considérations sur la vie et les forces chimico-physiques, par *Sanchez y Gomez*. — Bases de la médecine (suite). — Opération de taille bilatérale, par *Aureliano Maestre de San-Juan*.

LA ESPANA MEDICA. — N° 201. Étiologie et traitement de la pellagre, par *Diaz*. — Vérité de l'hippocratisme (suite). — 202. Ulcères syphilitiques du prépuce, par *Pinilla*. — Vérité de l'hippocratisme (suite). — Empoisonnement par la santonine, par *Luques*. — 203. Opération d'un bec-de-lièvre double, par *Sagastume*. — Vérité de l'hippocratisme (suite). — De l'atropine dans le traitement des ulcères de la cornée, par *Aureliano Maestre de San-Juan*. — 204. Guérison d'un ulcère carcinomateux par le caustique sulfuro-safrané, par *Cano y Darat*. — Altération de l'économie par les ferments, par *Regodon Perez*. — Guérison d'une fistule à l'anus par l'incision, par *Castresana*. — Chimie pathologique (suite). — 205. Clinique, par *Moreno y Lopez*. — Chimie pathologique (suite). — Pronostic des affections mentales, par *Torres*. — 206. Vérité de l'hippocratisme (3e article). — Chimie pathologique (suite). — 207. Quatre cas de fièvre intermittente traités par le chloroforme, par *Herrero*. — Vérité de l'hippocratisme (suite).

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. | PARIS, 22 JUIN 1860. | N° 25.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 12 mai au 15 juin 1860.

84. ORTUGUIER, Émile-Achille, né à Gallardon (Eure-et-Loir). [*Des causes de l'hypertrophie du cœur.*]

85. PATÉ, F.-J.-F.-Jules, né à Netz-les-Marthille (Meurthe). [*De l'inflammation du col de l'utérus.*]

86. GENÈE, Auguste-Marie, né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine). [*Hygiène de la première enfance.*]

87. SAULGEOT, Jean-Jules, né à Beaune (Côte-d'Or). [*Du siége, de la nature, et du traitement du rhumatisme en général.*]

88. AMIARD, Charles, né au Mans (Sarthe). [*De la température du corps dans quelques états pathologiques.*]

89. WERNER, Joseph, né à Bernwiller (Haut-Rhin). [*De la phlegmatia alba dolens* : 1° Se rencontre-t-elle exclusivement chez les femmes en couches? 2° Quelles sont ses lésions anatomiques?]

90. LACOMBE, T.-B., né à Chalus (Haute-Vienne). [*De la méningo-encéphalite tuberculeuse des enfants.*]

91. TOURNIER, Eliacin, né à Druyes (Yonne). [*De la contusion du sein et de ses suites.*]

92. CALVO, Édouard, né à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Des accidents tertiaires et de leur traitement par l'iodure de potassium.*]

93. FERRA, Jean-Baptiste, né à Lyon (Rhône). [*De la cystalgie.*]

94. ADAM, Charles-Émile, né à Montcornet (Aisne). [*Quelques mots sur les principales manifestations du rhumatisme, et particulièrement du rhumatisme cérébral.*]

95. BOULLAND, Eugène-Édouard, né à Paris (Seine). [*De la leucorrhée.*]

96. AYMÉ, Charles, né à Médonville (Vosges). [*De la colique de plomb.*]

97. MIRZA-REZA-BEN-MÔKIM, né à Tauris (Perse). [*De la polyurie.*]

98. ALBESPY, François, né à Agen (Aveyron). [*Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pourriture d'hôpital, particulièrement par le perchlorure de fer.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
BOURBON.

FEUILLETON.

DES SCIENCES MATHÉMATIQUES, PHYSIQUES ET NATURELLES CONSIDÉRÉES COMME SOURCE DE NOS CONNAISSANCES EN PHYSIOLOGIE (1), PAR M. MARTIN-MAGRON.

A la page XI de son immortel ouvrage, Haller s'exprime ainsi : « Non caret equidem harum artium (il s'agit de la mécanique, de l'hydraulique, etc.) utilitas suis difficultatibus et si omnia computaveris quæ bona malave ab eorum cultoribus in physiologicis » introducta sunt, erunt forte qui feliciter nos bonis carituros aiunt » si una malis liberaremur. » Mais il a bien soin d'ajouter à la page XII : « Non ideo repudiandas leges crediderim quibus extra » corpus animale vires motrices reguntur : id volo nunquam transferendas ad nostras animati corporis machinas nisi experimen» tum consenserit. » C'est le 28 avril 1757, et à l'âge de quarante-neuf ans, que l'illustre physiologiste écrivait ces deux phrases. La première n'étonnera pas ceux qui n'ont point oublié qu'à cette époque la théorie humorale de Galien, les rêveries de Paracelse, les ferments de Sylvius, les explications mécaniques de Bellini, etc., avaient encore de nombreux partisans; la seconde pose nettement, à mon avis, la condition sans laquelle il y a quelque témérité à affirmer la légitimité de l'intervention des sciences physico-chimiques dans l'explication des phénomènes de la vie. Ici comme en toute occasion, Haller n'a guère laissé à ses successeurs autre chose à faire qu'à suivre ses conseils, imiter sa prudence et développer ses idées. Malheureusement on n'a pas toujours été fidèle aux indications tracées par le maître des maîtres, et l'on conçoit, *à la rigueur*, qu'il y ait encore aujourd'hui des hommes respectables à plus d'un titre qui repoussent presque indistinctement toute application des mathématiques, de la mécanique, de la chimie et de la physique, à la physiologie animale, et, par suite, à la médecine

(1) La haute importance de la question qui s'agite en ce moment à l'Académie de médecine ajoutera au prix déjà très grand de l'article qu'on va lire, et qui est extrait du PRÉCIS DE PHYSIOLOGIE HUMAINE, THÉORIQUE ET PRATIQUE, que l'auteur doit publier incessamment. A. D.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, ce 21 juin 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : VITALISME ET CHIMISME. PRINCIPES DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Toutes les fois que la question du vitalisme et de l'organicisme est agitée devant une compagnie nombreuse, il est aisé de s'apercevoir que la question n'est pas clairement posée dans l'esprit de la plupart des membres. Un orateur faisant profession de vitalisme prononce-t-il le mot d'action organique ou de propriétés vitales, on le déclare organicien sans le savoir. Et réciproquement, échappe-t-il à un adepte de l'organicisme de parler de la vie, le voilà atteint et convaincu de vitalisme. C'est ce qui est arrivé mardi à M. Poggiale. Les sourires de l'assemblée l'ont averti qu'il tombait dans une inconséquence impardonnable en saluant, pour ainsi dire, d'une parenthèse, la *cause inconnue de la vie*, dans le cours d'une bonne et substantielle dissertation sur la nature physico-chimique des actes par lesquels la vie se manifeste. Ainsi, pas de milieu; il faut assimiler l'homme à une pierre ou établir un antagonisme absolu entre les forces de l'organisme et celles du monde extérieur. Dès que vous admettez dans le sang ou dans le tube digestif la combinaison d'un alcali avec un acide, vous êtes tenu de dire pourquoi l'homme vit, d'expliquer la permanence de la forme dans l'individu et de l'individu dans l'espèce; de montrer comment, d'une petite poche cellulaire sort un mécanisme harmonique d'une complication prodigieuse. Si vous ne le pouvez pas, vous appartenez bon gré mal gré au vitalisme. Quant à nous, ce qui nous étonne, c'est qu'on puisse être vitaliste à si bon compte, et que Stahl, Barthez, Bérard et tant d'autres se soient donné la peine d'écrire tant de volumes sur une doctrine si simple et si courte. Nous avions cru jusqu'ici que le vitalisme, en tant que doctrine médicale, avait la prétention de former un dogmatisme complet, dont le principe théorique était l'admission d'une force initiale préposée à tous les mouvements, à toutes les opérations du mixte organique, susceptible elle-même d'augmentation, de diminution, de perturbation, et imprimant aux organes tous les contre-coups de ces changements, tantôt d'accord, tantôt en opposition avec les lois de la physique et de la chimie. Si nous nous sommes trompé, qu'on ne discute plus, car tout le monde peut se donner la main dans la même obscurité et la même ignorance. Mais si le vitalisme est bien tel que nous venons de dire, c'est lui qui se montre inconséquent en rangeant de force sous sa bannière celui qui se borne à une déclaration d'incompétence sur la cause de la vie.

Il faut sortir de cette confusion. Le cadre de l'organisme est donné on ne sait comment. Cet organisme jouit de propriétés qui n'appartiennent pas aux corps bruts; qu'on les appelle *organiques*, pour exprimer qu'elles n'appartiennent qu'à des organismes, ou *vitales* pour signifier qu'elles sont inséparables de l'état de vie; cela importe peu pourvu qu'on s'entende sur les mots. Mais voici la question, la seule qui puisse intéresser sérieusement des médecins. Dans ce cadre déterminé de l'organisme, les mouvements mécaniques, les phénomènes physiques, les échanges moléculaires, s'accomplissent-ils par d'autres forces que celles qui régissent la matière inanimée; ou ces dernières, en s'exerçant dans l'organisme, y sont-elles contrariées par d'autres forces de nature différente et propres uniquement aux corps animés? Eh bien, nous sommes profondément convaincu du contraire; et tout au moins pouvons-nous affirmer, dans l'état d'imperfection où est encore la science, que chaque jour qui s'écoule enlève un argument de fait à la théorie vitaliste et en apporte un à la théorie physico-chimique. Nous ne sommes pas ébranlé par les divagations de l'ancienne chemiâtrie. Les torts qu'on lui impute ne vinrent pas d'elle, mais de la chimie elle-même; et encore est-il juste d'ajouter (c'est une vue que nous voudrions voir porter à la tribune de l'Académie) que, si la chimie moderne doit de la reconnaissance à un Valentin, à un Paracelse, à un Libavius, la physiologie et la pathologie de nos jours se rencontrent en plus d'un point avec celles d'un Le Boë et d'un Boerrhaave. Nous ne sommes même pas touché des termes sévères dans lesquels Stahl bannit la chimie de la médecine. C'était un grand chimiste pour son temps que le médecin de Halles, et il semble qu'une telle proscription doive en être plus accablante. Mais quand on cherche dans ses œuvres la démonstration de cette prétendue résistance de l'organisme aux lois chimiques, on s'aperçoit que cette méthode expérimentale, dont il se faisait l'initiateur dans le domaine de la matière brute, il ne la poursuit pas dans celui de la matière animée. Et l'on pouvait bien s'y attendre en réfléchissant aux progrès tardifs de la chimie animale, surtout de la chimie pathologique, j'entends de la chimie positive. Il y a même ceci d'assez curieux que la science mo-

---

que Reil définit avec raison : la *physiologie* des corps organisés dans leur rapport de réciprocité avec le monde extérieur, appliquée au maintien et au rétablissement de la santé. Je ne comparerai pas ces hommes, comme le faisait Michelotti, au renard de la fable, qui, n'ayant pas de queue, proposait en plein conseil à ses collègues de se débarrasser de cet appendice, suivant lui inutile et incommode; il n'y a pas, au temps où nous vivons, un médecin dont l'opinion mérite considération, qui n'ait une teinture quelle qu'elle soit des sciences exactes. Il faut donc chercher ailleurs que dans une ignorance qui serait impardonnable la cause de cet anathème jeté sur les applications scientifiques. Je n'ose pas dire qu'on la trouverait peut-être dans la paresse inhérente à certains esprits qui, quand ils sont embarrassés pour l'explication d'un phénomène, trouvent plus commode, soit de regarder l'explication comme inutile, soit de faire intervenir un être plus ou moins fantastique ayant reçu du créateur (quand ils ne font pas intervenir le créateur lui-même) le pouvoir de produire ce phénomène; cela leur paraît bien plus commode, disais-je, que d'en faire une analyse patiente et laborieuse en mettant à profit des connaissances qu'on ne peut acquérir que par un travail de longues années.

Les contempteurs des applications scientifiques invoquent, à l'appui de leur manière de voir, quelques arguments dont il n'est pas inutile d'examiner la valeur. Les lois qui régissent les corps vivants, disent-ils avec Bichat, sont en opposition, en lutte continuelle avec celles qui régissent les actions qui se passent chez les corps bruts, et même chez les corps morts. On s'étonne de voir renouveler une assertion si souvent combattue avec succès; je cherche vainement en quoi les lois de la sensibilité, de la contractilité, propriétés exclusivement dévolues aux êtres vivants, sont en opposition ou en lutte avec les lois physico-chimiques. Les muscles sont contractiles, mais cela les empêche-t-il d'être pesants, élastiques, etc., et cette élasticité ne leur vient-elle pas en aide dans l'accomplissement des fonctions auxquelles ils sont destinés? Les nerfs conduisent les impressions; mais en sont-ils moins soumis pour cela aux lois physiques de la chaleur, de l'électricité? Dira-t-on que le sang, qui des membres inférieurs se porte au cœur, est

derne est venu contredire Stahl sur les exemples même qu'il avait choisis. Ainsi le célèbre animiste argue de ce que les substances *fermentescibles* dont l'homme se nourrit ne subissent pas ordinairement au-dedans du corps la fermentation acide. Or, il n'y a rien de plus connu aujourd'hui que les fermentations lactique, butyrique, acétique, qui s'accomplissent dans le tube digestif, et d'où résultent les gaz intestinaux. Nous conseillons à ceux qui en doutent, de consulter, entre beaucoup de traités de physiologie, celui de Donders, qui donne sur ce point les renseignements les plus positifs et les plus circonstanciés. M. Cl. Bernard a montré que les matières féculentes transformées en sucre par la salive peuvent, dans l'estomac même, si elles n'y rencontrent pas une quantité suffisante de suc gastrique, subir les transformations lactique et butyrique, et donner lieu à des érucations acides (*Cours de* 1855, p. 164). Budd et Beaumont ont constaté un travail de fermentation en pleine activité dans des matières vomies après l'ingestion de fruits, de pain frais, de vins nouveaux. Frerichs a consigné des observations semblables, où la fermentation acétique, au sein même de l'estomac, a été mise hors de contestation.

Combien d'exemples aussi significatifs ne pourrait-on pas accumuler ! M. Poggiale en a cité un grand nombre, qui sont pour la plupart excellents. Peut-être eût-il bien fait d'en ajouter qui répondissent plus directement à quelques-unes des assertions de M. Trousseau. Nous l'aurions voulu voir s'arrêter à la question de l'emploi des alcalins dans la dyspepsie acide. Déjà, au commencement de la séance, M. Nonat était venu rectifier l'assertion de M. Trousseau, concernant un illustre chimiste atteint de gravelle, qui avait inutilement usé des alcalins. Nous pourrions joindre notre témoignagne à celui de M. Nonat, car ce fait est à notre connaissance, et nous ajoutons que l'épouse même de ce chimiste, affectée de dyspepsie acide, a été soulagée par le même remède. Qu'une forte dose d'alcalins introduite dans l'estomac d'un chien y détermine une supersécrétion de suc gastrique, comme M. Trousseau l'a dit d'après M. Bernard, qu'importe? Ce n'est pas la *quantité* de suc gastrique qui détermine les gastralgies acides, et le médecin de l'Hôtel-Dieu, dont la pratique est si répandue, connait mieux que nous ces espèces de catarrhes stomacaux, fréquents surtout chez les enfants, formés d'un liquide très aqueux à réaction peu acide, provoquant des envies de vomir avec des douleurs gastriques, et qu'on guérit surtout par l'emploi d'aliments volumineux et absorbants, comme les soupes épaisses. D'ailleurs, l'administration des alcalins pourrait amener, dans certains cas, la formation d'acides dans l'estomac sans porter le moins du monde atteinte aux lois de la chimie. Il suffirait, pour cela, comme l'a dit d'ailleurs Frerichs, que les alcalins fussent en assez grande quantité pour neutraliser en partie l'acidité du suc gastrique. Le défaut d'acidité alors produit ici ce que produisait tout à l'heure l'insuffisance de quantité, et la fermentation lactique s'établit.

On trouvera, il est vrai, des circonstances dans lesquelles l'action chimique, s'exerçant au sein de l'organisme, ne se conformera pas aux prévisions de la théorie. Mais il faut se faire une idée bien étroite, nous ne dirons plus de la vie, mais des sciences chimiques elles-mêmes, pour accorder une grande importance à cette objection. On a dit pendant longtemps que la *chimie des chimistes* était impuissante à reproduire des composés organiques. On en fabrique maintenant par vingtaines, et souvent en combinant ensemble, notez ceci, des *substances minérales*. Et comment y parvient-on? comment y est parvenu M. Berthelot, qui a marqué sa place avec tant d'éclat dans cette partie de la science? En plaçant les expériences dans des conditions trop négligées jusque-là, conditions de temps, de mouvement, de température, d'état naissant, et en faisant intervenir dans l'opération des corps capables de déterminer le sens des attractions moléculaires. Veut-on des exemples? la chose en vaut la peine, et, pour qu'on ne nous accuse pas de théoriser dans le vide, nous en donnerons un pour chacune de ces conditions.

1° On met de l'oxyde de carbone et de la potasse en présence, dans un ballon contenant de l'eau. *Pendant environ quatre mois*, à la température ordinaire, il ne s'opère aucune combinaison. Au bout de ce temps, il s'est produit de l'*acide formique*, produit animal. L'oxyde de carbone se combine avec les éléments de l'eau, sous l'influence en quelque sorte directrice de la potasse : *condition de temps*.

2° Le gaz oléfiant et l'eau sont sans affinité directe à l'état libre. Mettez-les en présence de l'acide sulfurique : rien encore; mais agitez vivement le mélange, après avoir ajouté du mercure métallique pour en opérer la division, et le gaz va s'unir aux éléments de l'eau pour former de l'alcool. On fabrique ainsi 50 grammes d'alcool en quatre jours : *condition de mouvement*.

3° L'acide formique qui, à la température ordinaire, ne se produit qu'au bout de quatre mois, est réalisé en quelques jours à la température de 100 degrés; mais des exemples plus frappants peuvent être empruntés à la synthèse des corps

---

soustrait aux lois de la gravité? Il faudrait en dire autant de l'air qui s'élève dans le tuyau de la pompe foulante, sous l'influence du piston qui le presse, ou du ballon qui s'élève dans les airs. Si la pesanteur nuit à la circulation veineuse en général, n'est-elle pas un puissant auxiliaire de la circulation artérielle? La lumière traverse-t-elle les milieux de l'œil suivant des lois différentes sur le vivant et sur le mort, et le phénomène physique de la réfraction dans le cristallin, la cornée, etc., n'est-il pas, aussi bien que la rétine, une condition essentielle de la vision distincte?

On croit avoir posé un argument décisif en disant que les corps vivants sont soustraits aux lois chimiques qui, dans les corps morts, déterminent la *putréfaction*. Cette proposition est plus spécieuse que vraie. On oublie trop que les lois ne sont autre chose que l'expression des conditions nécessaires à l'accomplissement d'un certain ordre de phénomènes; pour qu'une loi fût en défaut, il faudrait que, les *conditions étant les mêmes*, les phénomènes fussent différents; et dans ce cas particulier, pour montrer que les lois vitales dominent, annihilent les lois physiques, il faudrait que les *conditions* de la putréfaction existant chez les êtres vivants, elle ne se manifestât pas. Mais ceux-ci sont dans des *conditions* physico-chimiques différentes de celles qu'on rencontre sur le cadavre, puisqu'ils sont le siége de mouvements de composition et de décomposition qui n'existent pas chez ce dernier. Ce renouvellement continuel de la matière organisée vivante ne lui laisse pas le temps, si je puis ainsi dire, de se putréfier; elle n'en est pas pour cela moins soumise aux lois chimiques de la putréfaction que ne l'est un cadavre desséché ou plongé dans l'alcool. Il manque à l'un comme à l'autre une des conditions sans lesquelles la putréfaction ne peut s'opérer. Un boulet suspendu à une corde ne tombe pas, mais il ne suit pas de là qu'il soit soustrait aux *lois* de la pesanteur. Je sais bien qu'on dira que les mouvements de composition et de décomposition que j'ai signalés sont sous la dépendance de la vie, du principe vital; mais alors j'en demanderai la preuve, et je dis à l'avance que je ne comprends guère un principe que le curare tue dans les nerfs et qu'il ne tue pas dans les muscles. Je reviendrai sur cette question à propos des doctrines vitalistes.

gras. Si l'on met en contact de l'acide stéarique et de la glycérine, au bout d'un an, à la température ordinaire, on trouve des traces de stéarine ; à 100 degrés, il s'en fait une quantité notable en une semaine ; à 200 degrés, il s'en fait une très grande quantité dans l'espace de cinq à six heures : *condition de température*.

4° Cet acide formique, déjà obtenu par la combinaison de substances minérales, unissez-le à une base également minérale ; en d'autres termes, prenez un formiate, décomposez-le par la chaleur, et la réaction, à l'état naissant, du carbone de l'oxyde et de l'hydrogène de l'eau, vous donnera divers carbures d'hydrogène, notamment le gaz des marais, produit naturel, qui fait partie des gaz intestinaux ; le gaz oléfiant, avec lequel nous venons de voir qu'on peut faire de l'alcool, et le propylène, avec lequel on peut faire l'acide butyrique : *condition d'état naissant*.

Quand on voit ainsi dans des cornues, dans des ballons, sous l'influence de quelques conditions expérimentales très simples, on pourrait presque dire grossières, la matière brute s'élever, pour ainsi parler, d'un rang dans l'échelle du monde, qui oserait assigner des limites au travail chimique de l'organisme ? Quelle sollicitation d'actions moléculaires entre les mille substances incessamment mêlées par la circulation ! Qui se vantera de mesurer, dans cette machine si compliquée et si peu explorée encore, les influences que peuvent exercer, et le mouvement continu des liquides, et leur stagnation plus ou moins prolongée, et leur passage dans des tuyaux capillaires, et l'imbibition, et la propriété osmotique des membranes, et l'extrême division de la matière, et l'état naissant des corps, et la chaleur, et l'électricité, et l'action nerveuse, etc. ! Ici, l'incertitude doit profiter à la doctrine physico-chimique plutôt qu'au vitalisme, parce qu'il est plus naturel de supposer une application inexpliquée de forces connues, que l'existence d'une force mystérieuse. Et encore, fallût-il recourir à des forces nouvelles, rien ne prouve qu'elles ne seraient pas d'ordre physique. On ne connaissait, du temps d'Aristote, ni l'électricité, ni le magnétisme, ni l'affinité chimique. D'autres découvertes en ce genre pourraient donner la clef de beaucoup d'actions organiques, sans fournir un seul argument au vitalisme ; mais nous aurons peut-être à revenir sur ce point.

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES SUR L'ÉTAT DE LA CIRCULATION D'APRÈS LES CARACTÈRES DU POULS, FOURNIS PAR UN NOUVEAU SPHYGMOGRAPHE, par M. le docteur MAREY, membre des Sociétés anatomique, de biologie et philomatique (1).

Depuis que la médecine s'est enrichie de moyens d'une grande précision pour le diagnostic des maladies, depuis que l'auscultation et la percussion permettent de reconnaître et de limiter les lésions des organes intérieurs, l'étude du pouls, telle qu'on la pratiquait dans le siècle dernier, a été presque abandonnée. Ce n'est pas qu'on en ait jamais méconnu l'importance, mais il est bien difficile de percevoir à l'aide du toucher seul les nuances variées que présente le pouls, et il l'est encore bien plus de trouver des expressions pour caractériser chacune d'elles. Aussi, n'est-il pas étonnant qu'à une époque où l'exactitude est exigée dans l'observation clinique, on ait mis de côté presque entièrement les observations faites sur le pouls dans l'ancienne médecine, et qu'on ait rejeté cette nomenclature compliquée que nous avaient laissée Solano, Bordeu, Fouquet, etc., obscur vocabulaire que les médecins modernes ont à peu près oublié. Le seul caractère du pouls qu'on puisse toujours constater avec précision est aussi le seul qu'on n'ait jamais cessé de rechercher. La fréquence du pouls est comptée avec soin, et tout le monde s'accorde sur son importance.

Il fallait donc, pour remettre en faveur l'étude des *formes* du pouls, la ramener à cette précision que donne la montre à secondes pour juger de la fréquence. C'est le but qu'ont poursuivi un grand nombre de physiologistes et de médecins avec plus ou moins de succès.

Lorsque les physiologistes, appliquant aux artères d'un animal vivant un manomètre à mercure, eurent montré que chaque battement du cœur se traduit par une oscillation de la colonne mercurielle, un médecin, M. Hérisson, eut l'idée d'appliquer à l'étude clinique du pouls un instrument qui rendrait perceptible la dilatation du vaisseau sur lequel on l'appliquerait. C'était un appareil construit comme un thermomètre, mais dont la boule, ouverte largement par en bas, était fermée à l'aide d'une membrane tendue comme la peau d'un tambour. Le mercure contenu dans ce réservoir et dans le tube qui s'élevait au-dessus de lui était mis en mouvement par les battements du pouls de la manière suivante :

On appliquait sur une artère la face membraneuse du réservoir ; le poids du mercure contenu déprimait le vaisseau ; mais à chaque pulsation l'artère soulevait la membrane et forçait le mercure à

(1) Extrait du *Journal de physiologie de l'homme et des animaux*, n° 10, avril 1860. — On voit que M. Brown-Séquard ne manque pas à la promesse qu'il avait faite à son départ pour l'Angleterre, de continuer scrupuleusement la publication du *Journal de physiologie*. Ce nouveau fascicule est digne de ses aînés. A. D.

On croit aussi montrer l'inutilité et le danger des applications scientifiques en énumérant avec complaisance les cas, assez nombreux je l'avoue, où des hommes enthousiastes, d'une instruction bornée ou peu familiarisés avec l'étude des phénomènes si complexes de la vie, présentent des explications bientôt démenties par l'expérience sur le vivant ; mais est-ce que l'abus qu'on fait d'un moyen de connaître empêche ce moyen d'être bon en lui-même, surtout quand il est manié par des hommes habiles, suffisamment instruits, et qui ont la conscience, en raison même de leur savoir, des difficultés qu'ils doivent rencontrer ?

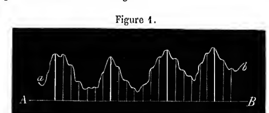
Enfin, on croit avoir trouvé un argument sans réplique dans l'impossibilité qu'on suppose *absolue* d'expliquer par les lois qui régissent la nature brute, la sensibilité, la contractilité, etc. ; mais de ce que ces facultés, qui sont primordiales, qu'on le remarque bien, ne sont pas *actuellement* explicables par la physique ou la chimie, s'ensuit-il que tous les phénomènes qui se passent chez les corps vivants soient soustraits au domaine de ces sciences ? En aucune façon ; et qu'on aille au fond des choses. Exiger des sciences physiques, pour reconnaître l'utilité de leur application à la physiologie, qu'elles *expliquent* la sensibilité, la contractilité, qui, comme je l'ai dit, sont des propriétés primordiales, c'est exiger qu'elles fassent pour les faits de la vie ce qu'elles ne peuvent faire pour les phénomènes qui, de l'avis de tout le monde, sont évidemment de leur ressort. Est-ce que les physiciens *expliquent* la propriété qu'ont les corps bruts d'être pesants, élastiques, de conduire la chaleur, l'électricité, etc. ? Ils constatent ces propriétés, ils cherchent les conditions de leur manifestation et ne vont point au delà. J'accorde bien volontiers qu'il se passe chez les êtres vivants des phénomènes différents de ceux qui se passent chez les corps bruts, autrement il serait impossible de les distinguer les uns des autres ; mais ces phénomènes ne sont point contraires aux lois de la physique, de la chimie, etc. ; s'il était démontré qu'ils sont contraires à ces lois, c'est que celles-ci seraient *fausses* ou *incomplètes* ; il faudrait les *changer* ou les *compléter*.

A côté des hommes qui repoussent toute application des sciences physiques à la physiologie, se trouve une école absolument opposée

s'élever dans le tube pour redescendre ensuite. L'instrument de Hérisson était assurément fort ingénieux et très simple, mais il n'avait fait que transformer une sensation tactile en une impression visuelle aussi fugace et aussi difficile à analyser dans ses éléments nombreux, dont la durée totale est à peine d'une seconde. Cet instrument n'atteignait donc pas le but réellement utile; aussi n'est-il pas passé dans l'usage pratique.

La physiologie réussit dans ces dernières années à obtenir une trace écrite des pulsations artérielles. En effet, Ludwig parvint à enregistrer les oscillations d'un manomètre semblable à celui de Poiseuille, et qu'il adaptait comme lui au bout central d'une artère divisée. Au moyen d'un flotteur qui portait un pinceau, le physiologiste allemand produisait sur un cylindre tournant des courbes dont la partie ascendante correspondait à la diastole des artères, et la partie descendante à leur systole. Les mouvements respiratoires étaient aussi indiqués par l'instrument de Ludwig; ils se traduisaient par des élévations et des abaissements alternatifs du niveau général des courbes que produisaient les battements du cœur, ainsi qu'on le voit dans cette figure.

Figure 1.

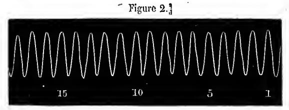


Restait, pour résoudre le problème, à trouver le moyen d'obtenir ces tracés sans avoir recours à une vivisection et à faire pour l'appareil enregistreur quelque chose d'analogue à ce que Hérisson avait fait pour les oscillations d'une colonne de mercure. Vierordt crut avoir vaincu toutes les difficultés; il publia un travail (*Arterienpulz*, Brunswick, 1855) dans lequel il décrit l'instrument qu'il a imaginé et donne des spécimens des résultats qu'il obtient. Vierordt se sert d'un levier qui, s'appuyant sur l'artère assez près de son centre de rotation, est soulevé à chaque pulsation du vaisseau, et décrit à son extrémité libre des oscillations qui viennent s'enregistrer sur un cylindre tournant comme dans l'appareil de Ludwig.

Déjà King, en 1837 (*Guy's Hospital Reports*, t. II, p. 107 et suiv.), avait utilisé les oscillations d'un levier pour rendre apparents les mouvements rhythmiques de certaines veines, connus sous le nom de *pouls veineux des extrémités*. Mais c'est à Wierordt qu'appartient l'heureuse idée de fixer par un tracé les mouvements d'ascension et de descente du levier, et de l'appliquer aux artères.

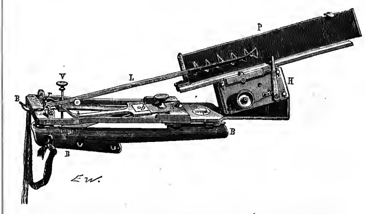
Malheureusement l'instrument de Vierordt offrait un vice radical. On sait que pour développer la pulsation sur une artère, il faut déprimer le vaisseau avec une certaine force. Pour obtenir cet effet, Vierordt chargea d'un poids le levier de son appareil déjà pesant par lui-même et équilibré par un contrepoids; il en résulta que chaque battement de l'artère avait à soulever une masse considérable; dès lors, le mouvement du levier était lent à s'accomplir. Le *sphygmographe* de Vierordt oscillait comme une balance dont les deux plateaux seraient très chargés et n'accusait jamais qu'une même forme pour les pulsations; l'ascension du levier était pareille à la descente.

Figure 2.



Il fallait donc trouver un moyen d'obtenir la forme exacte des pulsations artérielles, de telle sorte qu'on pût retrouver sur le tracé cette variété de caractère qui fait qu'une certaine figure correspond à chaque état particulier de la circulation. Enfin, il fallait, autant que possible, donner à l'instrument des dimensions assez petites pour qu'il fût d'un transport et d'un usage commodes. C'est le résultat qu'a obtenu M. Marey dans la construction d'un nouveau sphygmographe qui n'a de commun avec les instruments construits dans la même intention que l'emploi d'un levier comme ceux de King ou de Vierordt.

Figure 3.



Dans cette figure, l'instrument de M. Marey est réduit au tiers de la grandeur réelle.

Le cadre métallique qui le supporte s'articule sur les côtés avec des ailes mobiles BBB. Ces parties forment dans leur ensemble une gouttière qu'on rend à volonté plus ou moins concave, et qui s'applique exactement sur l'avant-bras; on l'y fixe à l'aide d'un

---

qui ne craint pas dans son enthousiasme d'écrire ces paroles :

Comme on ne peut guère démontrer l'existence d'une force dite vitale, appartenant exclusivement aux êtres organisés, tous les phénomènes propres aux êtres vivants doivent pouvoir s'expliquer par les lois de la physique et de la chimie; ces lois seules nous donneront la clef des phénomènes de la vie : aussi, dans un avenir peu éloigné, la physiologie animale sera-t-elle entièrement réduite aux seuls principes de physique et de chimie. (*Précis de chimie physiologique animale*, par C.-G. Lehmann, traduction de Drion, p. 7.)

La physiologie repose sur une double base, sur la physique physiologique, fondée elle-même sur l'anatomie, et sur la chimie physiologique, qui dérive de la chimie animale. De la fusion de ces deux sciences surgira une science nouvelle, la véritable physiologie, qui sera à la science à laquelle on donne aujourd'hui ce nom, ce que la chimie moderne est à la chimie du siècle passé. (Liebig, *Nouvelles lettres sur la chimie*.)

Je crois sincèrement qu'à mesure que les temps s'écouleront, les *préjugés* sociaux et religieux céderont à l'empire de la raison (1), l'intervention des sciences physico-chimiques dans l'explication des phénomènes de la vie ira en s'agrandissant; mais je n'ose, quant à présent du moins, concevoir la pensée qu'elles puissent, *à elles seules*, rendre compte des fonctions cérébrales, des actes réflexes, etc. Il faut reconnaître que les êtres organisés jouissent, dans l'*état de vie*, de certaines propriétés qu'on ne rencontre pas chez les corps bruts, et je vois, pour mon compte, une certaine utilité à les distinguer, comme le font la plupart des physiologistes, de celles qui leur sont communes avec ces derniers, par les mots *organiques* ou *vitales;* si toutefois on veut seulement exprimer par là que ces propriétés sont exclusivement dévolues aux êtres vivants; si surtout on ne les fait point dériver d'un être imaginaire, ange, archée, démon, principe vital, etc., existant par lui-même, indépendant de la matière qu'il gouverne. J'estime qu'on s'éloigne

(1) Je dis préjugés *sociaux et religieux*, et je n'entends parler en aucune façon des bases de la société et de la religion, que je ne discute pas.

lacet dont les anses sont jetées alternativement d'un côté à l'autre de cette gouttière sur de petits crochets qu'elle porte à cet effet. Les anses du lacet complètent donc par en bas cette sorte de brassard qui se trouve fortement assujetti.

La pression exercée sur l'artère pour développer la pulsation n'est pas obtenue par un poids dont la masse à mouvoir déforme le tracé comme dans l'appareil de Vierordt, mais au moyen d'un ressort d'acier RR qui, fixé en arrière du cadre métallique, descend obliquement pour appuyer sur le vaisseau au moyen d'une petite plaque d'ivoire. Il est évident dans cette disposition que les conditions d'inertie sont supprimées, que le ressort obéira instantanément à l'expansion du vaisseau sur lequel il repose ; reste à amplifier et à tracer ce mouvement sans le déformer.

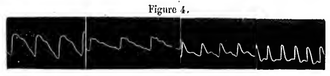
La pression sur l'artère étant produite, on peut donner au levier L la plus grande légèreté ; aussi, dans l'instrument est-il formé par une mince tige de bois terminée à son extrémité libre par un ressort d'acier extrêmement ténu. A la place du cylindre tournant employé dans les appareils à indications continues, et qui, avec son moteur, occupe un volume considérable, l'auteur emploie une plaque de verre enfumée P qu'un mouvement d'horlogerie H placé en arrière du brassard fait mouvoir dans une rainure.

Lorsque l'appareil est appliqué sur l'avant-bras, suivant que le sujet a la radiale plus ou moins profondément située, il existe entre le levier et le ressort qui presse sur le vaisseau un intervalle plus ou moins large. Il fallait donc que la pièce qui doit transmettre le mouvement du ressort au levier eût une hauteur variable comme l'intervalle lui-même. A cet effet, une pièce mobile *bb*, basculant près de la base du ressort, porte à son extrémité libre un couteau qui soulève le levier, près du même point, elle est traversée verticalement par une vis V dont la pointe repose sur le ressort R, et transmet le mouvement au couteau. On peut ainsi, en tournant plus ou moins la vis, établir dans tous les cas la transmission du mouvement du ressort au levier.

Enfin, comme le levier est très léger, il fallait assurer sa descente ; ce résultat est obtenu à l'aide d'un petit ressort *r* qui presse sur lui, et a, en outre, pour effet de l'empêcher d'abandonner jamais le couteau qui le soulève, et d'être projeté en l'air lorsque le pouls est brusque et fort.

Les tracés obtenus par cet instrument offrent une grande variété, et à l'état physiologique tout seul on peut constater, suivant la circonstance, des formes nombreuses dont voici des spécimens réunis les uns à côté des autres.

Figure 4.



Pour arriver à comprendre la signification de ces tracés, deux moyens pouvaient être mis en usage : l'empirisme pouvait apprendre à quel état physiologique ou à quelle maladie est due chacune des formes du pouls ; l'expérimentation physiologique, appuyée d'expériences hydrauliques, pouvait indiquer à quelle variation dans le mouvement du sang à travers les artères correspond chacune de ces formes.

Ce dernier procédé fut d'abord employé par l'auteur, qui reproduisit artificiellement sur des tubes élastiques les principales variétés du pouls : le pouls *dicrote*, le pouls *vite* ou *lent*, etc. L'avantage de ces expériences est facile à comprendre. Chaque forme du pouls correspond à des conditions bien connues du mouvement du liquide dans les tubes, ce qui autorisait à supposer que des conditions analogues existent sur le vivant dans les circonstances où le pouls est le même que celui qu'on obtient artificiellement, quitte à contrôler l'exactitude de ces déductions sur le vivant.

Voici les principaux faits dont on peut se convaincre à l'aide de l'instrument de M. Marey.

La condition principale qui fait varier la forme du pouls est la tension artérielle plus ou moins forte, c'est-à-dire que le sang trouvant dans les capillaires, suivant leur degré de contraction, un passage plus ou moins facile à franchir, distend plus ou moins le système artériel, de telle sorte que la tension de ces vaisseaux soit proportionnelle à la contraction des capillaires. Dès lors, deux conditions opposées correspondent à des formes du pouls opposées elles-mêmes.

1° La forte tension artérielle que l'on obtient dans tous les cas où les capillaires sont contractés, comme sous l'influence d'une douche froide, et qui existe dans les maladies où il y a algidité. *Le pouls, dans ces cas, est rare, il a peu d'amplitude, peu ou pas de dicrotisme, la période d'ascension du levier est longue.*

2° La faible tension s'obtient dans les conditions inverses, c'est-à-dire par le relâchement des vaisseaux capillaires ; elle s'accuse par la rougeur et la chaleur des téguments, l'état fébrile, en un mot. Les caractères du pouls qui lui correspondent sont l'inverse des précédents : *fréquence considérable, grande amplitude, dicrotisme prononcé, période d'ascension du levier beaucoup plus courte que celle de descente.*

Dans différentes publications, et en particulier dans le *Journal de physiologie*, l'auteur a indiqué le mécanisme de ces changements dans la forme du pouls par suite des variations dans la tension artérielle ; il a fait voir qu'on peut les produire artificiellement dans des tubes élastiques dont on fait pareillement varier la tension en adaptant à leur extrémité des ajutages d'écoulement plus ou moins étroits.

La fréquence du pouls est, comme nous l'avons dit, subordonnée à l'état de la tension ; c'est une conséquence toute mécanique de la résistance plus ou moins grande que le cœur éprouve à se vider. Les expériences consignées dans ces mémoires démontrent que le cœur obéit en cela à la loi dynamique générale, qu'on retrouve, du reste, dans l'action de tous les muscles de la vie animale, et que, si sa force contractile n'est pas modifiée, plus la tension artérielle

---

presque autant de la vérité en soutenant que la pensée, la sensation, la contraction musculaire sont des phénomènes physiques, ce mot conservant sa signification habituelle, qu'en prétendant qu'il ne se passe dans l'économie aucun phénomène de cet ordre. Ce n'est pas que je trouve dans les phénomènes propres aux êtres organisés quelque chose de plus merveilleux que ce que j'aperçois dans les êtres bruts, je ne m'étonne pas plus de voir le nerf conduire les impressions que de voir le cuivre conduire l'électricité, je ne m'étonne pas plus devant l'harmonie qui règne dans la machine humaine que devant celle que nous présente le système général du monde. La même cause qui gouverne l'un gouverne l'autre, et je me complais à l'idée qu'en usant avec prudence et sagesse des moyens que les sciences et le raisonnement mettent à notre disposition, nous arriverons à avoir des phénomènes qui se passent chez l'homme une connaissance aussi précise que celle que nous avons des lois qui régissent l'univers.

Tout en reconnaissant que certains actes, comme la sensation, la contraction, etc., sont spéciaux aux êtres vivants, il ne faut pas perdre de vue, cependant, que l'accomplissement de ces actes est lié à des dispositions physiques, à des actes chimiques qui en sont sinon la cause, au moins la condition ; qu'on étreigne un nerf par une ligature, qu'on change ainsi la disposition normale des molécules matérielles qui le constituent, et la partie ainsi altérée perd aussitôt les caractères qui la distinguaient des corps bruts. Qu'on supprime pour un instant les actes chimiques dont l'ensemble constitue la nutrition de l'encéphale, et aussitôt cet organe rentre dans la catégorie des corps privés d'organisation ; la perception des impressions, la volonté, l'intelligence, dont il était le siége auparavant, ont complétement disparu. Quoi qu'on ait fait pour trouver dans l'électricité la cause de la contraction musculaire, il faut bien reconnaître qu'on n'est arrivé à aucun résultat qui puisse satisfaire celui qui ne s'en laisse point imposer par des analogies plus ou moins forcées ; mais on a bien saisi les phénomènes physico-chimiques (production de chaleur, d'acide carbonique, etc.) qui sont la condition ou le résultat de cette contraction. Il n'est pas douteux qu'il se passe dans l'économie vivante des actes moléculaires rele-

augmentera et créera de résistance à la systole ventriculaire, moins le cœur exécutera de ces systoles en un temps donné.

Les influences de la respiration sur le pouls sont aussi expliquées à l'aide du sphygmographe de M. Marey; elles se traduisent par des changements de niveau dans la ligne d'ensemble du tracé qui s'élève dans l'expiration et s'abaisse dans l'inspiration. Ces influences sont presque nulles à la radiale lorsque la respiration est normale; elles deviennent considérables dans les efforts respiratoires violents. Chez les malades, elles sont très accusées dans les cas de dyspnée, et peuvent servir de symptômes utiles en donnant la valeur d'un signe physique à une gêne respiratoire qui n'était jusqu'ici qu'un signe rationnel.

Le pouls, dans plusieurs maladies, a des formes caractéristiques : les *anévrysmes* présentent un pouls pathognomonique ; plusieurs maladies du cœur, la fièvre typhoïde, etc., semblent avoir dans la forme du pouls qu'elles produisent un caractère important.

C'est à ce deuxième ordre d'études, essentiellement clinique, que ces travaux conduisent, et si d'autres praticiens viennent seconder l'auteur dans cette tâche trop vaste pour un seul, nul doute que la séméiologie du pouls ne puisse être reconstruite sur une base solide, et avec l'exactitude rigoureuse qui seule peut faire sa valeur.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 JUIN 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

GÉOGRAPHIE. — Rapport de M. *J. Cloquet* sur un mémoire intitulé : *Études sur l'ethnographie, la physiologie, l'anatomie et les maladies des races du Soudan*, par M. *Peney*, médecin en chef des armées du Soudan égyptien. — Nous extrayons de ce rapport les passages suivants :

Les études de M. Peney portent uniquement sur le Soudan égyptien, limité par la mer Rouge, l'Abyssinie et les provinces Galla à l'ouest, le royaume de Four et le Fertill à l'est.

Les populations qui occupent cette vaste étendue offrent une variété de types infinie ; toutes ces variétés, cependant, peuvent se grouper en deux grandes familles : la *race indigène* et la *race arabe*.

Après avoir traité du costume des Soudaniens, l'auteur s'occupe de leur nourriture, dont la base est une pâte formée avec le sorgho et une espèce de millet, dont ils font diverses espèces de pains, et même une boisson. Ils y joignent plusieurs variétés de haricots, de courges, de racines, de pastèques, de champignons, ainsi que du gibier et du poisson, autant que leurs engins défectueux leur permettent d'en capturer. Ce n'est que dans les grandes occasions qu'ils mangent de la viande.

Le docteur Steinroth a publié l'année dernière, en Allemagne, une brochure qui a fait une certaine sensation, *sur la chair coulante et son exploitation rationnelle*. Il proposait de saigner périodiquement les animaux domestiques pour se nourrir de leur sang, et se fondait, pour faire accepter sa méthode, sur ce qu'elle était très répandue chez un grand nombre de peuplades de l'Afrique, et en particulier chez les Adjébas. M. Peney cite, en effet, cette particularité, sans prétendre, il est vrai, faire entrer le procédé dans les mœurs européennes.

La gomme, si commune dans le Soudan, n'est employée comme aliment que dans les temps de disette et sous la pression d'une absolue nécessité; c'est qu'elle n'est pas capable de nourrir l'homme. « Au bout de quelques jours de régime à la gomme, dit M. Peney, les malheureux qui n'ont que cette substance pour toute alimentation commencent à maigrir; la coloration du derme s'altère..., ils ne tardent pas à tomber dans le marasme et à périr d'inanition. »

Enfin, là comme ailleurs, les boissons fermentées sont connues et largement consommées; le vin, l'hydromel, la bière ont leurs représentants au Soudan; on y sait même distiller et se procurer de l'eau-de-vie.

Sous le rapport du tatouage et de l'infibulation, le Soudan n'a rien à envier aux autres pays.

Les Soudaniens prétendent que dans la racine des dents se trouve un ver, que ce ver est la cause des accidents de la dentition, et, pour en délivrer leurs jeunes enfants, ils enfoncent dans leur gencive un clou avec lequel ils font sauter la dent avant même sa sortie.

Les nègres ont une coutume plus singulière : ils arrachent à leurs enfants les quatre incisives, et comme l'opération se fait après la septième année, la mutilation dure autant que la vie.

Quelques tribus enfin se façonnent avec la lime les incisives, de manière à leur donner la forme des canines. Ces tribus passent pour être anthropophages chez les Soudaniens, qui leur donnent le nom caractéristique de mangeurs par excellence, *Niam-Niam*. M. Peney pense que cette accusation n'est pas toujours fondée.

L'auteur s'occupe ensuite de l'anthropologie, et s'efforce de répondre à plusieurs des questions posées par l'Académie. Des observations nombreuses lui ont prouvé que le nègre, l'Abyssin, le Galla, et en général toutes les races de couleur, n'arrivent pas au monde avec la teinte qui leur est propre ; les petits nègres sont de couleur cuivrée ; mais dès l'âge d'un an, à Alexandrie et à Constantinople, aussi bien qu'au Soudan, ils ont atteint la couleur qu'ils conservent toujours.

M. Peney nie absolument l'existence des hommes à coccyx saillant. Il a eu l'occasion de voir certaines peuplades qui sont dans l'usage de s'attacher au bas de la colonne vertébrale une queue d'animal pour tout vêtement ; vue de loin, cette queue paraît appartenir à l'individu, et il ne doute pas que ce ne soit là tout ce qu'il y a de vrai dans le récit des voyageurs.

---

vant des lois de la chimie; mais il n'en est pas moins vrai, comme le font remarquer avec justesse MM. Robin et Verdeil, que, dans certaines circonstances, ces actes ont dans leur résultat quelque chose de spécial; c'est ainsi que dans la nutrition, phénomène essentiellement chimique, le changement des molécules matérielles n'entraîne pas, comme cela a lieu, pour les corps bruts, un changement dans la forme ou la composition de la masse dans laquelle il se fait.

Il y a aujourd'hui dans quelques esprits une confusion qui existe pour toutes choses aux époques de transition, c'est-à-dire aux époques où l'on a une tendance à abandonner ce qui est faux, et où l'on ne fait encore qu'entrevoir ce qui paraît être la vérité; mais cette confusion cessera bientôt chez ceux qui, au lieu de considérer une fonction en masse, si je puis ainsi dire, analysent les phénomènes dont l'ensemble la constituent, et qui, au lieu de dire avec assurance, suivant la direction qu'ils ont donnée à leurs études, telle fonction est d'ordre vital, d'ordre chimique, d'ordre physique, disent il y a dans cette fonction des phénomènes de nature physique, chimique, vitale. Dans la respiration, par exemple, la contraction du muscle qui produit la dilatation de la poitrine, est d'ordre organique; l'entrée de l'air dans le poumon, à mesure qu'il est dilaté, est d'ordre physique; le retour sur eux-mêmes des cartilages costaux tordus pendant l'inspiration est d'ordre mécanique; les changements qui s'opèrent dans la composition du sang sont d'ordre chimique, etc. Qu'on analyse de la même manière la digestion, la circulation, et l'on restera convaincu qu'il n'est pas plus possible de se figurer l'économie vivante sans phénomènes organiques, que de se la représenter sans phénomènes physico-chimiques; on arrivera enfin à cette conclusion que ces deux ordres d'action, au lieu de se faire mutuellement obstacle, tendent, au contraire, vers un but commun en se prêtant un mutuel appui.

En résumé, l'intervention des mathématiques, de la mécanique, de la physique et de la chimie dans l'explication des phénomènes de la vie est légitimée par des services qu'on ne saurait aujourd'hui méconnaître, comme on le verra par les détails dans lesquels je vais entrer à propos de chacune de ces sciences en particulier ;

Enfin, dans un espace de dix-huit années, il n'a pas constaté un seul fait d'albinisme complet; il a souvent, au contraire, rencontré des cas d'albinisme partiel.

Telle est, messieurs, l'analyse du travail de M. Peney; l'auteur a mis à profit le long séjour qu'il a fait au Soudan pour observer à loisir ce pays encore si peu connu; il l'a fait en homme instruit et judicieux : aussi nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de déposer le mémoire de M. Peney dans ses archives, de remercier l'auteur de son intéressante communication, et de l'engager à envoyer la seconde partie de son travail.

Pathologie comparée. — *Cicatrices noires chez les blancs dans certaines contrées.* — A la suite de la lecture du rapport précédent, M. *de Quatrefages* rappelle que M. d'Abbadie a observé sur lui-même que, sous l'influence du climat de l'Abyssinie, les cicatrices, au lieu de présenter la couleur ordinaire, présentaient une couleur très foncée. Deux autres voyageurs, MM. Coquerel fils et Daly, ont affirmé à M. de Quatrefages avoir fait aussi sur eux-mêmes des observations semblables : le premier pendant son séjour à Madagascar, le second pendant ses voyages dans l'Amérique centrale.

M. *Boussingault* déclare que, pendant son séjour dans l'Amérique équatoriale, il a observé bien des blessures et bien des cicatrices chez des hommes de race blanche, et que jamais il ne les a vues présenter une teinte différente de celle qu'on observe en Europe.

M. *Flourens* croit que ces différences de coloration peuvent s'expliquer par la nature et l'étendue de la lésion de cette portion du derme qu'il a nommée *tame pigmentaire*.

Légèrement altérée, elle pourra reproduire le *pigmentum;* gravement altérée, elle ne pourra plus le reproduire, et alors la cicatrice restera toujours blanche. C'est ainsi que M. Flourens l'a constamment trouvée dans toutes les cicatrices, soit de nègres, soit de Charruas que j'ai eu occasion de voir. Le derme est toujours blanc, même dans les races humaines les plus fortement colorées.

Chirurgie. — *Enorme cancroïde ulcéré de la face et des mâchoires. Ablation simultanée de l'os maxillaire supérieur gauche, de la plus grande partie de l'os maxillaire inférieur, ainsi que de toutes les parties molles correspondantes*, par M. *Maisonneuve*. — Le fait, dit l'auteur, m'a paru digne de quelque intérêt en ce que d'abord il vient corroborer l'opinion des chirurgiens modernes sur l'innocuité relative des opérations pratiquées à la face; en second lieu parce que, dépassant sous le point de vue de l'étendue toutes les opérations analogues, il est de nature à enhardir les chirurgiens dans leurs entreprises contre les affections cancéreuses.

Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans qui vint à l'hôpital de la Pitié, le 24 août 1859, pour y être traité d'un vaste ulcère épithélial du visage, datant de quinze mois. Tout le côté gauche du visage était envahi par un vaste ulcère, lequel s'étendait, d'une part, depuis la paupière inférieure jusqu'à la région sous-maxillaire, et, d'autre part, depuis le voisinage de l'oreille jusqu'à l'aile du nez et jusqu'au delà de la ligne médiane, sur les lèvres supérieure et inférieure. Les parties correspondantes des os maxillaires supérieur et inférieur participaient à la dégénérescence, les gencives étaient transformées en végétations fongueuses et saignantes, les quelques dents qui persistaient étaient déchaussées et vacillantes, enfin les ganglions sous-maxillaires étaient considérablement tuméfiés.

M. Maisonneuve décrit l'opération de la manière suivante :

Premier temps. Portant la pointe d'un bistouri convexe dans le sillon nasolabial, je dirigeai mon incision : 1° de haut en bas, un peu au delà du milieu de la lèvre supérieure; 2° de bas en haut, sur le côté du nez, jusqu'à l'angle interne de l'œil; 3° transversalement sous la paupière inférieure, jusqu'au-devant de l'oreille ; 4° de haut en bas, jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire; 5° transversalement encore sous le bord du maxillaire inférieur, jusqu'au delà de la ligne médiane; 6° enfin de bas en haut, jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure. — *Deuxième temps.* Après quelques dissections pour mettre à découvert les os malades, je fis au moyen des cisailles de Liston la résection de l'os maxillaire supérieur presque en totalité, en ayant soin de laisser intact le voile du palais. — *Troisième temps.* Passant ensuite au maxillaire inférieur, je fis avec la scie à chaîne la section de cet os, d'une part au niveau de la dent canine droite, d'autre part au-dessous de l'apophyse coronoïde gauche. Avant de terminer l'ablation de cette partie osseuse, et de diviser l'insertion de la langue aux apophyses genies, cet organe fut maintenu au moyen d'un fil passé dans son épaisseur, pour empêcher que son poids ne l'entraînât en arrière et ne produisît la suffocation.

Après cette énorme mutilation il n'eût été ni prudent, ni même possible de pratiquer une opération autoplastique. Je me contentai de panser la plaie à plat; puis, comme la déglutition était devenue impossible, je recommandai d'introduire plusieurs fois dans la journée la sonde œsophagienne pour alimenter le malade et lui donner quelques boissons.

Les suites immédiates de cette opération furent beaucoup plus simples qu'on n'aurait pu s'y attendre; c'est à peine s'il se manifesta de la fièvre, le malade reposa une partie de la nuit. Les jours suivants, la plaie se détergea graduellement, une bonne suppuration s'établit, et le travail de réparation commença à se manifester.

Au bout de trois semaines, les attaches de la langue ayant acquis une solidité suffisante, la déglutition commença à s'exercer d'une manière convenable, et l'on put supprimer l'usage de la sonde. Peu à peu la puissance rétractile du tissu cicatriciel réduisit les dimensions de cette énorme perte de substance : de plus, la rigidité de ce tissu permettant aux muscles divisés de retrouver un point d'appui solide, la langue, les lèvres et la partie droite de la mâchoire recouvrirent leurs mouvements de façon à rendre assez facile la préhension des aliments.

---

elles constituent, comme l'anatomie, un moyen de connaître dont le physiologiste ne peut se passer; mais elles ne constituent pas à elles seules la physiologie. Ce moyen même doit être employé avec une réserve sur laquelle je ne saurais trop insister; celui qui veut en faire un usage utile devra toujours avoir présent à l'esprit les deux phrases de Haller que j'ai citées au commencement de ce chapitre, et les paroles de Berzelius que je copie dans l'excellent *Traité de chimie anatomique* de MM. Robin et Verdeil, traité dont la lecture m'a été infiniment utile, tant par les aperçus neufs qu'il renferme que par l'érudition critique que j'y ai rencontrée.

« Le moment approche pour la chimie animale où l'expérience » qu'on a acquise par l'étude des métamorphoses qui s'opèrent dans » les produits organiques de nos laboratoires nous conduira à des » spéculations chimiques sur celles qui s'opèrent dans les corps vivants, et où les chimistes, qui ne pressentent pas la nécessité de » connaissances profondes, spéciales et détaillées sur chaque partie » de la physiologie en particulier, nous indiqueront hardiment » quels sont les phénomènes chimiques qui ont lieu dans les actes » de nature vitale. Cette espèce facile de chimie physiologique est » créée sur la table à écrire, et elle est d'autant plus dangereuse » qu'elle est développée avec plus de génie; car la foule des lecteurs ne saura pas distinguer ce qui peut être exact de ce qui » n'est que possible ou probable, et de cette manière elle sera » égarée par des probabilités qu'elle considérera comme des réalités. »

Par décret du 12 juin 1860, M. Malaguti, doyen de la Faculté des sciences de Rennes, et professeur de chimie à la même Faculté, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur Lemonnier, médecin-inspecteur-adjoint à Bagnères-de-Bigorre, est nommé médecin-inspecteur aux Eaux-Chaudes.

Le malade quitta l'hôpital, deux mois après l'opération, dans un état satisfaisant, portant un obturateur en forme de demi-masque, destiné à reconstituer la forme du visage. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

CHIRURGIE. — *Nouvelle méthode opératoire pour la hernie étranglée*, par M. *de Lignerolles*. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

CHIRURGIE. — *Note sur l'application de la méthode galvano-caustique de Middeldorpf au redressement de l'œil dévié par suite de l'atonie ou de la paralysie d'un des muscles moteurs*, par M. *Tavignot*. (*Comm.* : MM. Becquerel, Velpeau, J. Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 JUIN 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Une série de rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Fortin* (de Saint-Antonin), *Bocamy* (de Perpignan), *Grosjurin* (de Saint-Claude) et *Legendre* (de Ducey). — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements des Basses-Pyrénées, de la Vendée et de Tarn-et-Garonne. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Giraldès*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Des lettres de MM. les docteurs *Lalagade* (d'Albi) et *Druhen* (de Besançon), qui sollicitent le titre de membres correspondants. (*Renvoi à la commission.*) *c*. Un rapport sur les épidémies observées en 1857 dans le canton d'Ingrandes (Indre-et-Loire), par M. le docteur *Beaupoil*. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Une note sur le traitement du choléra par l'application d'un moxa dans la région lombaire, par M. le docteur *Chatelain* (de Neuveville). (*Commission du choléra.*) — *e*. Un mémoire de M. le docteur *Burcq*, intitulé : *De la chlorose et du mode d'action du fer dans son traitement*. (*Comm.*: MM. Barth, Briquet et Beau.) — *f*. Un pli cacheté contenant de nouvelles recherches sur la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, par M. le docteur *Chapelle* (d'Angoulême). (Accepté.)

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur Nonat, ayant pour objet de rectifier les assertions de M. Trousseau relativement à l'emploi fait par Thenard sur lui-même de la médication alcaline dans le traitement de la gravelle. Il résulte des renseignements transmis par M. Nonat que pendant les quinze années qui précédèrent sa mort, l'illustre chimiste fit un *constant usage* des alcalins et n'eut pas une seule crise pendant tout ce laps de temps.

« Le fait ainsi rectifié et rapporté dans toute son authenticité, ajoute M. Nonat, loin de servir d'argument contre les applications de la chimie à la thérapeutique, est un des témoignages les plus éclatants qu'on puisse invoquer en faveur de la théorie chimique. »

Lectures.

BOTANIQUE. — M. *Filhol*, directeur de l'École de médecine de Toulouse, lit une *Note sur quelques matières colorantes végétales.*

Dans ce travail, l'auteur étudie les caractères des matières colorantes des fleurs et les transformations qu'elles subissent sous l'influence des acides et des alcalis; puis il indique un moyen de conserver les fleurs à l'état frais. Ce moyen consiste à les enfermer dans des tubes qu'on scelle à la lampe. Au bout de quelques jours, tout l'oxygène de l'air confiné dans ce tube a disparu, et l'on trouve à sa place de l'acide carbonique. Si l'on enferme dans le tube, avec la fleur, un peu de chaux vive, celle-ci enlève aux fleurs une partie de leur humidité, ce qui facilite la conservation. La chaux s'empare aussi de l'acide carbonique, et la plante se trouve placée dans l'azote pur.

M. Filhol met ensuite sous les yeux de l'Académie des fleurs conservées ainsi depuis plusieurs mois, et dont les couleurs ne sont pas sensiblement altérées.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Poggiale* déclare que son embarras est grand au moment de discuter les doctrines de M. Trousseau. En effet, à quelle école appartient M. Trousseau? Quels sont ses principes en médecine? Est-il vitaliste, organicien, humoriste, matérialiste? Qui pourrait le savoir, puisque M. Trousseau l'ignore lui-même! Mais s'il n'est pas possible de juger M. Trousseau par ce qu'il dit; on doit le juger par ses écrits. Eh bien, dans son TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE, il est vitaliste d'un bout à l'autre; car, pour ne parler que de l'article FER, qu'il a rédigé lui-même, il attribue l'action de ce médicament à la *force vitale*.

« Je me demande, ajoute l'orateur, comment il se fait que des hommes d'un esprit élevé puissent encore être vitalistes! Cela ne peut tenir qu'à leur ignorance des phénomènes physico-chimiques et de la langue qui les représente. » Suivant M. Poggiale, le principe vital que les vitalistes font intervenir dans tous les actes de la vie n'est pas nécessaire pour expliquer une foule de phénomènes qui ne relèvent que de la chimie, de la physique et de la mécanique.

C'est ainsi que, sous l'influence de l'oxygène de l'économie, la mannite et le sucre se transforment en eau et en acide carbonique; que les citrates, les oxalates, les malates et les acétates passent dans l'urine sous la forme de carbonates, que le soufre, l'hydrogène sulfuré et les sulfures s'y retrouvent à l'état de sulfates; que l'acide tannique se convertit en acide gallique, l'acide urique en urée, etc., etc.

Comment ne pas admettre que les corps composés organiques sont le produit d'une réaction chimique, lorsque nous voyons les chimistes reproduire artificiellement, par une simple synthèse, l'urée, les principes immédiats de la graisse, la butyrine, et, dans l'ordre végétal, l'alcool vinique, l'huile essentielle de moutarde, les acides tartrique, lactique, formique, etc.!

Les composés si nombreux que l'on trouve dans les solides et les liquides animaux, tels que le sel marin, les phosphates, les sulfates, les carbonates, l'acide lactique, l'urée, etc., concourent tous à la nutrition par des réactions chimiques particulières.

Les phénomènes de la respiration et de la digestion ne dépendent-ils pas des actions chimiques et physiques? N'est-ce pas la chimie qui a démontré qu'il y a des aliments qui servent à la nutrition et d'autres à la production de la chaleur animale?

L'économie est donc une sorte de laboratoire où se transforment les substances venues du dehors. C'est aussi un appareil producteur de chaleur. Or, cette chaleur est produite particulièrement par la combinaison de l'oxygène de la respiration avec le carbone et l'hydrogène des organes et des aliments; il en résulte de l'acide carbonique et de l'eau qui sont éliminés. Comment concevoir que ces transformations puissent s'opérer autrement que par des réactions chimiques?

Après avoir cité un passage emprunté à M. Mialhe, et relatif à la digestion gastrique, M. Poggiale poursuit : — « Vous comparez donc l'estomac à une cornue, me dira-t-on? — Voici ma réponse : Non, je ne le compare pas à une cornue, parce que dans la cornue les conditions dans lesquelles les réactions chimiques s'opèrent peuvent être toujours les mêmes, tandis que, dans l'acte de la digestion, on doit tenir compte des phénomènes physiques, mécaniques et d'autres qui nous échappent. (*Mouvement en sens divers.*)

Quelques voix. Ce sont les phénomènes vitaux.

M. *Poggiale*. Mais ce sont là des choses mystérieuses que je ne cherche pas à expliquer. La cornue, d'ailleurs, a aussi ses mystères. Là aussi les phénomènes chimiques peuvent varier sous l'influence d'une température plus ou moins élevée, de la pression atmosphérique, de la lumière, de l'électricité, de l'eau, etc. Ainsi, beaucoup de corps agissent par leur seule présence. L'eau oxygénée est décomposée par le platine, l'or, le peroxyde de manganèse, sans que ces corps éprouvent la moindre altération. L'éponge de platine détermine, à la température ordinaire, la combinaison de l'hydrogène avec l'oxygène de l'air et devient incandescente. L'acide acétique monohydraté n'attaque pas quelques

carbonates ; la décomposition a lieu par l'addition d'un peu d'eau. Les propriétés de l'oxygène électrisé sont beaucoup plus énergiques que celles de l'oxygène ordinaire, etc. Que dire maintenant de ces agents mystérieux qu'on appelle *ferments*, qui, sous un poids très faible, exercent une grande puissance et produisent des phénomènes considérables? Je pourrais multiplier les exemples qui démontrent que, même dans nos laboratoires, les phénomènes chimiques peuvent varier sous des influences inconnues ou en apparence légères.

» Nous n'avons pas la prétention de remonter aux causes premières. Nous ne connaissons pas le premier moteur, et probablement l'homme ne le connaîtra jamais ; mais, lorsque la machine est organisée, nous admettons que toutes les manifestations de cette cause inconnue sont des phénomènes physico-chimiques. Ce que nous savons, ce que nous affirmons aujourd'hui, c'est que l'existence des êtres organisés n'est qu'une suite non interrompue de réactions chimiques, sous la dépendance de la vie. Je défie les vitalistes de prouver le contraire. S'il leur reste encore quelques doutes sur les phénomènes chimiques de la digestion, je ne veux pas leur faire l'injure de supposer qu'ils rattachent la respiration à la force vitale. Il faut donc que M. Trousseau passe dans notre camp ou bien qu'il vienne nous dire que les phénomènes de la respiration s'expliquent par la force vitale, et que Lavoisier n'était qu'un chimiâtre. »

M. Poggiale rappelle les rapports très directs qui existent entre les fonctions de la respiration et celles des reins, ainsi que les conditions dans lesquelles se développe la diathèse urique. Il insiste aussi sur les variations de l'urine sous l'influence de l'alimentation. Ces différences que présente l'urine dans la composition et dans les proportions de ses éléments ne s'expliquent-elles pas très bien par des réactions chimiques, et peuvent-elles s'expliquer autrement ?

« Si l'on examine la composition et les propriétés physiques et chimiques des autres sécrétions, on trouve que tous les liquides jouent dans l'économie un rôle important et que le plus souvent ce rôle ne peut être expliqué que par les actions physiques, chimiques ou mécaniques. »

Tout en reconnaissant que nous sommes loin de pouvoir expliquer d'une manière rationnelle l'action des médicaments dans l'économie, M. Poggiale se demande si réellement il n'est pas possible de rattacher cette action à la théorie physico-chimique. L'orateur définit les médicaments « des substances qui ne servent pas à la nutrition, mais qui modifient les propriétés physiques et chimiques des solides et des liquides de l'économie, de manière à rétablir les fonctions physiologiques. » La plupart des substances médicamenteuses, ajoute M. Poggiale, sont éliminées, soit telles qu'on les a introduites dans l'économie, soit après avoir subi des altérations chimiques spéciales. Toutes les substances qui ne remplissent pas les mêmes fonctions chimiques que les substances de l'économie doivent être regardées comme étrangères et inassimilables. Celles, au contraire, qui font partie du corps humain se déposent dans les organes ou les liquides animaux, à moins qu'elles ne soient données en excès : telles sont le phosphate et le carbonate de chaux, le chlorure de sodium, etc.

» Certaines substances introduites dans l'économie donnent lieu, par des décompositions ou des combinaisons chimiques, à des produits nouveaux qui sont vénéneux. C'est ainsi que le protochlorure de mercure peut se convertir en bichlorure ; que l'arsenic métallique se transforme en acide arsénieux ou en arsenite, et que le cyanure de mercure et le cyanure de potassium se décomposent en présence des acides de l'estomac et donnent de l'acide cyanhydrique.

» Il est des substances qui agissent comme coagulants des matières albuminoïdes : tels sont le chlore, le brome, l'iode, les acides minéraux, les sels de fer, le tannin, l'alcool, la créosote. Il en est d'autres qui fluidifient les matières albuminoïdes, comme les oxydes alcalins, les carbonates alcalins, l'ammoniaque. Certains sels métalliques peuvent se combiner avec la matière organique du sang. Ainsi, si l'on verse dans du sérum du lactate de fer, il est impossible d'y reconnaître la présence du fer par les réactifs les plus délicats.

» Il est des agents chimiques qui jouent dans l'économie le rôle de ferments : telle est l'amygdaline (Cl. Bernard).

» Les poisons violents, comme la nicotine, l'acide prussique et le curare, ne laissent dans l'organisme aucune trace appréciable, et l'on suppose, sans preuves, qu'ils agissent sur le système nerveux.

» Le mélange de certaines substances avec les liquides animaux peut modifier les lois de leur écoulement (Poiseuille). L'hydrogène sulfuré, les sels de morphine, etc., diminuent ou détruisent la propriété endosmotique des membranes.

» La même substance n'agit pas de la même manière sur un animal bien portant et sur un animal malade. Le cyanure de mercure tue presque instantanément un chien valide, tandis qu'il ne tue que très lentement un chien malade. C'est que la décomposition du cyanure dans l'estomac et la formation de l'acide cyanhydrique s'opèrent vite dans le premier cas, à cause de l'abondance du suc gastrique, tandis que ces réactions se font lentement dans le second cas, à cause de la lenteur de la sécrétion gastrique.

» Enfin, comment expliquer autrement que par des phénomènes chimiques l'action des gaz (acide carbonique, oxyde de carbone, hydrogène sulfuré, etc.) sur le sang, ainsi que la production des gaz dans le tube digestif?

» Voilà comment il convient d'étudier l'action des médicaments. »

M. Poggiale, en terminant, élève une réclamation en faveur de M. Monsel, pharmacien militaire, qui le premier a découvert les propriétés hémostatiques des sels de peroxyde de fer. M. Monsel a fait connaître, dans un mémoire adressé au conseil de santé de l'armée, le 20 *juillet* 1852, les propriétés hémostatiques du sulfate de peroxyde de fer, mémoire sur lequel M. Larrey fit plus tard un rapport favorable, dont M. Poggiale lit un extrait. M. Monsel a publié, en outre, dans la *Correspondance scientifique de Rome*, le 13 octobre 1852, une note sur le même sujet. Or, à cette époque, le perchlorure de fer n'était pas encore employé comme hémostatique. Il résulte, en effet, des déclarations de M. Burin-Dubuisson que Pravaz et lui n'ont fait connaître les propriétés hémostatiques du perchlorure de fer *que le* 10 *janvier* 1853.

L'orateur ajoute que des expériences comparatives, faites au Val-de-Grâce, ont démontré que le sulfate de peroxyde de fer est un hémostatique aussi puissant que le perchlorure. Le liquide hémostatique de M. Monsel a été utilement employé par M. Larrey dans le cas d'hémorrhagie rebelle aux moyens hémostatiques les plus usuels.

M. *Piorry* annonce qu'il y a trois ans environ, il a administré avec succès, dans son service, le perchlorure de fer à des malades atteints d'affections hémorrhagiques et, particulièrement, dans certains cas de purpura hemorrhagica. M. Blain des Cormiers, alors son chef de clinique, a consigné ces faits dans une excellente thèse de concours pour l'agrégation. Or, M. Piorry comptait, à cette époque, parmi ses externes, un élève nommé M. Pize. L'orateur se demande si cet externe ne serait pas aujourd'hui le même que M. le docteur Pize (de Montélimard) ; et, dans ce cas, ajoute M. Piorry, ne serait-il pas juste que je réclamasse pour moi-même la priorité de cette médication ? Il est vrai que j'administrais concurremment des sucs d'herbes ; mais l'addition de ce dernier moyen auquel j'accorde, avec les anciens, quelque efficacité, ne pouvait en rien neutraliser les bons effets du perchlorure de fer, et ne saurait, par conséquent, infirmer la légitimité de mes droits.

Quant au mode d'action intime du perchlorure de fer sur nos humeurs et sur nos tissus, M. Piorry déclare qu'il aime mieux les explications qu'en donnent les chimistes que l'interprétation proposée par les vitalistes. D'ailleurs, pour un clinicien, ces questions sont oiseuses et importent assez peu. L'expérience démontre que ce sel est utile dans certaines affections ; il faut y recourir dans tous ces cas, sans se préoccuper des théories.

M. Piorry annonce que, dans la prochaine séance, il s'occupera des questions de doctrine soulevées par les orateurs précédents.

La séance est levée à cinq heures.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches expérimentales relatives à l'action de l'alcool sur le système nerveux, par W. Marcet. M.D. F.R.S.

Ce mémoire a été lu à l'Association anglaise pour le progrès des sciences, dans l'assemblée tenue à Aberdeen en 1859.

Son objet est d'établir expérimentalement le mode d'action de l'alcool sur le système nerveux ou plutôt la voie par laquelle l'alcool agit sur ces centres. L'auteur rappelle les travaux de B. Brodie, de J. Percy, qui tous deux pensaient que l'alcool peut produire ses effets, et même déterminer la mort, avant d'avoir été absorbé par son action sur les nerfs de l'estomac. Pour le docteur Percy, dans la plupart des cas, ce serait cependant par absorption, cet auteur ayant prouvé la présence de l'alcool dans la substance cérébrale. Le docteur Carpentier admet, il est vrai, la possibilité de l'hypothèse de Brodie, mais conclut de ses études que l'alcool a une affinité spéciale pour les centres nerveux. Cette proposition importante est mise hors de doute, non-seulement par les expériences de J. Percy, mais encore par celles de M. L. Lallemand, M. Perrin et Duroy qui ont débarrassé le cerveau du sang qu'il contenait dans des cas d'empoisonnement par l'alcool, et ont réussi à extraire de l'alcool de la substance cérébrale.

Les expériences de M. Marcet ont pour but de chercher à dissiper définitivement les doutes qui peuvent encore exister sur ce point de la science. Elles se divisent en trois séries. Dans la première, il étudie l'action de l'alcool sur les animaux sains (grenouilles et chiens); dans la seconde, on coupe les nerfs qui animent les parties mises en contact avec l'alcool, en laissant libre la circulation (grenouilles); dans la troisième, on respecte les connexions nerveuses, mais on supprime la circulation de ces mêmes parties (chiens et grenouilles).

L'auteur conclut des expériences de la première série : 1° que si les membres postérieurs d'une grenouille sont plongés dans l'alcool jusqu'au niveau de l'attache des cuisses, l'animal cesse de respirer et perd sa sensibilité dans une période variant de dix à treize minutes; 2° que les membres en contact avec l'alcool deviennent insensibles et impuissants longtemps avant les autres parties de l'animal; 3° que fréquemment un choc (le choc des Anglais est cette sorte d'état de commotion avec suspension des fonctions nerveuses qui se produit sous l'influence d'un trouble violent et presque soudain des centres nerveux) a lieu peu de temps après l'immersion, et ce choc consiste dans la cessation du mouvement volontaire, quoique la respiration continue et que les paupières restent d'ordinaire sensibles et susceptibles de se mouvoir par suite de l'irritation des globes oculaires; 4° que le choc peut durer jusqu'à la mort de l'animal; 5° que le choc peut disparaître peu après son apparition et se montrer de nouveau dans la suite.

Les expériences sur le chien (injection dans l'estomac) servent principalement à montrer l'ordre suivant lequel les différentes parties du centre nerveux sont lésées par l'alcool.

La seconde série d'expériences a conduit l'auteur aux conclusions suivantes : 1° sur les grenouilles opérées (section de tous les nerfs des membres postérieurs), chez lesquelles, par conséquent, l'alcool ne peut exercer aucune action sur les membres nerveux, au moyen des nerfs, on n'observe jamais de choc ; 2° le temps qui s'écoule depuis l'immersion des membres postérieurs dans l'alcool, jusqu'au moment où se montrent l'insensibilité et l'arrêt de la respiration, varie de quinze à vingt-trois minutes. Si l'on compare les conclusions de la première série à celles-ci, on pourra se convaincre que la circulation est la principale voie de transmission de l'action de l'alcool, de la périphérie vers les centres nerveux, et de plus que les nerfs ont certainement une légère influence dans cette transmission.

Les propositions suivantes servent de conclusions aux expériences de la troisième et dernière série (circulation interrompue dans la partie en contact avec l'alcool; intégrité des connexions nerveuses).

Quand la circulation a été complétement suspendue dans les membres postérieurs d'une grenouille, la sensibilité et la respiration peuvent persister pendant quatre à dix-huit heures, après l'immersion des membres postérieurs dans l'alcool. Mais ces mêmes animaux pouvant survivre plus de vingt-trois heures, après avoir subi la même opération, si on ne les met point en contact avec l'alcool, il s'ensuit que les nerfs servent ici manifestement de voie de transmission des effets de l'alcool, bien que cette voie soit très imparfaite. On doit remarquer aussi que dans quelques-uns de ces cas, on a observé un choc, comme on pouvait s'y attendre.

Chez les chiens, M. W. Marcet a lié l'aorte thoracique au niveau de l'intervalle entre la cinquième et la sixième côte, avant d'injecter de l'alcool dans l'estomac, dans le but d'empêcher l'absorption gastrique de se faire. Un chien ainsi opéré chez lequel on ne fit pas d'injection d'alcool survécut quatre heures et quinze minutes. D'autre part, un chien chez lequel on avait injecté trois fois dans l'estomac une once d'alcool mêlée à une égale quantité d'eau, présenta, quelques minutes après chaque injection, des phénomènes de plus en plus frappants d'intoxication alcoolique ; et mourut cinquante minutes après la dernière injection.

Or, un chien chez lequel on avait lié l'aorte thoracique survécut deux heures et vingt-sept minutes à cette opération, bien que pendant ce temps, on eût fait pénétrer dans son estomac sept onces et demie d'alcool mêlée à une quantité égale d'eau. Il ne manifesta pas le moindre signe d'intoxication alcoolique, et demeura sensible jusqu'à la fin. Ainsi donc, l'intoxication alcoolique ne se produit pas quand l'alcool ne peut point atteindre les centres nerveux ; mais néanmoins le contact de ce poison avec les nerfs de l'estomac hâte la mort. L'auteur rapporte une expérience dans laquelle le même résultat a été obtenu, quoique l'injection dans l'estomac de sept onces d'alcool mêlé à cinq onces d'eau eût été faite en une seule fois quelques minutes après la ligature de l'aorte. Il y eut, dans ce cas, comme dans l'autre, un léger vomissement.

Les résultats des trois séries d'expériences sont résumés à la fin du mémoire dans trois conclusions générales :

1° L'alcool est absorbé et va agir sur les centres nerveux principalement, quoique non exclusivement, par l'intermédiaire de la circulation.

2° L'alcool exerce une action légère, mais non douteuse, sur les centres nerveux, par l'intermédiaire des nerfs, indépendamment de la circulation.

3° L'influence transmise par les nerfs peut être de deux sortes :

a. Elle peut donner naissance à un choc, ou suspension temporaire de la sensibilité et du mouvement musculaire (à l'exception, peut-être, de celui des paupières), avec conservation de la respiration.

b. Elle peut n'avoir d'autre effet que d'abréger la vie (*Medical Times and Gazette*, 1860, nos 505, 507, 509).

Les recherches de M. W. Marcet offrent assurément un grand intérêt ; elles apportent un appui nouveau à l'opinion généralement acceptée aujourd'hui, à savoir que l'alcool est absorbé par les tissus vivants avec lesquels il est mis en contact, et que c'est surtout par la voie de la circulation, qu'il va agir sur tous les organes. Mais plusieurs des expériences faites par ce savant distingué pourraient perdre une grande partie de leur valeur, si on les discutait très sérieusement. Il nous semble, par exemple, que celles qui ont été instituées sur des grenouilles n'ont qu'une signification d'une médiocre importance : on n'a pas tenu compte dans ces cas d'une circonstance qu'on ne doit jamais perdre de vue lorsque l'on expérimente sur ces batraciens : c'est que l'imbibition se fait chez eux avec une facilité tout à fait exceptionnelle, et que cette imbibition et les autres phénomènes physiques qui concourent avec elle à l'absorption suffisent pour porter les substances toxiques à une très grande distance du point d'application, ou même dans toutes les parties du corps, après un temps plus ou moins long. Nous ne nierons pas le choc qui succède à l'impression causée par le contact

de l'alcool sur les nerfs des membres inférieurs ; mais les effets de l'imbibition se montrent presque aussitôt, car au bout de quelques instants les muscles de ces membres ont déjà perdu leur irritabilité, avant que la respiration ait cessé. Que la circulation serve chez les grenouilles à transporter l'alcool, cela nous paraît à peu près certain, quoique les faits de M. Marcet ne le démontrent pas d'une façon absolue : toutefois, nous le répétons, il faut tenir grand compte de la pénétration directe de l'alcool au travers de la peau des parties plongées dans le liquide. Si les grenouilles chez lesquelles on avait lié la partie postérieure du corps tout entière, à l'exception des nerfs cruraux, ont survécu si longtemps, c'est que cette préparation même opposait un obstacle considérable au passage de l'alcool, des membres immergés vers les parties antérieures de l'animal; et celles chez lesquelles on s'était contenté de lier l'aorte, sans séparer, par conséquent, presque complétement les membres postérieurs du reste du corps, ont survécu moins longtemps. Mais dans le premier cas lui-même, il est clair que le passage de l'alcool par imbibition progressive n'était pas entièrement barré ; aussi voyons-nous les grenouilles mourir plus promptement que celles qui, après avoir subi la même préparation, n'ont pas les membres postérieurs plongés dans l'alcool. L'auteur n'a pas pris en considération ces circonstances, et il nous paraît donc peu fondé à conclure de ce fait que l'alcool exerce une influence sur les centres nerveux, par l'intermédiaire des nerfs.

Quant aux dernières expériences, instituées sur des chiens, elles auraient une bien plus grande valeur, si elles n'étaient aussi passibles de quelques objections. M. W. Marcet présente comme étalon une seule expérience de ligature de l'aorte thoracique sur un chien : dans ce cas l'animal survécut quatre heures et un quart à l'opération. Il nous semble qu'il eût été très utile de répéter plusieurs fois cette opération, de façon à posséder une moyenne à laquelle on aurait comparé alors avec quelque confiance la durée de survie des chiens chez lesquels, après cette opération, on a injecté de l'alcool dans l'estomac. En effet, tous les physiologistes savent combien la survie peut durer après une grave opération. M. Marcet injecte de grandes quantités d'alcool dans l'estomac de chiens ainsi opérés, et observe une survie d'environ deux heures chez deux animaux, sans qu'il y ait eu aucun phénomène d'intoxication. De là deux conclusions : l'une établit que les phénomènes nerveux de l'intoxication alcoolique ne peuvent se produire que lorsque l'alcool est absorbé et porté directement dans les centres nerveux; l'autre, en faveur de laquelle on pourrait invoquer aussi les expériences pratiquées sur les grenouilles, pose en fait que l'action de l'alcool n'est pas entièrement nulle lorsque la circulation est supprimée dans l'organe qui est mis en contact avec cette substance, mais qu'elle peut se borner alors à diminuer la durée de la survie. La première proposition n'est pas contestable, si on la restreint aux animaux supérieurs : quant à la seconde, au contraire, elle nous paraît difficilement admissible, quoique M. Marcet ait prévu une objection et ait cherché à y répondre par une de ses expériences, cependant cette objection conserve encore toute sa force. La ligature de l'aorte thoracique détermine une paralysie des parties alimentées par les branches artérielles émanées au-dessous du siége de la ligature. Or, il nous semble difficile d'admettre que les nerfs de l'estomac, dans ces conditions, puissent conserver longtemps leur excitabilité : comment donc alors leur excitation peut-elle abréger la survie des animaux? Ce résultat était très net et constant, et nous avons fait nos réserves sur ce point, il faudrait l'expliquer d'une autre façon.

En résumé, nous ne voyons pas dans le mémoire de M. Marcet une démonstration expérimentale de l'hypothèse de B. Brodie, hypothèse qui, d'ailleurs, rend seule bien compte des cas de mort subite observés après l'introduction d'une quantité plus ou moins grande d'alcool dans le tube digestif; mais, comme nous l'avons dit, il nous offre des faits qui prouvent, une fois de plus, que les phénomènes nerveux de l'intoxication alcoolique sont déterminés, chez les animaux supérieurs, par le transport de l'alcool au moyen du sang jusque dans les centres nerveux avec les éléments desquels il est mis directement en rapport.

Observations confirmatives de l'utilité de la saignée dans certaines indigestions compliquées d'accidents cérébraux à forme grave, par M. le docteur FONTERET.

L'indigestion ne réclame pas toujours, heureusement, l'intervention active de l'art. Le plus souvent elle se dissipe en peu d'heures, sans laisser de trace et par les seuls efforts de la nature, lorsque d'ailleurs l'état de santé habituel n'offre pas d'altération sensible. Cette heureuse terminaison serait moins rare encore, si le public étranger à la médecine, sous prétexte de hâter la cure, ne s'avisait de la troubler par l'administration intempestive de stimulants alcooliques.

Quelquefois cependant, au milieu de la santé la plus parfaite, l'indigestion revêt d'emblée un caractère de haute gravité; l'expression symptomatique peut alors marquer le trouble fonctionnel primordial, et la vie est si prochainement menacée, qu'il y a urgence de venir en aide par un traitement méthodique aux efforts insuffisants de l'organisme. L'indication de débarrasser l'estomac en sollicitant le vomissement devient alors difficile à remplir. C'est ainsi que M. Fonteret a vu plusieurs fois l'appareil symptomatique complexe créer de toutes pièces une contre-indication formelle à l'emploi des vomitifs, dans des cas qui s'accompagnaient d'un retentissement immédiat sur l'organe encéphalique (congestion accompagnée soit d'hémiplégie, soit de céphalalgie intense, vertige, photophobie, hallucinations, soit d'attaques éclamptiques, soit de délire et de convulsions générales).

Dans ces cas, la déglutition étant impossible, les vomitifs n'auraient pu être administrés qu'en lavement ; mais, indépendamment de l'incertitude de ce mode d'administration, « eût-il été prudent, ajoute M. Fonteret, de compter sur l'action vomitive absolue de ce sel, au milieu du trouble si profond de l'innervation, sachant qu'au début de ces rapides congestions de l'encéphale, l'intestin, l'estomac même, se montrent parfois réfractaires, celui-ci à l'action de l'émétique, celui-là aux drastiques les plus puissants! L'émétique pouvait donc, en me faisant défaut, aggraver les risques inhérents à la maladie. Il y a plus : c'est que, bien qu'il fût réclamé pour la cure finale, l'hypérémie cérébrale entée sur l'indigestion semblait contre-indiquer l'emploi immédiat de cet agent.

» La saignée, au contraire, répondait aux signes réactionnels les plus positifs, les plus pressants. Négliger cette indication, c'était favoriser leur développement et accroître le péril qui en résultait ; la suivre hardiment, c'était dégager un élément morbide, d'ordre secondaire sans doute, à envisager la filiation des symptômes, mais devenir culminant et primant tous les autres, tant par l'importance de l'organe qui en était le siége que par l'irradiation sympathique de son influence sur l'organisation tout entière.

» Et ce qui prouve mieux que tous les raisonnements l'efficacité de cette pratique, c'est que spontanément le vomissement a suivi la saignée; c'est-à-dire qu'il a suffi d'avoir simplifié l'état pathologique, en débarrassant le cerveau, pour remettre l'estomac en possession de lui-même, pour restituer à ce viscère, avec son libre fonctionnement, toute son énergie contractile. » (*Gazette médicale de Lyon*, 1860, n° 1.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de quelques maladies pendant le premier âge, par le docteur A. MIGNOT, lauréat de l'Institut, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital cantonal de Chantelle, etc. — Un vol. in-8° ; Paris, Victor Masson ; Gannat, Félix Bourroux ; 1859.

Traité des frictions quiniques chez les enfants, par le docteur P.-F. SEMANAS (de Lyon). — In-8° de 213 pages ; Paris, J.-B. Baillière ; Lyon, Savy ; 1859.

Mémoires pratiques de médecine, de chirurgie et d'ac-

couchements, avec une planche, par le docteur A. Bourdel, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, etc. — Un vol. in-8°; deuxième édition. Montpellier, Ricard, 1859.

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, M. le docteur Mignot n'en est point à son premier essai, et déjà il s'est fait connaître par plusieurs œuvres remarquables : nous citerons entre autres un *Traité pratique et analytique du choléra-morbus épidémique* qui lui est commun avec le docteur Briquet (1850), et un *Mémoire sur la contagion du muguet* (1857). L'ouvrage dont nous avons à rendre compte aujourd'hui se recommande par les mêmes qualités d'observation et de jugement qui ont valu à ses aînés une honorable distinction. Le lecteur ne doit pas s'attendre à y trouver de longues discussions ou d'inutiles controverses sur quelques points de détail, il n'y rencontrera pas davantage les recherches historiques et bibliographiques qui distinguent à un si haut degré l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, par exemple, il n'y verra point enfin de longues pages consacrées à l'étude de tel ou tel point délicat d'anatomie microscopique, dont la connaissance importe fort peu, la plupart du temps, à l'histoire pratique de la maladie. L'ouvrage de M. Mignot, entièrement fondé sur l'observation clinique, est conçu dans un autre esprit : ce que cherche avant tout l'auteur, c'est d'éclairer certains côtés encore obscurs de la pathologie des nouveau-nés, de montrer par des observations incontestables, comment, malgré toutes les difficultés que présente un diagnostic précis à cette époque de la vie, on peut, néanmoins, dans bon nombre de cas, y prétendre avec juste raison, et en tirer d'utiles conséquences pour la thérapeutique.

Du reste, ce livre n'est point un traité complet : quelques maladies seulement, parmi celles qui sont plus particulièrement propres aux nouveau-nés, y sont décrites, et l'on comprendra facilement la raison de cette réserve, si l'on songe que M. Mignot n'a voulu s'appuyer ici que sur les résultats de son observation personnelle.

Avant d'aborder les questions de pathologie spéciale, l'auteur a pris soin d'étudier dans deux chapitres qui leur servent d'introduction nécessaire, tout ce qui a trait à l'état du pouls, de la respiration et de la chaleur chez les nouveau-nés. Mettant à profit dans ce but des recherches très étendues qu'il fit à l'époque où il était interne à l'hospice des Enfants trouvés, il est arrivé sur ces trois points si souvent discutés, aux moyennes suivantes : pour les huit premiers jours de la vie, 125 pulsations par minute, 35 inspirations, 37°6 de chaleur. On remarquera que le nombre des battements artériels est supérieur à celui qu'avait indiqué Valleix (90 à 100 pendant la veille; 87 pendant le sommeil) supérieur également à la moyenne qu'a indiquée M. le docteur Roger (102), tandis qu'il reste notablement au-dessous des chiffres donnés par Floyer (138), Haller (140), Nœgèle (137), M. le professeur Trousseau (138). Tel qu'il est, cependant ce résultat constate une fois de plus un fait irrécusable, la grande fréquence du pouls au moment de la naissance. Quant au chiffre de 37°6, qui indique la chaleur, il vient confirmer les recherches de M. Roger sur le même point, et montrer que la température des nouveau-nés, réputée inférieure à celle de l'adulte, la dépasse de quelques fractions de degré. Mais là ne se sont point bornés les travaux de M. Mignot, et nous ne pouvons faire mieux que de citer textuellement les conséquences auxquelles il est arrivé en étudiant la température dans l'état de maladie. Ses tableaux comprennent cent-trente-six cas qui sont ainsi répartis d'après l'âge des enfants : « 59 pour la période de un à quarante jours; 14 pour celle de quarante jours à trois mois; 24 pour celle de 3 mois à un an; 14 se rapportent à la seconde année; 17 à la période de deux à sept ans, 10 enfin ont trait à des malades de sept à quinze ans. Or, si l'on déduit de ces observations les résultats qui en découlent naturellement, on verra que dans la période de un à quarante jours qui suit la naissance et renferme les nouveau-nés proprement dits, l'abaissement de la température axillaire au-dessous du degré physiologique 37, se montre comme l'accident le plus fréquent; il a eu lieu quarante-trois fois sur cinquante-neuf. De quarante jours à trois mois, la proportion se renverse et il y a six cas de diminution de chaleur contre huit d'augmentation. La troisième période de trois mois à un an n'offre qu'un seul exemple de diminution pour un total de vingt-quatre observations; enfin depuis huit mois jusqu'à quinze ans, l'accroissement de la chaleur a toujours été perçu dans les diverses maladies, et jamais son abaissement. » Ainsi se trouve établi un fait dont la connaissance importe beaucoup au clinicien : savoir qu'en raison de leur tendance extrême au refroidissement, les nouveau-nés présentent un abaissement de température même dans les maladies où l'on voit chez l'enfant et chez l'adulte, la chaleur animale s'élever au-dessus de ses limites normales. De plus, le degré du refroidissement susceptible de se produire à cette première époque de la vie est de beaucoup inférieur à celui qu'on observe chez l'adulte dans les circonstances qui abaissent le plus son pouvoir de calorification, dans la période algide du choléra, par exemple ; enfin le refroidissement chez les nouveau-nés va beaucoup plus loin que ne peut aller l'accroissement de chaleur. De tous ces faits, l'auteur tire encore une autre conclusion qui nous semble en tous points conforme à la vérité ; c'est que cet état, décrit comme une entité morbide, par Valleix sous le nom d'*asphyxie lente*, par M. Hervieux sous celui d'*algidité progressive*, n'est réellement point une maladie, mais constitue simplement un groupe de phénomènes qui appartient à un très grand nombre de maladies diverses.

Nous avons insisté un peu longuement sur ces recherches de M. Mignot, parce qu'elles nous semblent pleines d'intérêt et que les résultats fournis par elles doivent toujours être présents à l'esprit du médecin, sous peine des erreurs les plus graves. Et, par exemple, à quelles déceptions ne s'exposerait pas le praticien qui attendrait dans la pneumonie des nouveau-nés l'augmentation de la température du corps et l'apparition d'un mouvement fébrile bien caractérisé, tandis que les symptômes généraux en sont ou nuls ou précisément inverses, ainsi que Billard l'avait déjà parfaitement noté ? Au reste, l'étude de la pneumonie tient une large place dans l'ouvrage du médecin de Chantelle, et elle est tracée en grande partie d'après les autopsies de 118 sujets âgés de un à quarante jours, autopsies qui ont été faites en 1848 à l'hospice des Enfants trouvés. C'est donc uniquement la pneumonie des premiers jours qui est ici en cause, et l'auteur déclare qu'elle doit être complétement séparée de celle qui survient un peu plus tard, c'est-à-dire à partir de deux mois. C'est là une distinction que nous croyons éminemment utile, car, en assimilant la phlegmasie pulmonaire qui se développe dans les premiers temps qui suivent la naissance à celle qui atteint les enfants âgés de trois mois et plus, on tomberait dans une confusion tout aussi grande que si l'on voulait embrasser dans une seule et même étude la pneumonie de l'enfance et celle de l'adulte. Pour n'en citer qu'une preuve, mais elle est des plus convaincantes, tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants, sans distinction précise d'âge, ont établi avec grand soin que la véritable hépatisation est rare chez eux. Eh bien, si l'on accepte ce résultat sans contrôle et qu'on l'applique tel quel à la pneumonie des premiers jours, on sera dans l'erreur la plus complète. C'est un point sur lequel notre excellent maître, M. le professeur Nat. Guillot, insiste chaque année ; c'est un point dont l'importance n'a point échappé à M. Mignot, et en fait, sur ses 118 autopsies, il a trouvé 20 fois l'hépatisation comme lésion prédominante, sans parler des cas où elle coïncidait avec d'autres lésions du poumon. Voici, d'ailleurs, les altérations anatomiques qu'il donne comme propres à l'inflammation pulmonaire : l'hépatisation, dont les caractères sont bien connus; la splénisation, la carnification. Il reconnaît deux degrés à la splénisation; mais nous lui en laissons toute la responsabilité, surtout en ce qui touche leur mode de production, car l'exposition qu'il en donne ne s'appuie sur aucune preuve directe, et nous craignons qu'il n'ait fait à ce propos un petit emprunt à l'hypothèse. Citons textuellement : « On reconnaissait que cette forme de pneumonie était produite par une congestion lente et passive du sang dans les aréoles pulmonaires. Au début, cet engorgement ne modifiait pas autrement la structure de l'organe qu'en lui ajoutant un excès de sang veineux ; mais, plus tard, ce sang, faisant l'office de corps étranger, amenait une réaction inflammatoire plutôt locale que générale, qui mo-

difiait peu à peu le tissu normal. L'inflammation joue donc dans cette deuxième lésion un rôle bien moins grand que dans la première (l'hépatisation); elle n'existe pas au point de départ et survient vers la fin d'une manière secondaire. La marche que nous venons d'assigner au développement de la splénisation permet de lui assigner deux degrés. Dans le premier, simple congestion veineuse, que nous décrirons, à cause de son aspect, sous le nom de *congestion apoplectiforme;* dans le second, induration du poumon ou *splénisation* proprement dite. » Quant à la carnification, que l'on décrit généralement aujourd'hui comme une des lésions de la bronchite capillaire, M. Mignot, comme nous l'avons vu, la range au nombre des caractères anatomiques de la pneumonie. Il n'est pas, d'ailleurs, disposé à accepter pour sa formation la théorie du retour à l'*état fœtal*. Il fonde son opinion sur l'absence d'un agent de compression pouvant amener, comme dans les cas d'épanchement pleural, l'occlusion persistante des vésicules pulmonaires. Il est clair qu'en raisonnant ainsi, l'auteur ne tient compte que d'une seule des données du problème ; il ne s'agit point seulement ici de chercher si quelque compression agissant de dehors en dedans peut faire obstacle à la colonne d'air inspirée et annihiler un nombre plus ou moins considérable de lobules pulmonaires, il faut avant tout prendre en considération l'état des bronches et de leur sécrétion, l'insuffisance des forces inspiratrices et l'influence des mouvements d'expiration. La question paraît alors beaucoup moins simple ; nous regrettons d'autant plus que notre auteur ne l'ait point suffisamment discutée qu'il se fût épargné peut-être une nouvelle hypothèse, plus fâcheuse que la première certainement, puisqu'elle suppose l'existence de certains détails d'anatomie normale qu'on n'admet plus aujourd'hui. Cette hypothèse est la suivante : « La carnification n'est probablement autre chose qu'un mode particulier d'engouement dans lequel les vésicules pulmonaires n'ont pas encore reçu l'épanchement fibrineux qui donne à l'hépatisation, avec l'aspect granuleux, un excès de volume sur les parties perméables, et ont perdu, par suite du rapprochement de leurs parois enflammées, la faculté de recevoir l'air. De ce qu'elles ne contiennent ni dépôt de fibrine ni air résultent le défaut de saillie, et tout à la fois la pesanteur des lobules carnifiés, comme aussi leur disposition à reprendre le caractère spongieux après une forte insufflation. L'infiltration du tissu intervésiculaire et interlobulaire par de la sérosité contribue aussi à l'accolement des vésicules. » Quant au véritable état fœtal, il ne l'a vu que sur des enfants très faibles, n'ayant vécu que cinq à six jours au plus, et il ne s'agissait point de portions de poumon revenues à l'état fœtal, il s'agissait de portions de poumon persistant dans les conditions de l'état fœtal. Ces résultats diffèrent non-seulement de ceux qui ont été donnés par Legendre, par MM. Rilliet et Barthez ; mais ils s'écartent en tous points de ceux qu'a fait connaître Joerg dans son remarquable travail sur l'*atélectasie pulmonaire*.

Mais, si les descriptions anatomo-pathologiques donnent lieu à quelques *desiderata*, nous sommes heureux d'avoir à signaler des recherches pleines d'utilité sur les diverses complications de la pneumonie, sur le rapport de quelques-unes d'entre elles avec telle ou telle forme spéciale de lésion pulmonaire. Ainsi, le sclérème accompagne habituellement la splénisation, la congestion apoplectiforme et la carnification, et ne se montre qu'exceptionnellement avec l'hépatisation ; il en est tout à fait de même de la persistance du trou de Botal. L'étude des symptômes est faite avec le plus grand soin, et nous y avons trouvé une nouvelle preuve de l'importance qu'il y a à séparer la pneumonie des premiers jours de celle qui se montre plus tard. Autant, en effet, le véritable râle crépitant est rare dans celle-ci, autant il est fréquent dans celle-là ; c'est un fait qu'il est aisé de constater dans tous les services consacrés aux nouveau-nés et qui n'est point assez connu ; et il ne s'agit point ici d'une ressemblance plus ou moins grande avec le râle crépitant type de l'adulte, il s'agit d'une identité parfaite qu'explique amplement, d'ailleurs, l'identité de la lésion. C'est là un fait que nous avons maintes fois constaté cette année même à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Guillot. Les observations cliniques du docteur Mignot sur ce point confirment notre assertion et conduisent à un autre résultat non moins intéressant : il rapporte 20 cas d'engouement pulmonaire dans lesquels la mort fut due à une autre affection ; dans tous ces cas, l'auscultation de la poitrine fut pratiquée, et dans un seul cas on entendit du râle crépitant, et cela dans un point très limité. Il y a là une question importante à résoudre, car il est difficile de concilier ce résultat avec cette proposition universellement admise, que le râle crépitant de la pneumonie de l'adulte correspond précisément à la période dite d'engouement. Nous ne pouvons entrer ici dans une telle discussion.

Indépendamment du râle crépitant et des autres variétés bien connues de rhonchus qui peuvent se rencontrer dans le cas de pneumonie, l'auteur fait connaître un signe stéthoscopique qu'il regarde comme nouveau et qu'il désigne sous le nom de *bruit d'éponge mouillée*, dénomination, dit-il, qui a l'avantage de définir la chose en la nommant. Porté d'abord à ne voir là qu'une variété du râle crépitant, il n'a point tardé à l'en séparer complétement, à cause de l'époque tardive de son apparition (dernière période de la pneumonie) et à cause de sa dissémination bien plus grande ; car, loin d'être borné aux parties occupées par l'hépatisation, ce bruit s'est fait entendre plusieurs fois dans toute l'étendue de la surface pulmonaire, en avant comme en arrière du thorax et même dans les cas où il n'y avait point d'hépatisation. Quant à la cause physique de ce bruit, M. Mignot la voit dans les mouvements variés qu'exécutent les côtes et la colonne d'air à un moment où les poumons sont œdématiés. Le bruit produit alors est transmis à l'oreille de l'observateur et devient le bruit d'éponge mouillée.

L'intérêt qui s'attache à l'étude de la pneumonie au premier âge nous a entraîné trop loin, et nous devons nous borner à noter que les autres chapitres du livre qui nous occupe, bien que reposant sur un nombre de faits moins considérable, sont écrits avec le même soin et également riches en détails intéressants. Nous signalerons surtout l'étude du muguet, et celle de la péritonite et des affections cérébrales ; et nous sommes heureux de pouvoir dire ici que la lecture du livre du docteur Mignot ne nous a laissé qu'un regret, c'est qu'il ne renferme pas toutes les maladies qui appartiennent à la pathologie du premier âge.

— De cet ouvrage à celui de M. Semanas la transition est facile, car ce dernier est consacré à l'exposition et à la défense d'une méthode particulière de traitement contre les accidents intermittents et rémittents chez les enfants. Nous disons à dessein accidents intermittents et non point fièvre intermittente, car sur les trente observations que renferme ce livre une seule a trait à une fièvre franchement intermittente, toutes les autres se rapportant à des accidents d'intoxication paludéenne venant compliquer ou accompagner d'autres maladies ; ces derniers cas, fait observer l'auteur, sont de beaucoup les plus communs, surtout lorsqu'on pratique dans les grands centres de population, et ils n'en réclament pas moins l'emploi des préparations de quinquina. Ces observations sont d'ailleurs divisées en deux séries : dans la première sont compris les cas où le sel quinique a été administré exclusivement par la méthode intraleptique ; dans la seconde, qui renferme dix-sept relations cliniques, sont rangés des faits dans lesquels les frictions quiniques ont été accompagnées de l'administration du médicament par d'autres voies. Nous ne voyons pas, en vérité, ce que peut prouver ce second groupe d'observations, et bien que l'auteur déclare qu'il sera facile, dans chacun d'eux, de fixer la part d'efficacité qui revient aux frictions en particulier, nous ne pouvons être de son avis, et nous croyons devoir réduire à treize les cas réellement probants. Un tel résultat plaide éloquemment d'ailleurs en faveur de la méthode, et la valeur de ces faits ne peut être contestée. Mais s'ensuit-il qu'on soit autorisé à conclure de là à l'efficacité de ce traitement dans les cas de fièvre intermittente légitime, et même dans ceux de fièvre pernicieuse, où l'indication est si pressante ? Nous ne le pensons pas, et la généralisation que propose M. Semanas nous paraît au moins prématurée.

Voici d'ailleurs la formule de la pommade et les règles de son emploi. L'auteur emploie la formule de Boudin, avec quelques modifications portant sur la quantité de quinine, ce qui est un point important lorsqu'il s'agit d'un médicament dont le prix est très

élevé, et sur la quantité d'acide ajoutée pour obtenir la dissolution du sel. Il en a deux variétés, qu'il désigne sous les noms de pommade ordinaire et de pommade forte. La première est ainsi composée :

Sulfate de quinine............... 2 grammes.

Délayez avec quelques gouttes d'alcool. — Ajoutez :

Acide sulfurique................ 1 goutte.
Axonge......................... 20 grammes.

Mêlez intimement.

Une quantité double de sel quinique, les autres composants restant les mêmes, constitue la pommade forte.

Pour ce qui est de la manière dont ces frictions doivent être pratiquées, M. Semanas indique quatre règles, et comme le succès dépend, dit-il, de leur exacte observation, nous devons les transcrire ici.

I. Le bout palmaire de l'index droit ou gauche, suivant le côté où l'on se place, ayant été chargé d'un volume de pommade égal chaque fois à une forte noisette, sera porté successivement sous chaque aisselle, puis aux aines, en frictionnant durant une minute environ dans chaque endroit.

II. Afin d'assurer un contact suffisamment prolongé de la pommade avec la peau, on aura recours à l'emploi de coussinets *ad hoc* en ce qui concerne le creux de l'aisselle ; pour ce qui est du pli de l'aine, il suffira de faire fléchir et de maintenir fléchie pendant une demi-heure environ la cuisse sur le bassin.

III. Les frictions quiniques, pratiquées comme il vient d'être spécifié, seront répétées à la distance d'une heure, jusqu'à quatre à six fois pour les cas de gravité moyenne, et jusqu'à huit à dix fois pour les cas graves.

IV. Enfin, toutes les vingt-quatre heures au moins, on nettoiera exactement les cavités axillaires et de l'aine avec un mélange tiède d'eau et d'alcool par moitié. L'auteur expose ainsi les avantages qui l'ont porté à substituer cette voie d'administration à celles qui sont généralement usitées. « Ces avantages sont : d'une part, de réserver indemnes de toute action médicamenteuse locale les voies stomacale et anale si promptes à s'offenser, chez les enfants surtout, de toute médication un peu active ; c'est, d'autre part, de n'avoir pas à s'inquiéter de l'état favorable ou non des premières voies, et de pouvoir, par conséquent, passer outre lorsque, ainsi que cela se rencontre si souvent, l'irritation phlegmasique, l'état saburral ou tout autre état plus ou moins fâcheux de l'estomac et des intestins viennent se mettre de la partie. »

Ici finit notre tâche. Un ouvrage du genre de celui de M. Semanas échappe à l'analyse et à la critique, et nous ne pourions nous proposer d'autre but que de faire connaître exactement la méthode et le procédé du médecin de Lyon, afin de mettre chacun en mesure de l'expérimenter.

— Fidèle à son titre, la collection des mémoires de M. Bourdel est faite dans un but tout pratique. Ne pouvant passer en revue des travaux qui roulent sur les sujets les plus divers, nous en donnerons tout au moins l'indication. Ces mémoires sont au nombre de douze :

I. Des effets de la douche sur les aliénés.

II. De quelques effets du bandage de Scott. Nous comprenons difficilement pourquoi l'auteur attribue aux substances bizarres qui entrent dans la composition de ce bandage les bons effets, qui sont simplement dus à l'immobilité et à la compression.

III. Réflexions sur un fait de tératologie. Il s'agit d'un monstre monomphalien xiphopage.

IV. L'incision de la vulve comme moyen préventif de la déchirure du périnée dans l'accouchement est-elle nécessaire ? M. Bourdel combat l'opinion de Carpentier, qui a proposé cette méthode et n'en voit guère l'application que dans le cas où la résistance de la vulve est due à des brides ou à des tissus de cicatrice.

V. Traitement des gerçures du rein pendant l'allaitement. Ce traitement consiste dans l'emploi méthodique de la teinture du benjoin.

VI. Tubercules dans les vésicules séminales ; une observation.

VII. Vices de conformation du vagin. Il sont classés sous trois chefs : position, étroitesse, occlusion de l'orifice.

VIII. Réflexions sur un cas de pustule maligne. Préférence accordée au cautère actuel, qui a amené la guérison. Ectropion consécutif à la chute de l'eschare. Opération nouvelle suivie de succès.

IX. De l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes. On l'a employé à doses bien plus élevées que celles qu'indique l'auteur, et cela sans inconvénients.

X. Considérations cliniques sur le chancre et le bubon. Il ne partage pas les opinions de M. Ricord sur la localisation du virus au début, et sur la possibilité d'en prévenir l'absorption pendant les cinq premiers jours en détruisant le chancre. Contrairement encore au chirurgien de l'hôpital du Midi, M. Bourdel admet le bubon d'emblée.

XI. Des dégénérescences de la région parotidienne. Une partie de l'article est consacrée aux productions fibreuses qui sont les moins connues, et l'auteur regarde l'extirpation de la parotide comme possible.

XII. Établir les rapports qui existent entre l'anatomie et la physiologie. Ces sciences sont-elles accessoires à la médecine ou en sont-elles des parties intégrantes ? Nous trouvons, en outre, à la fin de l'ouvrage trois analyses bibliographiques : l'une sur un mémoire de M. Gouraud (sur la fièvre intermittente pernicieuse) ; la seconde sur divers mémoires de M. Pamadol concernant la cataracte, l'iritis, etc. ; la troisième, enfin, est consacrée au travail de M. Yvaren sur les métamorphoses de la syphilis.

Nous ne pouvons qu'applaudir à la pensée qui a guidé M. Bourdel, car cette pensée, c'est le désir sincère d'être utile en communiquant à ses confrères les résultats heureux de sa propre pratique, et en leur donnant ainsi généreusement les moyens de les mettre à profit.

S. Jaccoud.

VI

VARIÉTÉS.

Mort de M. Lenoir.

La chirurgie vient de faire une perte qui sera bien sensible à tous ceux qui savent apprécier l'intelligence, l'esprit, le savoir, l'habileté pratique et l'honnêteté. M. Lenoir a succombé à la cruelle maladie qui si souvent, depuis plus de quinze ans, le retenait sur un lit de douleur, ou le forçait d'aller demander quelque soulagement à diverses eaux minérales. Ses obsèques ont eu lieu, mardi dernier, au milieu d'un concours de professeurs, d'agrégés, de chirurgiens des hôpitaux, de confrères amis et de clients. Au cimetière de l'Ouest, MM. Marjolin, Larrey et Voillemier ont été les interprètes bien inspirés de la douleur commune : nous reproduisons ci-après le discours de M. Marjolin, le seul qui nous soit parvenu.

On remarquera dans ce discours le passage relatif aux travaux inachevés de Lenoir. L'espoir de ses amis, qui est celui de tous les chirurgiens, sera réalisé. Nous savons que M. Victor Masson, éditeur des œuvres de notre regretté confrère, tient à bonneur d'acquitter envers le public une dette qui est aussi la sienne. Il y sera aidé par le dévouement et le savoir de MM. Danyau et Laborie.

A. D.

« Messieurs et chers collègues,

» Chargé, dans ce jour de deuil, de porter la parole au nom de la Société de chirurgie, je viens m'acquitter de ce pieux devoir avec toute la reconnaissance d'un élève, avec toute la douleur d'un ami.

» Vous tous, chers collègues, amis ou élèves, qui environnez cette tombe et qui souffrez de cette perte prématurée, vous tous qui avez connu et aimé Lenoir, vous devez comprendre par l'émotion que vous ne pouvez contenir, que, dans ces moments de trouble, c'est à peine si le cœur peut épancher librement sa tris-

tesse. Plus tard, une voix plus éloquente devra vous redire au sein de la Société, les titres scientifiques de notre excellent collègue, et vous faire connaître ces travaux que la maladie l'empêcha de terminer; mais aujourd'hui, en présence de ces restes inanimés, notre tâche ne doit-elle pas être de chercher à atténuer la douleur d'un frère et d'une famille, en rendant un hommage public à ses qualités, à son caractère, et en vous disant en peu de mots par quelle voie honorable notre collègue avait su mériter, outre une si juste considération scientifique, l'estime et l'amitié de tous ceux qui le connaissaient?

» Adolphe Lenoir, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, chevalier de la Légion d'honneur, l'un des membres fondateurs de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, naquit à Meaux, en 1802; ses premières études furent dirigées par un oncle, recteur de l'Académie d'Amiens, et auteur d'une traduction estimée de Juvénal.

» Après avoir commencé la médecine dans sa ville natale, sous la direction de M. Houzelot père, chirurgien en chef de l'hôpital, il vint à Paris et se fit recevoir externe des hôpitaux. Quant au titre d'interne, il le répétait souvent, ce ne fut qu'à force de travail et de persévérance qu'il l'obtint. Enfin, cette nomination si désirée arriva et, en 1828, il obtint la première place de la promotion. Les années de son internat se passèrent successivement à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital du Midi, à la Pitié et à Beaujon, et ce fut dans ce dernier hôpital qu'il devint l'un des élèves les plus affectionnés de mon père. A partir de ce moment, son maître qui avait su si bien apprécier toutes ses qualités, ne cessa de chercher l'occasion de lui être utile dans sa carrière, comme il l'avait fait pour tant d'autres de ses élèves, et, disons-le aussi, il trouva dans Lenoir un cœur reconnaissant et un attachement sincère.

» Successivement nommé au concours, aide d'anatomie, prosecteur, agrégé de l'école et chirurgien des hôpitaux, pendant plusieurs années il ne cessa de faire à l'école pratique, en collaboration avec son ami et collègue, M. Michon, des cours d'anatomie et de médecine opératoire. Ces cours étaient fort suivis et avaient un caractère tout spécial : en effet, ils ne consistaient pas seulement dans le simple exposé des procédés opératoires, mais surtout dans l'appréciation de leur valeur et dans l'indication des cas où ils devaient être de préférence adoptés. En un mot, pour me résumer, c'était la révélation de l'esprit et du jugement d'un maître essentiellement praticien qui se manifestait dans son enseignement.

» Pendant son agrégation, Lenoir remplaça plusieurs années dans leur chaire de clinique MM. Cloquet et Sanson, et, dans ces occasions, il prouva hautement que lui aussi était bien digne d'occuper une place dans cette école dont il avait été l'un des élèves les plus marquants. Dans une autre circonstance, chargé de faire, en l'absence de M. Moreau, le cours d'accouchement réservé aux élèves sages-femmes, il conçut alors la pensée de publier un traité complémentaire d'accouchements. Cet ouvrage remarquable, dont la première partie seule a paru, et dont les autres sont très avancées, fut malheureusement interrompu par la maladie. En effet, qui d'entre nous a été plus éprouvé que notre malheureux collègue? A plusieurs reprises atteint de phlébite à la suite de piqûres, il vit ses jours sérieusement menacés; mais ces atteintes, malgré leur gravité, ne furent rien en comparaison de la maladie cruelle dont il a souffert pendant près de quatorze ans et à laquelle il a fini par succomber. Malgré ces douloureuses épreuves, jamais le courage ne l'abandonna; il continua toujours son service à l'hôpital Necker, où il a laissé tant de souvenirs, et deux fois il prit part aux concours ouverts pour les chaires de médecine opératoire à la Faculté.

» Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur les titres scientifiques de Lenoir, mais un point sur lequel je ne saurais trop insister, c'est la franchise et la loyauté de son caractère. A une intelligence fine et cultivée, il joignait une véritable passion pour la vérité et pour la justice, et il aimait de plus son art, croyant que, pour le cultiver avec succès, il faut avoir des convictions sincères et fondées sur l'expérience. Cette tendance de son esprit l'engagea quelquefois dans des polémiques sérieuses, mais jamais sa conduite n'eut d'autre mobile que la recherche du vrai. S'il fut parfois sévère dans ses appréciations et un peu vif avec ses adversaires, jamais, je le répète, il n'eut d'autre mobile que celui d'une conviction profonde : sa parole, sa critique pouvaient être incisives, mais le cœur était toujours bon.

» En dehors de la science, quelle organisation plus heureusement douée! Non-seulement il savait plaire par les grâces d'un esprit enjoué et aimable, mais on pouvait compter sur sa parole et son amitié.

» Lenoir avait été l'un des fondateurs de la *Société anatomique* et de la *Société de chirurgie*, et l'on peut dire que, jusqu'à la dernière heure, jamais son affection pour ces deux Sociétés ne s'est démentie. Chaque mercredi il s'informait avec intérêt de ce qui s'était passé à la séance, et exprimait son regret de ne pouvoir prendre une part plus active à nos travaux. Employant les quelques instants de répit que la douleur lui laissait, soit à la lecture, soit à la correction d'épreuves, parfois il reprenait espoir; puis bientôt, toute illusion cessant, il manifestait ses dernières intentions à ses amis, leur demandant de vouloir bien après lui ne pas laisser son œuvre inachevée; nous l'écoutions avec tristesse et, parfois, le voyant se relever, nous nous bercions, nous aussi, de quelque espérance : il avait échappé si souvent à la mort, que nous nous demandions avant son dernier voyage, si cette existence qui promettait à la science d'utiles et de précieux travaux, ne pourrait pas se prolonger encore; elle s'est prolongée, il est vrai, mais pour souffrir cruellement.

» Ah! messieurs, si dans ce moment de tristesse, si devant cette tombe, il m'était permis d'exprimer un vœu, je dirais : Les dernières paroles de notre collègue, de notre maître, ont été pour une Société qu'il affectionnait; à notre tour, n'est-il pas de notre devoir de faire en sorte que ses travaux inachevés soient terminés et que les précieuses observations qu'il avait recueillies soient mises au jour et préservées de l'oubli? Ce serait le plus beau et le plus durable monument que la Société de chirurgie pourrait élever à la mémoire de l'un de ses fondateurs, et le témoignage le plus éclatant de reconnaissance de la part de ses élèves.

» Adieu, cher maître, une dernière fois, adieu! »

— Le concours pour deux places de médecins à l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est terminé le 8 juin par la nomination de M. Faivre, membre de la Société de médecine de cette ville, ancien chef de clinique médicale, et de M. Bondet, chef de clinique en exercice.

— Le corps médical est représenté au parlement du nouveau royaume d'Italie par douze députés médecins, et parmi eux le ministre Farini, ex-gouverneur de l'Émilie; deux des principaux représentants de la médecine italienne, les professeurs Panizza (de Pavie) et Bufalini (de Florence), ont été nommés sénateurs.

— Une nouvelle taxe pour l'exercice de la médecine et de la chirurgie vient d'être imposée dans la principauté d'Anhalt-Dessau. Une nouvelle loi pour les vaccinations et une ordonnance pour la dispensation des médicaments par les médecins ont été récemment promulguées dans cette principauté.

— Un nouveau journal vient de paraître. Il a pour titre : ANNALES DES MALADIES CHRONIQUES (MÉDECINE ET CHIRURGIE) ET DE L'HYDROLOGIE MÉDICALE, et pour rédacteur M. Andrieux (de Brioude).

— M. Hippolyte Blot commencera, le lundi 25 juin, à trois heures, la deuxième partie du cours d'accouchement à la Faculté de médecine.

Il y traitera, exclusivement, de la *dystocie*. — Les premières leçons seront consacrées à l'étude de l'*avortement*; les suivantes à celle des *accouchements laborieux* et des *opérations qu'ils nécessitent*.

— Au moment de mettre sous presse, nous recevons, au sujet de notre article sur le discours de M. Trousseau, une lettre que le défaut de signature ne nous permet pas d'insérer, mais dont nous pourrons profiter dans nos articles ultérieurs.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL
Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 29 JUIN 1860. N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

IATROMÉCANIQUE, CHIMIATRIE ET VITALISME.

Nous nous proposions de présenter encore quelques remarques sur la question qui occupe en ce moment l'Académie ; mais nous les renvoyons au prochain numéro, pour faire place à l'article suivant, qu'a bien voulu nous adresser M. Pidoux. Outre la valeur attachée à tout ce qui sort de la plume de notre savant confrère, cet article aura, pour le lecteur, l'avantage de mettre sous ses yeux des opinions qui diffèrent des nôtres (moins pourtant qu'il ne peut le sembler à première vue), et sera pour nous une occasion de nous expliquer plus catégoriquement dans nos conclusions.

Nos lecteurs n'oublieront pas que la question en litige est fondamentale, et qu'il n'y a pas de temps mieux employé que celui que le médecin peut y consacrer.

A. D.

Eaux-Bonnes, le 12 juin 1860.

Mon cher Rédacteur,

Si j'avais été à Paris lorsqu'a paru votre article du 8 juin sur la séance académique du 5, je vous aurais dit un mot de l'inexactitude et de l'inconvénient qu'il y a à faire l'iatromécanique et chimiâtrie synonymes de matérialisme, et, par conséquent, vitalisme synonyme de spiritualisme. Telle n'est pas votre intention, sans doute ; mais on pourrait s'y tromper, et il ne le faut pas.

Occupé ici de toute autre chose que de ces matières, je détache d'une note d'un travail déjà ancien, mais inédit, quelques pages qui me paraissent une réponse assez précise à l'erreur qu'on serait en droit de vous attribuer à cause de certaines expressions trop générales.

Je crains que la conciliation ne se fasse sur le terrain de l'éclectisme ; mieux vaudrait continuer la guerre.

L'éclectisme, en accordant une portion de vérité à l'erreur, à la vérité une portion d'erreur, les endort toutes les deux ; les efforts cessent, on ne travaille plus, et c'est toujours à recommencer.

Votre dévoué, H. PIDOUX.

Monsieur le Rédacteur,

Ne pensez-vous pas qu'il serait juste de ne pas opposer le matérialisme au vitalisme, et le spiritualisme à la médecine mécanique ou chimique? De ne plus dire, par exemple : Celui-ci est spiritualiste parce qu'il admet que les forces physiologiques sont d'un ordre supérieur aux forces du règne inorganique ; celui-là est matérialiste, car il professe que les faits physiologiques ne sont pas d'un ordre différent de ceux dont on s'occupe en physique et en chimie proprement dites? N'y a-t-il pas inconvenance et erreur à faire spiritualisme synonyme de vitalisme, et matérialisme synonyme d'iatrophysique ?

Vous me direz, je le prévois, que ce n'est pas votre faute si presque tous ceux qui tirent directement de la physique et de la chimie leurs théories physiologiques et médicales, sont matérialistes, et si ceux qui professent le vitalisme, ou l'autonomie relative des êtres organisés et vivants, sont ou se disent presque tous spiritualistes ; je conviendrai du fait avec vous, et je n'en persisterai pas moins à croire que la raison est de mon côté.

Le matérialisme, vous le savez aussi bien que moi, consiste à n'admettre dans le monde que de la matière ou des corps. Il nie tout ce qui ne tombe pas sous les sens, c'est-à-dire, sous ces organes parfaitement et exclusivement corporels, dont l'ensemble forme notre économie, et qui nous mettent en relation vivante avec les autres corps.

Le spiritualisme voit et comprend les corps et les sensations tout aussi bien et peut-être mieux que le matérialisme, mais il admet, de plus, l'existence d'un monde moral, composé d'êtres immatériels ou d'esprits. C'est dans cet ordre invisible, mais plus immuable et plus certain que l'ordre des faits matériels, qu'il trouve la raison de ceux-ci, ou les lois qui régissent le monde des corps. Il y découvre aussi les principes de l'histoire, la règle des mœurs et les fondements du règne social.

Ce domaine des idées ou des types intelligibles de toutes les choses sensibles, est antérieur et supérieur à elles. On peut supposer celles-ci anéanties, sans que ce monde supérieur cesse de subsister. Dans sa source première, il est éternel.

On ne peut concevoir aucun moment où ces vérités mathématiques : deux et deux font quatre, les trois angles de tout triangle sont égaux à deux droits, et ces vérités morales : la science et la vertu sont les premiers des biens ; la reconnaissance est au cœur

ce que la mémoire est à l'esprit, etc., on ne peut, dis-je, concevoir aucun moment où ces vérités n'aient pas existé, aucun moment où elles puissent cesser d'être.

Il n'en est pas de même des propriétés de tel ou tel corps. Il n'y a rien de nécessaire et d'éternel dans le fer, ses composés et leurs propriétés; le froment, ses caractères et ses usages; le bœuf, son organisation, ses instincts et tout ce qu'on en tire. On comprend que le fer, le froment, le bœuf, n'aient pas toujours existé et puissent ne pas exister toujours; mais on ne comprend pas qu'une vérité nécessaire soit effacée du livre de vie ou de la pensée divine.

Le spiritualisme consiste, ai-je dit, à affirmer l'existence des esprits et celle des corps; le matérialisme à n'affirmer que les corps et à nier les substances immatérielles ou les esprits. Or, l'existence d'un corps organisé n'implique point nécessairement en lui celle d'un esprit. Il ne lui est pas plus essentiel qu'à une plante ou à un caillou. C'est dans l'opinion contraire que gît l'erreur générale. On peut être vitaliste sans être spiritualiste, témoin Broussais, et iatromécanicien sans être matérialiste, témoins Stahl et Sauvages.

Soyez certain que les vitalistes, qui croient être spiritualistes, ne sont en réalité que des animistes, ce qui est bien différent, et que les iatromécaniciens matérialistes sont forcés d'être animistes, tout comme les animistes qui se croient vitalistes, sont forcés d'être iatromécaniciens. Citez-m'en un seul dans les deux camps qui échappe à cette contradiction. Parcourez par la pensée les chaires médicales de l'Europe et les bancs de notre Académie, et amenez-moi un vitaliste qui ne soit doublé d'iatromécanique, et un médecin chimiste ou mécanicien qu'on ne puisse convaincre d'animisme; vous n'y parviendrez pas.

L'éclectisme qui a imaginé que le corps animal est formé de parties contenantes, *continentia*, de parties contenues, *contenta*, et de forces motrices distinctes, *enormonta*, lesquelles meuvent dans notre corps les contenus dans les contenants, les liquides dans les solides, comme la vapeur ou le vent meut une machine hydraulique ou un moulin. L'éclectisme qui a été assez fort pour faire voir dans l'économie vivante des solides et des liquides au sens mécanique, aura la force de maintenir encore longtemps, grâce à la faiblesse quasi-féminine dont il a frappé les esprits, l'animisme et l'iatromécanique (l'un portant l'autre) dans la physiologie et la médecine.

Si les travaux modernes préparent le règne du vitalisme, ce règne est donc encore loin de nous.

L'animisme et l'iatrophysique régneront inséparables, tant que l'anatomie morte ou topographique sera, comme elle l'est de nos jours, la base de la physiologie et de la médecine. L'animisme et l'iatrophysique disparaîtront ensemble le jour où l'anatomie vivante, l'anatomie d'évolution, remplacera l'anatomie descriptive.

Si cette révolution était faite, à quoi servirait un principe vital distinct des organes, supérieur à eux et les réduisant à n'être par eux-même qu'inertes, passifs et incapables de toute activité vitale? Le germe fécondé, agissant toujours jusqu'à la mort, et représenté chez l'adulte par le blastème général du corps vivant, a-t-il besoin d'autre chose que de lui-même et d'un milieu favorable pour accomplir sa destinée physiologique?

Que deviendront l'animisme et les systèmes mécanico-chimiques; que deviendra l'éclectisme qui unit les contraires, quand la physiologie proclamera QU'IL FAUT EXPLIQUER PAR UN MÊME PRINCIPE, ET LA FORMATION DES ORGANES, ET LEURS FONCTIONS UNE FOIS QU'ILS SONT FORMÉS? quand la pathologie prendra, de son côté, pour point de départ, QU'ON DOIT EXPLIQUER PAR UN MÊME PRINCIPE, ET LA FORMATION DES MALADIES ET LEURS SYMPTOMES UNE FOIS QU'ELLES SONT FORMÉES?

Ce sont là cependant des pierres angulaires de la physiologie et de la médecine. Fondées sur elles, ces sciences n'ont plus rien à redouter des usurpations de la physique et de la chimie. Elles se les assimilent en restant elles-mêmes, comme l'animal s'assimile la nature extérieure en restant lui, et par cela même qu'il est lui. C'est le même rapport : les sciences sont entre elles comme leurs objets.

Sans la physique et la chimie, la physiologie périrait, comme l'animal sans les agents physiques de la vie. Et pourtant, il ne se passe pas, au sein même de l'organisme vivant, une seule action de physique proprement dite et de chimie générale.

Toutes celles qu'on cite ne sont que des phénomènes abstraits, des parties séparées du tout, et qui, arrachées à leurs rapports vivants et naturels, ne sont plus susceptibles que d'explications physiques et chimiques. La belle prouesse! Remettez ces actions en place, et alors, ce qui pourra arriver de moins désagréable aux explications physico-chimiques, ce sera de n'être qu'insuffisantes.

Novus rerum nascitur ordo.

C'est une autre physique, c'est une autre chimie qu'on appelle vitales; physique animée, chimie sensible, c'est la physiologie. La physique et la chimie inorganiques sont, à son égard, moyens d'investigation, réactifs indispensables; principes d'explication, jamais. Depuis le cerveau jusqu'à la cellule primordiale, depuis l'action centrale la plus extérieure jusqu'à l'action élémentaire la plus cachée, la plus *chimique*, c'est-à-dire la plus moléculaire, tout s'y fait par intussusception ou, autrement dit, par conception, génération, évolution, etc..., tout y est soumis à la sensibilité, car tout n'y est que SENS.

On ne connaît dans l'école que les cinq sens externes et distincts. Cependant toute l'économie est formée de sens plus ou moins distincts, plus ou moins confus.

Tout sens est comme un germe : il conçoit la fonction à exécuter sous l'impression de son stimulus spécial. Il élabore cette impression ou cette matière assimilable, évolue et édite le produit de ce travail organique.

Que la chose à élaborer soit une couleur, un son, une saveur, une odeur, une surface géométrique, un mouvement, un poids, une température, un aliment plastique ou respiratoire, c'est au fond le même procédé; car un sens n'est que la représentation interne spontanée, et, dans un ordre d'activité supérieure, d'une propriété de la nature externe.

Pour agir, pour s'entretenir, pour vivre, les sens ont besoin d'être avivés par le contact de leurs stimulus extérieurs correspondants, de se les assimiler, de leur faire franchir l'intervalle qui les sépare d'eux. Privés de ces stimulus, ils sont surexcités et inquiets; satisfaits, ils se reposent jusqu'à un nouveau besoin. L'animal poursuivi par la sensation d'un besoin non satisfait, éprouve une sorte d'hallucination de l'objet, quelquefois bien éloigné, qui doit apaiser cette sensation. Il ne le voit pas cet objet, il ne le sent pas objectivement, mais subjectivement, comme disent les Allemands, c'est-à-dire qu'il se voit, qu'il se sent lui-même; car un sens, un animal qui est un composé de sens, ne peuvent pas être sans se sentir; c'est leur propriété fondamentale, c'est leur essence.

Telle est la limite entre le monde externe ou physique, et le monde interne ou physiologique; tels sont le rapport et la différence de ces deux ordres.

On voit par là pourquoi les mêmes choses du dehors agissent si différemment sur nous dans des moments et des états divers, ou sur plusieurs personnes. Il faut toujours que l'organisme CONSENTE. C'est la base de l'hygiène et de la thérapeutique; c'est la clef des indications. Hippocrate est grand parce qu'il a admirablement senti ces choses; voilà pourquoi il a mérité d'être appelé le père de la médecine.

Tout ce qui, violant ces lois et ce consentement, introduit dans le système sensible un fait physique ou chimique, s'appelle CORPS ÉTRANGER, et l'est, en effet, jusqu'à son assimilation ou son élimination.

Cette physique et cette chimie sensibles, qu'on nomme physiologie, ont encore pour caractère qu'une seule partie de leur domaine dans un animal donné, ne peut pas être étudiée et connue sans le tout et hors de l'unité du système. Elle n'a rien de plus occulte que la physique et la chimie générales; elle n'est que plus difficile. Il faut étudier en eux-mêmes les faits qui la composent, car ils ont des lois propres. Sa méthode n'est donc pas la même

que celle qui a pour objet les faits de la physique et de la chimie extérieures.

L'étendue géométrique y est image vivante d'étendue ; la pesanteur, sensation de pesanteur ou poids; la lumière physique, lumière cérébrale, lumière perçue, vision; le mouvement, impulsion ou instinct; la coordination externe des objets, comparaison sensible, etc. L'acide et l'alcali, élevés à un ordre d'affinité chimique supérieure, deviennent perception et appétence des corps alcalins et acides du dehors, force de se les assimiler et d'en faire des composés nouveaux et transcendants dans lesquels les principes immédiats jouent le rôle de corps simples. Ceux-ci, au lieu de faire des oxydes et des sels, forment des tissus et des organes où sont concentrées, à des degrés plus ou moins éminents, des facultés spontanément représentatives du monde extérieur, aptes à réagir sur lui et à s'élever à ce degré supérieur d'existence qu'on appelle la vie, et auquel il est incapable de s'élever par lui-même.

Toutes ces propriétés, qu'on appelle forces vitales, ne sont ni des mots, ni des entités, ce sont des propriétés inhérentes à la matière organisée, soumises à l'observation et à l'expérimentation comme celles des corps inorganiques, mais par d'autres méthodes que je n'ai ni le temps, ni l'intention d'exposer ici.

Je dis cela parce qu'il ne manque pas de chimistes qui, n'ayant pas l'esprit de la physiologie, croient néanmoins la savoir et se dispensent de l'étudier en elle-même, sous prétexte qu'ils ont fait de la chimie. C'est autant de gagné. La vie ne s'entretient, disent-ils (ils veulent bien admettre la vie, mais ils sont impitoyables envers la force vitale ; à leur place, j'écraserais tous les germes), la vie ne s'entretient que par une suite d'actions et de réactions moléculaires : donc, la physiologie c'est la chimie, car la chimie est la science des combinaisons moléculaires qui se passent dans les corps. C'est bientôt fait, comme on voit, de rayer l'antique et imprescriptible division des trois règnes de la nature. Il est vrai, la chimie étend son domaine sur tous les corps, mais elle n'étudie pas, elle ne peut pas étudier ceux qui sont actuellement organisés et vivants dans leur état naturel comme elle étudie ceux qui ne le sont pas, les minéraux.

Il n'y a pas deux chimies, l'une minérale, l'autre organique ; il n'y en a qu'une, et quand elle s'appelle organique, ce n'est pas parce que ses procédés sont ceux suivant lesquels agissent, pour se développer et fonctionner, les corps organisés, mais c'est seulement pour indiquer qu'elle peut appliquer ses principes et ses méthodes à l'analyse des corps organisés. Quand elle s'applique à ceux-ci, elle n'en acquiert pas pour cela plus de puissance ni une autre puissance. Elle peut bien déterminer la composition morte des produits organiques, mais non déterminer leur production vivante ou leur évolution dans ses rapports naturels. Et encore, pour agir sur eux et les amener à elle, il faut qu'elle les détruise en tant que vivants. Alors, ils rentrent sous ses lois, mais c'est à la condition qu'ils soient redevenus cristaux ou gaz. Quel rôle magnifique que ce rôle auxiliaire ! N'intervenir qu'avant et après l'intussusception ou à côté d'elle, puis analyser les choses *non naturelles*, comme on disait autrefois, les agents de l'hygiène et de la thérapeutique, *ingesta*, *circumfusa*, *excreta*, puis les produits organiques, et comparer !

Est-ce qu'il serait défendu à la chimie de pénétrer dans l'organisme? à Dieu ne plaise! En arrêtant l'action organique à un moment donné, la chimie éclaire la physiologie, car elle indique à quel point de transformation un aliment, un médicament, sont parvenus ; elle fournit ainsi des signes, des points de repère, elle montre ce qu'il y a en plus ou en moins, ce qui est assimilé, assimilable, ou réfractaire et simple condiment. Cette séméiologie suppose la chimie. Mais si le physiologiste consulte le chimiste (il serait plus sûr qu'il fût chimiste lui-même) pour lui demander des réactifs et la manière de s'en servir, c'est afin d'obtenir des faits chimiques et non pour obtenir des actions organiques ou vitales ; car si les réactifs pouvaient donner celles-ci, ils seraient l'organisme vivant ou la vie même, et la chimie la physiologie ; les minéraux pourraient devenir végétaux sans les végétaux, et ceux-ci passer à l'animalité sans les animaux.

Vous faites de l'urée, dites-vous? Ce n'est pas de l'urée, mais de l'urine (sans reins) qu'il faudrait faire. Nous savons à quoi nous en tenir sur ces imitations, sur l'identité des corps isomères. Je voudrais bien voir un chimiste qui n'aurait pour se nourrir et s'abreuver que les aliments et les boissons qu'il se préparerait lui-même avec les soixante et un corps simples qui forment son domaine. Une cellule, une vésicule, un globule, un tube, une fibre. Voilà des éléments qui ne sont pas ceux de la chimie. Le physiologiste ne vous demande pas de lui en fabriquer avec vos corps simples, mais de lui dire lesquels de ceux-ci on y trouve, et dans quelles proportions, etc.

Jamais l'oxydation n'a été la respiration; ce n'est que sa condition et son aliment. C'est bon pour l'homme de former un produit artificiel avec un arrangement d'actions mécaniques, d'actions chimiques et d'actions vitales, soit, par exemple, une fabrique de produits chimiques dans le fonctionnement de laquelle un cheval sera la force motrice ; une machine composée de leviers, de roues, de pistons de tout genre, l'intermédiaire mécanique destiné à conduire l'eau et les ingrédients divers au lieu de leur élaboration à les agiter, à les éconduire ; et où enfin, une chaudière, un alambic, du feu, seront le terme définitif de la fabrique où se combineront les éléments du produit chimique et où celui-ci s'effectuera. Voilà bien un organisme formé d'un élément vital, d'un élément mécanique et d'un élément chimique. C'est l'organisme vivant tel que le conçoit l'éclectisme. Mais la nature ne procède pas ainsi.

De même que les organes de la respiration n'ont pas été formés mécaniquement dans le sein maternel, et qu'ils sont sortis du germe par intussusception; de même, c'est par intussusception, qu'une fois formées, leurs actions sortent incessamment du besoin de respirer.

Tous les actes respiratoires sont, en effet, l'évolution du sens en qui réside le besoin de respirer. Tous s'enchaînent et sont le produit de la même force qui les engendre et les évolue toujours, comme elle a évolué leurs organes une première fois dans l'embryon. Qu'y a-t-il de mécanique là-dedans? On caractérise un fait non pas tant par ses phénomènes considérés d'une manière abstraite, que par leur principe, que par la nature de la force qui les produit.

L'élévation des côtes est un effet de la contraction musculaire, qui est un effet de l'influx nerveux, qui est un effet de l'instinct primordial de respirer. J'en dirai autant de tous les phénomènes du *processus* respiratoire, depuis la sensation du besoin jusqu'au terme le plus intime et le plus caché de la fonction. Si vous séparez de l'ensemble un seul de ces actes, il pourra être mécanique ou chimique, mais il ne sera plus respiratoire, car instinct organique et action mécanique sont deux choses qui s'excluent. Voulez-vous qu'il soit mécanique ou chimique? Détachez-le de la fonction; mais alors il ne sera plus vital, il sera détruit, il ne sera plus ce qu'il doit rester, à moins d'être une chimère de votre esprit. Voulez-vous, au contraire, qu'il soit respiratoire? Laissez-le en place, étudiez-le dans ses rapports naturels, mais alors il ne sera plus mécanique. Ce n'est pas le tout de différencier ou d'abstraire, il faut intégrer.

Telle est l'unité organique, l'unité de fonction. Elle est représentée par le germe avant l'évolution, et par le blastème après. Les fonctions en sortent toujours, comme les organes en sont sortis une première fois. Il n'y a pas plus de mécanique dans un cas que dans l'autre, j'entends de mécanique dans le sens où est comprise et enseignée cette belle science. C'est, comme je l'ai dit, d'une autre mécanique, d'une autre chimie qu'il s'agit, mécanique et chimie animées, à l'égard desquelles la mécanique et la chimie proprement dites ne sont que conditions d'existence, et non cause efficiente ou principe immédiat d'action.

Un animal a comme corps de l'étendue, de l'impénétrabilité, de la pesanteur, de la cohésion ; il présente en tant que corps des phénomènes généraux de calorique, de lumière, d'électricité, d'affinités chimiques; mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit quand on l'étudie comme animal et en physiologiste. Toutes ces propriétés, les actions physiologiques les supposent. Elles sont l'objet de la physique, et communes à tous les corps, mais elles ne sont

pas l'objet de la physiologie. Quand on se place à un point de vue différent, on aboutit à la stérilité d'une dispute entre Hamberger et Haller sur la fonction des muscles intercostaux, ou aux divagations de Borelli, Haller sur la force mécanique du cœur, etc. Lavoisier a découvert un grand fait pour la connaissance de la fonction respiratoire, mais il n'a pas donné la théorie de cette fonction, car sa théorie est fausse. Harvey a découvert le grand fait du cours circulaire du sang, mais il n'a pas donné la théorie de cette fonction, ou du moins la théorie cartésienne déduite du fait purement anatomique découvert par Harvey, cette théorie est absurde. La théorie de ces deux fonctions se déduit de l'embryologie et de l'anatomie comparée de leurs organes, non de leur anatomie cadavérique. Celle-ci ne peut donner que des théories mécanico-chimiques nécessairement couronnées par l'anémisme ou par un pneumatisme quelconque.

En voyant agir un animal, un chien, personne ne pense que cette mimique vivante d'intelligence et de sentiment, représente des actions intimes explicables par les principes de notre physique et de notre chimie générales. Si les actions du tout échappent à ces explications, comment ne s'y soustrairaient pas à jamais les actions des parties, que s'arrogent les physiciens et les chimistes? Croit-on qu'elles soient d'un autre ordre que celles de l'ensemble ou de l'organisme entier? Celui-ci n'est-il pas la somme hiérarchisée de toutes les actions particulières? Est-ce que de la réunion d'actions physiques et chimiques, telles que nous les voyons dans la nature inorganique, et telles que les proposent les iatromécaniciens et les chimiâtres, pour expliquer le détail des fonctions de l'animal, nous nous chargerions de former un chien? Il n'en faut pas douter : chaque partie de cet animal, quel que soit celui de ses appareils auquel on l'emprunte, est, jusqu'à l'infini, un élément canin aussi irréductible à ses éléments chimiques, si on ne la détruit pas, que l'ensemble lui-même. Chaque cellule, chaque lamelle, chaque globule, chaque particule organique, os, sang, nerf, muscle, etc., tient du chien, représente tout le chien; il a les mêmes instincts et la même sensibilité que l'animal entier. Qu'on suppose un observateur d'une sagacité extraordinaire : en examinant un globule sanguin, une cellule hépatique, un tube nerveux, une fibrille musculaire, un cristal de cholestérine ou d'acide urique, il pourra dire : Ceci est d'un chien, tout comme s'il voyait la bête accourir heureuse, le caressant de tout son corps. C'est ainsi que Cuvier voyait le lion dans une de ses phalanges.

Impossible d'éviter sans l'animisme, la force de cet argument. Or, il n'y a pas plus d'âme pour animer l'ensemble de ce chien, que pour animer chacune de ses parties. Toutes et chacune sont essentiellement et spécifiquement vivantes dans la mesure qui leur convient.

Telles sont les conséquences du grand principe de l'activité de la matière, principe qu'on proclame à l'envi, et pourtant si peu profondément compris, que quand on l'expose dans sa force, il fait reculer ses partisans.... tous animistes ou pneumatistes sans le savoir.

J'ai fait connaître ces principes, et je les ai appliqués à la matière médicale et à la thérapeutique, dans une brochure de 1853, publiée à l'occasion de la vacance de la chaire de thérapeutique par la permutation de mon maître M. Trousseau. La circonstance qui me pressait, ne m'a pas permis de leur donner tout le développement et toute la clarté désirables en ces matières neuves et ardues. Pourtant, les choses y sont; et on les y trouvera, quand on saura s'en donner la peine.

Je reviens au sujet de ma lettre ; et il me semble que j'y reviens avec plus de raison pour finir comme j'ai commencé.

Confondre l'animisme avec le spiritualisme est une erreur tellement au-dessous de votre intelligence, que je n'insiste pas.

Or, l'animisme une fois ruiné, que signifie le mot spiritualisme appliqué au vitalisme, puisque celui-ci ne consiste plus qu'à admettre que les animaux sont doués, par rapport aux corps inertes, de propriétés SENSIBLES en vertu desquelles ils reproduisent spontanément et dans un ordre d'activité supérieure, toutes les propriétés du monde physique?

Le cerveau d'un mammifère élevé dans la série, le cerveau humain, chef-d'œuvre de la création matérielle, miroir animé de toute la nature extérieure, fait pour être uni à un esprit immortel, est cependant séparé par l'infini des esprits ou des êtres immortels doués de raison et de moralité. Entre la plus éminente des propriétés cérébrales et l'idée *d'être*, il y a un abîme.

Ce petit monde du cerveau placé à l'infini au-dessus du monde du physicien, est placé lui-même à l'infini au-dessous du monde moral, du monde des idées et de la liberté. Sa propre existence lui est inconnue : il ne sait pas qu'IL EST!

Celui-là ne serait pas spiritualiste qui n'admettrait pas ce que je viens de dire; et pourtant, il pourrait être vitaliste.

On concevrait aussi qu'il ne fût pas vitaliste, qu'il professât en physiologie l'iatro-mécanique ou la chimiâtrie, et qu'il proclamât néanmoins l'existence de DIEU et de l'âme, qu'il fût, en un mot, spiritualiste. Boerhaave en est un exemple.

Je ne nie pas qu'il n'y ait des rapports plus naturels et plus faciles entre le vitalisme et le spiritualisme qu'entre cette dernière doctrine et l'iatromécanique, — laquelle n'est, après tout, qu'une négation de la physiologie, — et c'est justement pourquoi les vitalistes ont généralement des tendances spiritualistes très marquées, et pourquoi les iatromécaniciens inclinent plus ou moins vers le matérialisme, quand ils ne le déclarent pas ouvertement. Mais il est certain aussi que ces rapports ne sont qu'indirects, et qu'on n'a pas plus le droit de qualifier de matérialiste, et par conséquent d'athée, tout médecin qui n'est pas vitaliste, que de faire honneur du spiritualisme à tout médecin vitaliste.

Ces confusions heurtent les esprits; elles les indisposent et les enfoncent dans l'erreur.

Pourquoi souffre-t-on d'être appelé mécaniciste ou chimiâtre, et n'aime-t-on pas être appelé matérialiste? D'où vient cette pudeur? Je vous le demande.

Tout à vous, H. PIDOUX.

ERRATUM. Dans notre dernier article, page 403, 1re colonne, ligne 30, le mot *avait*, mis à la place de *aurait*, change complétement le sens de la phrase. Nous avons voulu dire que l'usage des alcalins a été très utile à M. Thénard.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

L'EXPLORATION DU CANAL AUDITIF EXTERNE ET DU TYMPAN. SON IMPORTANCE. EXAMEN CRITIQUE DES MÉTHODES EMPLOYÉES JUSQU'À PRÉSENT, ET INDICATION D'UNE NOUVELLE, par le docteur DE TROELTSCH, à Wurzbourg; résumé et traduit par le docteur A. CHATELAIN (de Neuchâtel).

(Suite. — Voir le numéro 24.)

Après avoir ainsi examiné quelle est la meilleure manière de redresser le canal auditif et de remédier aux autres obstacles qui rendent ordinairement si difficile ou même impossible l'accès du regard et de la lumière dans les parties profondes du conduit auditif, nous arrivons à une question beaucoup plus importante, à savoir : comment on doit faire pénétrer la lumière dans des parties si peu éclairées naturellement.

Ordinairement, pour éclairer le conduit auditif et le tympan, on se sert de la lumière solaire ou de celle d'un jour clair que l'on fait directement entrer par le spéculum dans le conduit, le patient étant situé près de la fenêtre. Cette méthode, qui est généralement employée, et que l'on trouve recommandée dans tous les manuels comme la meilleure, est fort défectueuse et incommode. La plupart des spécialistes se déclarent placés dans les circonstances les plus favorables à l'exploration du tympan lorsqu'ils peuvent faire tomber la lumière du soleil directement dans le conduit, et examiner ainsi tant ce dernier que le tympan. Or, je demande si, dans la vie ordinaire, nous examinons ainsi aux

rayons directs du soleil un petit objet avec des nuances de couleurs très délicates, et de fines différences de forme, lorsque nous voulons apprécier exactement tous ses détails. Certainement non, car l'expérience journalière nous apprend que la lumière solaire est beaucoup trop vive, trop éblouissante, pour laisser paraître de petites différences d'ombre et de lumière, de ton et de couleur (dans une peinture, par exemple), et que nous évitons même, dans de pareils cas, partout et autant que possible, la lumière du soleil. Tous les ouvrages d'optique appliquée donnent comme un fait certain que les rayons solaires directs conviennent moins pour l'observation que la lumière réfléchie et diffuse. Les rayons directs tombant sur l'objet avec des angles d'incidence parallèles ont ainsi la plus grande tendance à se réfléchir régulièrement, et cachent les rapports de lumière et d'ombre, de forme et de couleur. Après cela, il ne faut pas s'étonner si le tympan normal, qui est gris-perle et légèrement diaphane, passe, aux yeux de Kramer, pour *complétement achromatique et transparent* (p. 316 de sa *Pathologie des oreilles*), et aux yeux d'Erhard pour *transparent comme du verre* (Glashell). Voltorini (*Deutsche Klinik*, 1859, p. 537) fait la remarque parfaitement juste que « si nous examinons à la plus intense lumière solaire un tympan sain, l'éclat est si vif que nous ne pouvons nullement arriver à avoir un aperçu exact de sa concavité. »

Le *Manuel des maladies de l'oreille* de M. Frank (Erlangen, 1845) donne à la page 44 une suite de préceptes relatifs aux précautions à prendre, aux différentes heures de la journée, pour que l'oreille reçoive les rayons solaires directs sous l'angle le plus avantageux. Le médecin doit toujours avoir à sa disposition plusieurs chambres situées au sud, afin qu'il puisse, aux différents moments de la journée, suivre le cours du soleil avec ses patients. Pour simplifier la chose, Wilde recommande de toujours examiner ses malades entre onze et trois heures. Il n'est vraiment pas nécessaire de montrer comment toutes ces précautions ne contribuent nullement à la commodité et à l'utilité générale de ce mode d'éclairage.

Une exploration exacte du tympan se fera beaucoup mieux et plus facilement à la lumière *claire et diffuse* du jour, qu'on laissera tomber par l'entonnoir dans le canal auditif. Mais cette méthode a encore beaucoup d'inconvénients qui nuisent à son emploi général, et même qui souvent ne permettent point du tout d'en faire usage. Et d'abord chaque malade que l'on veut examiner de cette manière doit pouvoir s'approcher de la fenêtre pour permettre à la lumière de pénétrer suffisamment dans son conduit auditif. Des malades qui ne peuvent quitter le lit ne pourront ainsi que rarement être soumis à une exploration. Que l'on réfléchisse maintenant combien il arrive souvent que des maux d'oreilles, et justement des plus dangereux, se présentent combinés avec d'autres altérations de santé générale, soit que ces dernières soient la suite de la maladie des oreilles (affections de l'encéphale, des méninges, thrombose des vaisseaux) (1), soit que l'oreille ait été attaquée secondairement à la scarlatine, à la rougeole, à la fièvre typhoïde ou à la phthisie pulmonaire (2). En second lieu, la fenêtre qui doit livrer passage à la lumière sera rarement assez bien éclairée, et l'on n'en rencontrera pas de convenables, sous ce rapport, dans les rues étroites, aux rez-de-chaussée, etc. Troisièmement, le médecin, obligé de placer sa tête entre la fenêtre et l'oreille du patient, projetera son ombre dans le conduit à explorer. Pour que cette ombre soit moins épaisse, il devra se tenir à une certaine distance du pavillon, et alors, le jour fût-il assez clair, il cessera de distinguer nettement les petites particularités anatomiques de l'oreille. Enfin, il s'en faut que l'état du ciel se prête toujours à une opération si délicate, notamment dans les pays nébuleux, comme l'Allemagne, l'Angleterre, où parfois on passe bien des jours avant de pouvoir profiter d'une demi-heure pour l'inspection du tympan. Nous avons en ce moment (février 1860) à Wurzbourg, des affections catarrhales de l'oreille où un examen de l'organe est tout à fait indispensable, et je ne sais pas comment, depuis quatre semaines au moins, j'aurais pu diagnostiquer et, par suite, traiter avec succès un seul cas, si ma méthode d'exploration eût dépendu du caprice du ciel.

Ce grand inconvénient, cette dépendance où l'éclairage de l'oreille est de l'atmosphère a naturellement été sentie depuis longtemps, et l'on a cherché de différents côtés à s'aider d'appareils et de divers arrangements qui devaient amener à un éclairage artificiel lorsqu'une lumière favorable du jour manquait. Un chirurgien militaire anglais, Archibald Cleland, le même qui enseigna le premier l'introduction du cathéter par le nez (1841), (dix-neuf ans après que le célèbre maître de postes Guyot (de Versailles) eût proposé le cathétérisme de la trompe d'Eustache, mais par la bouche), indiqua le premier appareil d'éclairage artificiel pour l'exploration de l'oreille, et tous les appareils qui ont suivi ne sont pas des améliorations bien particulières de l'invention primitive de Cleland. Il recommanda une lentille convexe d'un diamètre de 3'', pourvue d'un manche, dont le milieu est fixé vis-à-vis de la flamme d'une bougie, de manière à faire tomber dans le conduit auditif les rayons de lumière concentrés par la lentille. C'était une idée ingénieuse pour ce temps-là! Soixante-six ans plus tard, Bozzini plaçait derrière la bougie un miroir concave, et son *lichtleiter* (conducteur de lumière), qu'il a fait connaître en 1807, ressemble aux appareils employés encore aujourd'hui par Toynbee à Londres, Triquet à Paris, et Erhard à Berlin. Ce sont tous des miroirs concaves percés au centre, devant lesquels Triquet place une bougie, et Erhard deux, mais de côté, tandis que celui de Toynbee consiste en un grand miroir concave et un bec de gaz qui est relié par un long tube de caoutchouc au tuyau de gaz de l'appartement. Deleau, à Paris, recommanda (en 1823) l'emploi d'une bougie placée entre deux miroirs concaves, et dont les rayons rassemblés par le premier seraient guidés dans l'oreille à travers l'ouverture du second. (Un autre appareil de Deleau, qui consiste en une lentille biconvexe placée sur un pied, sert à la concentration des rayons solaires.) Un Écossais, Buchanan, plaça le conducteur de la lumière de Bozzini, miroir concave et bougie, dans une caisse, et fixa à sa surface antérieure un tube avec deux lentilles biconvexes; c'était un télescope astronomique de Kepler complet. Notre confrère d'Écosse nommait le tout *inspector auris*. Kramer, à Berlin (1836), modifia cet *inspector auris* en remplaçant la bougie par une lampe d'Argand et en agrandissant le télescope astronomique, et le nomma *appareil d'éclairage pour l'oreille*.

Afin de ne pas allonger, nous passerons sous silence d'autres appareils, souvent très ingénieux, qui ont été inventés dans le même but, comme ceux de Jordan, à Manchester, et de Warden, etc. Ces appareils pour l'éclairage artificiel de l'oreille, dont la plupart sont représentés dans le grand *Manuel* d'otiatrie de Linke (Leipsick, 1845), ainsi que dans le *Traité des maladies de l'oreille* de M. Frank, sont naturellement tous plus ou moins compliqués, et la plupart pesants et difficiles à transporter; quelques-uns ont été à peine reconnus comme pratiques par leurs propres inventeurs, et l'on pourrait presque leur préférer cette vieille proposition faite il y a environ six cents ans par Fabrice d'Aquapendente, qui recommandait de placer une bougie derrière une bouteille pleine d'eau, et de faire tomber dans l'oreille les rayons ainsi concentrés. (On pourrait se servir pour cela des globes de verre que les cordonniers emploient pour travailler de nuit.) Mais le reproche le plus grave qu'on doive faire à tous ces appareils d'éclairage, est qu'ils fournissent une lumière artificielle qui n'est pas purement blanche, et qui altère la couleur naturelle des parties. En outre, plusieurs d'entre eux éblouissent l'observateur même par la proximité de la lumière, qui se place justement devant son œil, reproche qui atteint aussi l'appareil de Toynbee. Avec d'autres, on risque de mettre le feu aux cheveux du patient. Un appareil très simple et relativement très pratique a été décrit par Ménière, l'un des observateurs les plus calmes et les plus approfondis qui se soient jamais occupés d'otiatrie. Il consiste en une cuiller d'argent placée derrière une bougie, de façon à concentrer les rayons lumineux et à les envoyer dans le canal auditif; ou bien il place la bougie sur une table, et donne à la tête du patient, après l'introduction d'un spéculum de Kramer très brillant à l'intérieur, une position telle que les rayons de la bougie soient réfléchis sur le tympan par la surface

(1) Voyez mes *Contributions anatomiques à l'obiatrie*, dans les *Archives de Virchow*, vol. XVII, autopsies 5 et 9, avec les remarques qui y sont jointes.

(2) Voyez au même endroit autopsies 1, 15 et 16.

intérieure de l'instrument; il dit à ce propos : « Un peu d'exercice a bientôt appris le degré d'inclinaison qu'il faut donner à l'instrument; le procédé est utile surtout en hiver, et lorsque le temps est brumeux. »

Mais, nous venons de dire, tous les appareils d'éclairage artificiel prêtent de fausses couleurs aux objets; ils n'ont d'ailleurs jamais pu trouver un emploi général, même chez les spécialistes; à plus forte raison n'ont-ils jamais été de la moindre valeur pour les praticiens ordinaires.

La conclusion générale de tout ce qui précède c'est que, *sans une meilleure méthode d'exploration, il n'y a point de progrès possible pour l'otiatrie;* j'eus cette conviction dès le début de mes études spéciales; je l'eus surtout après le séjour que je fis en Angleterre. En Irlande, chez Wilde, je pus m'assurer de l'insuffisance de l'exploration à la lumière du jour, même sous un ciel ordinairement serein. A Londres, je dus porter le même jugement sur l'exploration à la lumière artificielle employée par Toynbee, qui se sert, à cet effet, du miroir concave et de la lumière de gaz dont j'ai parlé plus haut.

Qu'est-on maintenant en droit de demander à une méthode d'exploration de l'oreille, et de quelle manière remplir les conditions exigées? Voilà les questions que je me suis posées.

Je ne pouvais douter un seul instant que les spéculums non fendus, et particulièrement les instruments que j'employai et vis employer auprès de Wilde, n'offrissent de grands avantages comparativement à ceux en forme de pince, de Kramer et d'Itard, qui sont en usage généralement en Allemagne et en France. Cependant, si importante que fût cette question, il me parut qu'il y en avait une autre bien plus importante encore, celle de savoir comment éclairer bien et suffisamment le fond du conduit auditif, le tympan, dans toutes les circonstances. D'abord, je me dis que nombre des inconvénients des anciennes méthodes devaient tomber si, au lieu de lumière arrivant directement dans le conduit auditif, on n'en employait que de la réfléchie; car, par là, la position du médecin près de son patient deviendrait plus avantageuse; la lumière pourrait être dirigée à volonté et l'exploration être faite même loin de la fenêtre. Je fis le premier essai avec un petit miroir ordinaire dont je me servis pour jeter dans le conduit auditif la lumière du jour, et je pus l'éclairer, ainsi que le tympan, assez bien, car le temps était justement très beau, et un clair nuage blanc se trouvait vis-à-vis de ma fenêtre. Assez satisfait de ce premier essai, je reconnus que, de cette manière, par un beau temps clair, l'on gagnait bien quelque chose, mais qu'avec un ciel sombre l'on ne pouvait pas éclairer l'oreille mieux qu'auparavant, et qu'ainsi l'on était réduit de nouveau à l'emploi de la lumière artificielle. Comment maintenant renforcer et concentrer la lumière si l'on ne veut pas se borner à la recevoir sur un miroir? Seul, un miroir concave pouvait produire cet effet, et encore il devait l'être très fortement, avoir une distance focale très courte, un diamètre et une circonférence suffisamment grands. Ayant cherché vainement chez plusieurs opticiens un instrument qui satisfît à ces conditions et répondît à mes calculs, je m'adressai à M. Hartnack, neveu et successeur d'Oberhäuser (j'habitais alors Paris), et lui en commandai un d'un diamètre de 4 '' et d'une distance focale de 6 '' avec une ouverture centrale de 2 1/2''. Le premier essai que j'en fis, par un sombre jour de pluie, réussit à merveille; avec lui, je vis le tympan d'un ami jusque dans ses plus petits détails, plus distinctement que je ne l'avais jamais vu avec Wilde et Toynbee. Je m'en sers encore maintenant et puis ainsi, même dans les plus sombres jours de novembre, voir le tympan aussi clairement que toute partie superficielle du corps. Par des essais avec plusieurs diaphragmes, j'ai reconnu que le miroir n'a nullement besoin d'être aussi grand et qu'un diamètre de 2 3/4 — 3 '' peut suffire, ce qui naturellement influe beaucoup sur le prix; mais il ne doit pas être plus petit, car l'intensité de la lumière serait trop faible par un temps sombre; d'ailleurs, il est bon, pour de petits instruments, de pratiquer à la périphérie l'ouverture qui, dans mon grand, est centrale, vu que, par la position de l'oreille au milieu de la tête, on ne peut jamais utiliser toute la surface réfléchissante du miroir. Les miroirs métalliques concaves qu'on emploie ordinairement comme ophthalmoscopes de Jæger ou de Liebreich ne conviennent pas pour notre but, car leur distance focale principale est trop grande et leur diamètre trop petit, ce qui rend l'intensité de leur lumière trop faible dès qu'on agit, non pas avec un éclairage à la lampe, mais avec la lumière diffuse du jour. Cependant ils peuvent toujours servir à découvrir des altérations plus grossières et à voir si le tympan est entier ou *perforé*, gris ou rouge, si le canal est libre, obstrué ou enflé, etc. Les miroirs métalliques, même grands et puissants, ne conviennent pas aussi bien que ceux en verre pour l'éclairage parfait du tympan à la lumière du jour. En outre, les derniers ont l'avantage d'être beaucoup moins chers et se conservent un temps suffisant lorsqu'ils sont entourés d'une couverture de métal forte et fermant bien. Pour plus de commodité, je fais toujours faire un manche qui puisse se dévisser.

L'emploi d'un pareil réfracteur modifie naturellement la position respective du médecin et du malade. L'oreille qu'il faut explorer est tournée du côté opposé à la fenêtre, de façon que le malade soit placé entre cette dernière et le médecin. J'examine ordinairement les adultes debout. Quant aux enfants, ou bien je m'assieds près d'eux, ou bien je les place debout sur une chaise, de manière à ce que nous soyons tous deux à la même hauteur. Lorsque l'on a un petit miroir, on fait bien de placer la tête du patient un peu de côté, afin qu'elle fasse ombre seulement sur la plus petite partie possible du réflecteur; on apprend très vite à lui donner, ainsi qu'au miroir, la position la plus favorable au meilleur éclairage en mettant à profit, comme source de lumière, l'endroit de l'horizon le plus approprié à la chose. Ceux qui ne sont pas encore exercés feront bien de tourner légèrement le miroir dans différentes directions, comme pour l'ophthalmoscope, jusqu'à ce qu'ils aient trouvé le meilleur éclairage du tympan. Ici, comme pour le microscope, les nuages blancs donnent la plus belle lumière; si le ciel est bleu sans nuages ou que le soleil brille, on se trouve bien de tourner le miroir contre une paroi voisine vivement éclairée, — que l'on peut, du reste, aussi employer comme source de lumière pour examiner des malades qui sont au lit, si les circonstances ne permettent pas de tourner le lit à volonté. On ne peut guère lancer directement avec le miroir les rayons solaires sur le tympan, à cause de la lumière trop intense qui se produit.

Il s'entend de soi que l'on doit éviter de projeter dans le conduit auditif justement l'ombre ou l'image du cadre de la fenêtre. Avec les personnes dont le canal de l'ouïe est large et permet d'introduire profondément le spéculum, qui, une fois en place, s'y maintient tout seul, on n'a besoin que d'une main pour tenir le miroir; mais, avec beaucoup de malades, surtout les jeunes, il est le plus souvent nécessaire d'employer l'autre main à tirer en haut la conque de l'oreille et de retenir le spéculum pendant tout le temps de l'exploration; sans cela, ce dernier s'abaisse facilement, et l'on ne peut plus voir la partie la plus antérieure du tympan. Dans les différentes opérations qui doivent se faire dans le conduit préalablement éclairé, depuis l'enlèvement d'un cheveu, d'une lamelle d'épiderme, au moyen de la pincette, jusqu'à la cautérisation de granulations tout près du tympan et à la ligature d'un polype, je me tire d'affaire en fixant le tube avec un doigt de la même main qui sert à opérer dans le conduit, tandis que l'autre reste libre pour fixer le miroir. Dans quelques cas où l'on désirerait conserver libre la main qui tient ordinairement le miroir, on pourrait le fixer au support articulé dont une chaise serait pourvue ou à une monture de lunettes, comme Semeleder l'a proposé pour les recherches laryngoscopiques, ou enfin le tenir avec un manche à bouche entre les molaires, comme Czermak le fait dans le même but. De tels arrangements ne sont cependant nécessaires que dans des cas exceptionnels. Après ce qui vient d'être dit, il suffira seulement d'ajouter que, pour cette méthode d'éclairage, le spéculum de Kramer est bien moins convenable que les simples entonnoirs.

(La fin à un prochain numéro.)

III

CORRESPONDANCE.

Influence des climats chauds sur la phthisie.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez bien voulu m'ouvrir, il y a quatre ans, les colonnes de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, lorsque je me suis vu forcé de répondre aux attaques dirigées contre mon *Mémoire sur la phthisie pulmonaire;* je viens aujourd'hui réclamer de vous la même faveur, et j'y ai d'autant plus de titres que, cette fois, c'est dans ce journal lui-même qu'elles se sont produites. Dans sa note du 8 juin (*Gazette hebdomadaire*, n° 23, page 376), M. le professeur Forget (de Strasbourg) ne me fait pas, il est vrai, l'honneur de me nommer. Je crains même qu'il ne m'ait pas fait celui de me lire, car il me prête des opinions que je n'ai jamais émises, et il fait peser sur l'Académie des sciences la responsabilité d'un méfait dont elle est bien innocente. C'est l'Académie de médecine qui a couronné mon *Mémoire* dans sa séance du 11 décembre 1855. Je ne puis toutefois me faire aucune illusion, c'est bien à moi que s'adresse cette sévère, mais tardive leçon. M. Forget a laissé parmi nous, dans son rapide passage, des souvenirs trop durables pour qu'il m'en coûte de recevoir de lui des conseils, mais un peu plus d'aménité dans la forme n'en aurait pas affaibli l'autorité. Il avait habitué ses anciens confrères à plus de bienveillance, et je regrette qu'il ait cru devoir s'en départir envers moi. Il me permettra donc de lui faire observer que si ces jeunes générations auxquelles on inculque depuis trente ans de si déplorables doctrines, laissent beaucoup à désirer aujourd'hui sous le rapport du rationalisme, elles n'ont du moins rien perdu du côté de la courtoisie. Elles savent respecter le caractère et les intentions de ceux dont elles combattent les idées; elles ont reconnu qu'on n'éclaire pas un débat en le passionnant; elles pensent qu'il vaut mieux prouver leur erreur à ceux qui s'égarent que de les taxer de *pédantisme*, que *le besoin d'innover;* que *la manie du paradoxe* touchent de bien près à la mauvaise foi, et qu'il faut par conséquent y regarder de bien près avant de formuler des accusations pareilles; qu'elles sont particulièrement regrettables lorsqu'elles émanent d'un homme considérable et justement respecté, lorsqu'elles s'adressent à un collègue dans la carrière de l'enseignement. Voyons maintenant si elles sont méritées.

Il s'agissait de déterminer, *par des faits précis*, le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la phthisie pulmonaire. Pour me former une conviction et pour la justifier, je ne m'en suis pas tenu à mes impressions personnelles, j'ai fait appel à l'expérience de mes confrères du service colonial, j'ai consulté les documents officiels qu'ils adressent au ministère, et dépouillé les rapports de fin de campagne des chirurgiens-majors de nos stations intertropicales; j'ai comparé les résultats de cette enquête à ceux qui ont été obtenus en Angleterre, je me suis efforcé, en un mot, de puiser à toutes les sources, mais j'ai cru devoir prendre mes renseignements sur les lieux. C'est là mon premier tort aux yeux de M. Forget. « Il aurait suffi, dit-il, et il convenait, avant tout, d'examiner ce qui se passe autour de nous, au lieu d'envoyer à grands frais des experts en Afrique et ailleurs. » Je ne puis voir, dans ce dernier membre de phrase, qu'une forme oratoire. L'illustre auteur du *Traité de médecine navale* sait aussi bien que personne que nous ne disposons pas de pareilles ressources. Les experts dont il parle, ce sont des médecins qui s'enorgueillissent de l'avoir compté dans leurs rangs. Leur périlleuse mission leur impose souvent le sacrifice de leur santé et parfois celui de leur vie, mais ce sont là les seuls frais que leurs travaux aient jamais coûtés. Il fallait, dans son opinion, conclure de l'été de la France au climat des régions intertropicales, et j'ai préféré m'enquérir de ce qui s'y passait. Je devais, en un mot, mettre des raisonnements à la place des faits précis que demandait l'Académie, et j'ai cru devoir m'en tenir à son programme. Je n'ai pas eu lieu de m'en repentir. Mes compétiteurs ont tous suivi la marche que me conseille M. Forget, et la commission chargée d'examiner leurs travaux a décidé à l'unanimité qu'il n'y avait lieu de leur accorder aucune distinction. (*Rapport général sur les prix de* 1855, par M. Depaul, secrétaire annuel, lu à la séance publique annuelle du 11 décembre 1855, p. LXVII.)

Le second grief, le plus grave, celui qui m'a valu les plus rudes apostrophes, consiste dans l'emploi que j'ai fait de la statistique pour éclairer un point de pathologie. Cela s'appelle « fouiller laborieusement dans les ténèbres pour y chercher des vérités qui crèvent les yeux. » Est-il donc impossible de compter et de raisonner tout à la fois? Les faits perdent-ils de leur valeur parce qu'ils sont réunis en grand nombre et méthodiquement groupés? Je ne le crois pas; je crois même qu'il est des questions qui ne peuvent se résoudre que par la statistique, et celle qui m'était posée m'a paru de ce nombre. Lorsqu'il s'agit, disais-je, d'une maladie qui entre pour près d'un dixième dans la mortalité générale et qui fait chaque année, dans Paris seulement, de quatre à cinq mille victimes; lorsqu'on se propose d'en déterminer la fréquence et la marche dans des conditions données, ce n'est pas aux individus, c'est aux masses qu'il faut s'adresser. Les observations particulières sont insuffisantes, dût-on consacrer des années à les recueillir et des volumes à les enregistrer. Il faut donc faire appel à la statistique. En partant de ce principe, je me suis cru en droit de comparer la mortalité causée par la phthisie dans les régiments d'infanterie de marine en garnison dans nos colonies aux pertes que l'armée de terre subit en France par la même cause. L'infanterie de marine perd deux fois plus de phthisiques que l'armée; ne suis-je pas en droit d'en accuser le climat, alors que tout concourt par ailleurs à le prouver, alors que le témoignage de tous les médecins en chef de nos colonies l'établit en termes positifs, et que le renvoi des phthisiques en Europe est une règle de service depuis longtemps établie? Comme pour protester contre les allégations de M. Forget, le hasard a voulu que le numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE dans lequel elles sont insérées offrît en même temps à vos lecteurs un de ces témoignages que j'invoquais. Dans l'analyse du remarquable ouvrage que vient de publier M. Jules Laure, médecin en chef de la marine en retraite, sur les maladies de la Guyanne et des pays marécageux situés entre les tropiques, vous avez reproduit la phrase suivante, qui contraste singulièrement avec la note de M. Forget : « La phthisie aiguë enlève un tiers de la population. C'est donc une funeste erreur qui fait souvent diriger sur les Antilles les jeunes soldats et marins menacés d'affection de poitrine. Ils ne revoient jamais la France. » (*Gazette hebdomadaire*, n° 23, page 384.) L'éminent professeur de Strasbourg repousse, il est vrai, tous les enseignements qu'on peut retirer de ce genre de malades. Ce ne sont pas, à ce qu'il paraît, des tuberculeux comme les autres. « Vous avez pris, dit-il, vos sujets d'observation et de statistique parmi de pauvres soldats ou de malheureux marins obligés à faire faction ou à travailler rudement sous un soleil vertical, et voilà ce que vous nous donnez comme preuve de l'influence pernicieuse des climats chauds sur les phthisiques! » Ces pauvres soldats, qui inspirent à M. Forget une commisération si profonde, ne sont pas traités avec autant d'inhumanité qu'il le croit. Loin de les exposer aux rayons du soleil, on prend, pour les en garantir, les précautions les plus sages et les plus paternelles. Ils sont sévèrement consignés dans leurs casernes tant que dure la chaleur du jour. Les exercices, les travaux extérieurs n'ont lieu que de très grand matin, ou le soir. Ils en sont complétement dispensés pendant tout l'hivernage. Leur alimentation est meilleure, leurs vêtements plus hygiéniques et leur service moins pénible que celui que font en France les troupes de l'armée de terre, que nous avons prises pour terme de comparaison.

M. Forget croit que le froid produit la phthisie, et il me fait dire qu'elle est engendrée par la chaleur. S'il en était ainsi, nous serions séparés par toute la hauteur de l'échelle thermométrique, mais il n'en est rien. Je n'ai jamais pensé que la chaleur fît germer les tubercules, comme elle fait éclore les œufs de vers à soie,

et si je l'avais pensé, je me serais bien gardé de le dire, attendu qu'on ne me le demandait pas. J'avais à m'occuper de la marche et non de la production de la phthisie; j'ai dit et je répète encore, parce que chaque jour m'en apporte quelque preuve nouvelle, qu'elle galope entre les tropiques, et que lorsqu'elle a franchi sa première période, elle y prend les allures d'une maladie aiguë. Mon savant contradicteur, qui ne regarde pas ce fait comme complètement prouvé, ne croit, du reste, à l'influence curative de la chaleur que dans une certaine mesure : « Evitez le froid, dit-il, aux poitrinaires et l'extrême chaleur. Elle excite vivement les bronches; les simples catarrheux en souffrent comme les phthisiques.... C'est que la chaleur extrême est un irritant, entendez-vous? » J'entends fort bien; mais alors, si l'extrême chaleur leur est si nuisible, ne les envoyez pas dans des pays où il fait extrêmement chaud. Ce n'est pas tout à fait ma faute, si j'en viens à dire de pareilles naïvetés.

Quant à l'espoir de se préserver de ces températures excessives en se tenant à l'ombre, immobile, dans un appartement bien aéré, je crois pouvoir dire à mon tour que c'est une illusion, et j'en appelle au témoignage de tous ceux qui ont passé, comme moi, une partie de leur vie entre les deux tropiques. Ce genre de vie n'est même pas, pour tout le monde, celui qui convient le mieux aux tuberculeux. M. Rufz, qui pratique depuis vingt-cinq ans à la Martinique, et dont on ne peut contester l'expérience en pareille matière, leur donne des conseils diamétralement opposés. Vous n'avez pas oublié sans doute la lettre si pleine de verve qu'il écrivait à ce sujet à M. Amédée Latour en 1856. C'est la vie au grand air, l'équitation en plein soleil, l'exercice continu qu'il leur recommande : « Allez et venez, leur dit-il, à pied, à cheval, comme vous pourrez, mais allez et vivez bien, quoique raisonnablement. » Ainsi, M. Forget arrive par le raisonnement à conseiller aux poitrinaires « les habitudes indolentes des créoles des Antilles ou des nababs de l'Inde. » M. Rufz, conduit par l'expérience, leur prescrit l'exercice et l'activité. Je me garderai bien de me prononcer en présence d'autorités semblables, et dans l'impossibilité de décider entre elles, je continuerai à donner aux malades le conseil de fuir les régions intertropicales, où le meilleur genre de vie ne vaut rien, de rester tranquillement chez eux, ou, s'ils peuvent se déplacer, de se diriger vers quelqu'une de ces stations privilégiées, semées comme de rares oasis sur les confins de cette zone meurtrière, mais en dehors de ses limites. Ils y trouveront, comme je me suis efforcé de le démontrer, cette uniformité de température, cette juste pondération de toutes les influences climatériques, qui sont les premiers besoins de leur santé chancelante, ils pourront s'y soustraire aux variations atmosphériques qui l'ébranlent si fâcheusement.

Vous me pardonnerez, je l'espère, monsieur et très honoré confrère, la longueur de cette lettre et les développements dans lesquels j'ai cru devoir entrer. L'importance que j'attache au jugement de M. Forget justifiera, je l'espère, à vos yeux, le soin que j'ai mis à me défendre; mais je serais désolé si cette protestation pouvait le faire douter un instant de la profonde estime et de la vive sympathie que m'inspirent sa personne et ses travaux.

Veuillez agréer, etc. Jules ROCHARD, D. M. P.,

Chirurgien en chef de la marine, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine navale de Brest.

Observations d'iodisme.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec intérêt le remarquable rapport sur l'iodisme fait à l'Académie de médecine par M. le docteur Rilliet.

Pendant un exercice de seize ans dans la marine impériale, j'ai administré et vu administrer l'iode et ses préparations à haute dose, sans avoir constaté d'autres accidents que de la céphalalgie et des tintements d'oreille, qui cessaient aussitôt qu'on suspendait le traitement ou même qu'on diminuait la dose du médicament. A Cherbourg, à Brest, en Islande, en Norvége, aux Shetlands, aux Antilles, sur toute la côte occidentale d'Afrique, partout enfin où les exigences du service m'ont appelé, j'ai prescrit l'iode et ses composés sans jamais observer d'autres accidents que ceux que j'ai mentionnés plus haut.

Fixé depuis quatre mois à Angoulême, le hasard, aidé des observations que j'avais lues dans votre excellent journal que je reçois, m'a permis de vérifier par moi-même l'exactitude des renseignements fournis par notre confrère de Genève sur les accidents qui peuvent être le résultat de l'emploi de l'iode ou de ses composés dans le traitement des maladies.

Le 15 du mois dernier, je fus appelé en consultation près d'une dame de notre ville qui était, disait-on, alitée depuis vingt-deux jours pour une fièvre que l'on ne pouvait guérir.

Les renseignements de mon confrère, honorable praticien qui donne des soins à toute la famille de cette dame depuis douze ans, et l'absence de toute affection organique, me persuadèrent facilement que nous avions affaire à une fièvre rémittente à paroxysmes excessivement variables. Le sulfate de quinine fut prescrit pendant la rémission.

Le 23, nouvelle consultation; les accidents se sont aggravés; mon confrère me remet le soin de la malade, parce qu'elle reste près de moi. J'observe, j'interroge, et deux jours plus tard je connais la maladie : c'est l'*iodisme*.

Madame X... s'était guérie d'un goître par des frictions faites une fois par jour avec une pommade ainsi formulée par son médecin : hydriodate de potasse, 2 grammes; axonge, 30 grammes.

Vers la fin du traitement, il y avait eu boulimie coïncidant avec un amaigrissement considérable. Quatre jours après la guérison de la tumeur et la cessation des frictions, la malade ressentit, dit-elle, les premiers symptômes de la fièvre pour laquelle elle a réclamé nos soins.

Je fais part de mes observations à mon confrère, qui en reconnaît l'exactitude, et l'avoue avec une franchise qui l'honore.

« Vous avez raison, dit-il, et j'en conviens d'autant plus volontiers que sans vous je n'aurais jamais songé à l'iodisme, car depuis vingt ans que j'exerce, j'ai traité et guéri plus de soixante cas de ce genre sans avoir observé aucun accident, et pourtant les doses que j'employais auparavant étaient beaucoup plus élevées : hydriodate de potasse, 8 grammes; axonge, 30 grammes. »

(Depuis quelques années mon collègue est homoeopathe.)

Je signale cette particularité, parce qu'elle confirme les judicieuses appréciations de M. Rilliet sur les effets de l'iode, suivant qu'il est administré à haute ou faible dose.

Je n'ai ni le temps, ni la volonté, ni le pouvoir de faire un travail académique; c'est pourquoi je vous transmets purement et simplement la symptomatologie du cas remarquable que j'ai sous les yeux, dans l'espoir qu'il pourra attirer l'attention de mes collègues de province, et les mettre en garde contre des accidents encore peu connus, qui sont peut-être plus fréquents qu'on ne le pense dans la clientèle civile.

OBS. Au mois de janvier dernier, madame X..., âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une grande impressionnabilité, demande à son médecin de la guérir d'un goître dont elle est affligée depuis quatorze ans.

Prescription : Frictions une fois par jour avec la pommade : hydriodate de potasse, 2 grammes; axonge, 30 grammes. La malade devra, toutes les semaines, suspendre ses frictions pendant vingt-quatre heures.

Pendant trois mois ce traitement est suivi plus ou moins exactement, et la formule est renouvelée deux fois. Le goître a disparu, mais en même temps des accidents graves d'iodisme se sont manifestés.

Amaigrissement considérable coïncidant avec la boulimie. Quatre jours après la guérison de la tumeur et la cessation des frictions, faiblesse générale, grande fréquence du pouls (130 et 150 pulsations), douleurs au bas-ventre et à l'épigastre avec sentiment d'oppression, état nerveux pénible. Cet état s'aggrave pendant un

mois, et lorsque je fais ma première visite je constate de l'inappétence, du ptyalisme, des vomissements suivis de lipothymies, des palpitations; l'alimentation soulage momentanément la gastralgie, puis occasionne un sentiment de gêne; il y a tremblement des membres, grande inquiétude, frayeur, tristesse, agitation, insomnie. Le pouls est petit, mais très fréquent; il varie en quelques instants de 90 à 120, 130 et 150 pulsations.

La peau du visage est d'une pâleur terreuse; les traits sont tirés; les yeux, parfois vifs et fixes, sont cernés par un liséré noirâtre; la voix est cassée; les muqueuses de la bouche et des paupières ne sont point décolorées, comme sembleraient le faire supposer la faiblesse et l'amaigrissement de la malade.

Atrophie des glandes mammaires.

Un mois après que les frictions hydriodatées ont été suspendues, j'ai essayé par l'acide azotique et le soluté d'amidon les urines et la salive de madame X. . Les urines n'ont rien fourni à la réaction, la salive a donné une coloration violette.

Depuis le 30 mai, la malade est soumise au traitement suivant :

Nourriture substantielle, lait d'ânesse, lait de vache, bouillie de fécules. Tisane avec : petit chêne, 10 grammes; eau, 300 grammes. 4 pilules de citrate de fer, dont la formule est, pour 100 pilules : citrate de fer, 5 grammes; miel, 1 gramme; poudre de guimauve, quantité suffisante.

Aujourd'hui, 11 juin, il y a un peu d'amélioration; l'amaigrissement disparaît; les douleurs du ventre et de l'épigastre ont diminué; le teint s'éclaircit, le regard n'est plus fixe et effrayé; la malade se lève, cependant la plupart des symptômes d'iodisme persistent, et depuis le 4 il y a œdème des jambes vers le soir, lorsque madame X... est restée longtemps debout ou assise.

Comme vous pouvez le voir, le cas est toujours grave; plus tard, si cela vous paraît en valoir la peine, je vous rendrai compte de la durée et de la terminaison de la maladie.

Veuillez agréer, etc. E. CHEVRIER, D. M. M.,
Ex-chirurgien de la marine impériale.

Angoulême, le 11 juin 1860.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 JUIN 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Recherches sur les corps introduits par l'air dans les organes respiratoires des animaux*, par M. *F. Pouchet*. — Lorsque vous observez, dit M. Pouchet, des animaux qui vivent au milieu de nos villes et dans l'intérieur de nos habitations, vous êtes frappé de l'énorme quantité de fécule que recèlent leurs organes respiratoires : chez les oiseaux, vous en découvrez même fort abondamment jusque dans l'intérieur des os; les parcelles de fumée, les filaments d'étoffes diverses qui composent nos vêtements s'y rencontrent aussi avec la même profusion. Mais, plus l'animal vit éloigné de nos villes, plus il habite des sites sauvages, plus aussi tous ces corps deviennent rares dans l'air inspiré. Celui-ci en présente à peine quelques traces; souvent même vous n'en retrouvez aucune si vous observez des mammifères ou des oiseaux qui se tiennent sans cesse cantonnés au milieu des forêts; chez eux, tout l'appareil respiratoire est, au contraire, rempli d'une abondance de débris de végétaux, d'épiderme, de chlorophylle, etc.

J'ai retrouvé dans les organes respiratoires de l'homme les mêmes corpuscules atmosphériques que je rencontrais chez les animaux. Sur deux personnes mortes dans l'un de nos hôpitaux, une femme et un homme, dont j'ai injecté les poumons, j'ai trouvé une quantité notable de fécule de blé, normale ou panifiée, des parcelles de silice et des fragments de verre; des fragments de bois de teinture d'un beau rouge; des débris de vêtements, et enfin une larve d'arachnide microscopique encore vivante.

M. Pouchet a rencontré des débris de même nature dans les produits de l'expectoration.

L'auteur ajoute que dans toutes ses observations il n'a jamais rencontré ni un seul spore, ni un seul œuf de microzoaire, ni aucun animalcule enkysté.

ANATOMIE. — M. *G. Pouchet* adresse de Rouen un résumé des observations qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu de cette ville sur l'épiderme d'un nègre de Gorée qui était atteint d'un abcès situé à la face palmaire de la main gauche. Le malade offrait une particularité probablement individuelle, puisque, contrairement à ce qu'on observe chez les nègres, où l'intérieur de la main est très peu coloré, chez celui-ci la peau offrait une teinte noire bien prononcée.

A la suite de l'ouverture qu'on dut pratiquer pour évacuer la matière purulente, on appliqua des cataplasmes de mie de pain, qui provoquèrent, comme d'habitude, la chute de l'épiderme. Cet épiderme était blanc, et c'est ce qu'ont constaté, en pareil cas, tous les observateurs. Mais en même temps que l'épiderme, avait été enlevée une couche fortement pigmentée, de sorte que, sauf dans quelques sillons de la peau, on ne retrouvait plus la teinte noire primitive.

Je suivis avec soin, dit M. Pouchet, le développement de la nouvelle couche épidermique; elle fut d'abord d'un blanc mat absolu, voilant peu à peu la teinte rosée du tissu vasculaire dermique. Puis après quelques jours, quand elle eut pris une certaine épaisseur, le blanc se ternit tout à coup et vira rapidement au noir.

COMITÉ SECRET. — Sur la demande de M. Nadault de Buffon, et avec l'assentiment de l'Académie, M. *le Secrétaire perpétuel* ouvre un paquet cacheté découvert dans les archives de la Société, et déposé au secrétariat le 18 mai 1748 par *Buffon*. Ce paquet renferme une note manuscrite dont il est donné lecture, et qui contient l'analyse du *Traité sur la génération*, commencé le 9 février 1746, et achevé le 11 mai 1748.

NOMINATION. — M. *Nordmann* est élu correspondant pour la section de zoologie et d'anatomie comparée en remplacement de M. *Ehrenberg*, devenu associé étranger.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 JUIN 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet *a*. Un mémoire de M. le docteur *Lamare-Picquot*, intitulé : *Nouvelles recherches sur l'apoplexie cérébrale*. (*Comm.:* M. Bouillaud.) — *b*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Château-Morand (Loire), par M. le docteur *Guyot;* d'Euzet et de Saint-Jean-de-Ceyrargues (Gard), par M. le docteur *Auphan*, et d'Alet (Aude), par M. le docteur *Fournier*. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un travail de M. *Carpon*, intitulé : *De l'hirudoculture de Hyenville*. (*Comm.:* MM. Boulay, Guibourt et Moquin-Tandon.) — *b*. Une note sur les canons rayés au point de vue de l'étiologie des plaies d'armes à feu, par M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles). — *c*. Une note analytique sur son *Traité des maladies de l'appareil auditif*, par M. le docteur *Bonnafont*. — *d*. Un pli cacheté contenant une note relative au *biomètre et à ses usages en médecine*, par M. le docteur *Collongues*. (*Accepté.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Pize* (de Montélimart), qui proteste contre les assertions de M. Piorry relatives à la priorité de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica.

M. *Larrey* offre en hommage, au nom de l'auteur, un *Traité des tumeurs de l'orbite*, par M. *Demarquay*, chirurgien des hôpitaux.

M. *Bourguignon* adresse à l'Académie le modèle d'une petite seringue propre à faire des injections hypodermiques, qu'il a fait fabriquer par M. Mathieu, et qui peut remplacer avec avantage celle de Pravaz, dont on se sert pour le même usage. Les injections sous-cutanées dans le traitement des névralgies sont entrées dans le domaine de la pratique usuelle depuis les travaux de MM. Lafargue (de Saint-Émilion), Wood, en Angleterre, Béhier, puis Hérard, à Paris. J'ai pu, comme tant d'autres, en constater les

heureux résultats dans certaines névralgies; mais l'emploi de la seringue Pravaz dans une opération si simple m'a paru bien compliqué. En effet, la seringue Pravaz, pour les injections au perchlorure de fer, se compose de deux trocarts de volume différent et de plusieurs canules. Un des trocarts, muni de sa canule, une fois introduit sous le derme, en est retiré, et l'on visse sur la canule restée en place le corps de seringue, pourvu lui-même d'une canule plus petite. Enfin le piston, qui descend graduellement à chaque tour de vis, opère l'injection.

Le docteur Wood s'était tout simplement servi, et non sans succès, de la seringue de Fergusson, corps de pompe en verre non gradué, vissé sur une aiguille creuse en acier, dont l'extrémité tranchante se termine en bec de flûte. M. Béhier a condamné avec raison l'usage de cet instrument, qui ne permettait pas de se rendre un compte exact de la quantité de liquide injecté, et lui a substitué la seringue Pravaz. C'est une modification de la seringue de Fergusson que présente M. Bourguignon. Il a gradué le tube par gouttes à l'aide de divisions, et a ajouté à l'extrémité supérieure du tube en verre qui constitue le corps de pompe, et pour tenir lieu de piston, une petite gaîne en caoutchouc de 2 à 3 centimètres de longueur, fermée à l'un de ses bouts. Cette gaîne fait le vide, et aspire la solution quand on l'élève; elle chasse, au contraire, lentement et graduellement le liquide quand on l'abaisse. Chaque division mesure une goutte, non pas quant au volume, qui peut varier, mais quant au poids, qui est de 5 centigrammes.

Sur six malades traités à l'aide de cette seringue, cinq étaient affectés de névralgies, trois d'entre eux ont guéri, les deux autres n'ont été que soulagés. Le sixième, en traitement à cette heure, est affecté de contracture.

Seringue propre aux injections hypodermiques. — A. Gaîne en caoutchouc, qui glisse à frottement sur l'extrémité du corps de seringue. — B. Corps de la seringue, en verre, gradué par gouttes pesant chacune 5 centigrammes. — C. Aiguille creuse, qui se visse à volonté sur l'armature du tube en verre.

Lectures.

CHIRURGIE. — M. *Civiale* lit une *Note sur les corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie.*

L'auteur donne d'abord l'énumération sommaire des différents corps étrangers qu'il a eu l'occasion d'extraire de la vessie depuis un grand nombre d'années. Puis, à propos d'un cas qui s'est présenté récemment dans son service d'hôpital, il entre dans quelques considérations pratiques relatives à la formation des calculs urinaires, aux accidents particuliers que provoquent les corps étrangers, et aux opérations que leur présence réclame.

Parmi les effets constatés à la suite de ces introductions, M. Civiale signale, comme un des plus constants et des plus remarquables, un changement subit dans la composition de l'urine, dans laquelle on voit presque aussitôt prédominer l'élément phosphatique.

Relativement au traitement, M. Civiale insiste sur l'utilité et sur les indications de l'application de la lithotritie à l'extraction des corps étrangers de la vessie. A cet égard, il distingue deux classes de malades : 1° ceux chez lesquels les premiers contacts du corps étranger avec la surface des organes produisent des accidents graves qui obligent d'en faire immédiatement l'extraction; quelquefois, dans ce cas, l'opération offre de grandes difficultés et réclame des moyens et des procédés particuliers en raison de la nature, de la forme et du volume du corps étranger; 2° les malades qui, souffrant peu immédiatement ou qui, se roidissant contre la douleur, ne viennent réclamer que tardivement l'intervention du chirurgien; dans ce cas, on constate l'existence d'une pierre vésicale, et on l'extrait ou on la brise, suivant l'indication.

Après avoir signalé les principales difficultés que l'opérateur peut rencontrer dans cette circonstance, M. Civiale rapporte l'observation de la malade qu'il vient de débarrasser par la lithotritie, de calculs volumineux ayant pour noyaux des dents, des fragments d'os et des cheveux. « Ce fait, dit-il, rapproché d'un grand nombre d'autres que j'ai publiés, prouve l'utilité de la lithotritie dans des cas exceptionnels et presque toujours graves, moins sous le rapport de la pierre elle-même, qui est généralement facile à détruire, que par le corps qui lui sert de noyau. »

M. Civiale termine en indiquant les voies différentes par lesquelles les corps étrangers pénètrent dans la vessie. Ces corps peuvent être introduits par l'urèthre ou, à travers les tissus, par une plaie pénétrante de l'abdomen. Quelques-uns proviennent de communications accidentellement établies entre la vessie et les organes voisins (canal intestinal, matrice, ovaires), ou entre la vessie et une tumeur ou un kyste développés dans son voisinage. M. Civiale pense qu'on pourrait peut-être rapporter à cette dernière origine la présence des corps étrangers qu'il a extraits chez la malade dont il vient d'entretenir l'Académie. Toutefois, il n'admet cette opinion que sous toute réserve, en raison des idées excentriques dont les femmes sont capables et de leur habileté bien connue à tromper les médecins et les chirurgiens.

M. *Larrey* rappelle, à ce propos, le mémoire qu'il a communiqué à la Société de chirurgie sur les corps étrangers introduits dans la vessie par suite des blessures d'armes à feu, et les succès obtenus dans les cas de ce genre par l'opération de la taille. Tout en reconnaissant l'utilité de la lithotritie, il pense que M. Civiale l'a proclamée d'une manière trop absolue, en la considérant, pour ainsi dire, comme la règle dans le traitement des corps étrangers dans la vessie.

MÉDECINE. — M. *Renault* annonce à l'Académie que des expériences ont été faites à Toulouse, sous la direction de M. Lafosse, professeur de clinique à l'école vétérinaire de cette ville. Il résulterait de ces expériences que la matière provenant des eaux aux jambes d'une jument a donné lieu au développement de cowpox légitime sur deux génisses, et que ce cowpox, inoculé à des enfants, a déterminé une éruption vaccinale de bonne nature, qui a pu être transmise à d'autres enfants.

M. Renault donne lecture de la lettre de M. Lafosse, dans laquelle est décrite la maladie de la jument sur laquelle a été prise la matière de la première inoculation, maladie dont l'identité avec les eaux aux jambes n'est pas suffisamment établie. Il ajoute que bientôt M. Lafosse enverra à l'Académie un mémoire détaillé sur ces faits, et qu'une discussion pourra être fructueusement ouverte à ce sujet.

M. *Malgaigne* déclare qu'il ne comprend pas ce que signifie ce mot d'*eaux aux jambes;* et il demande à MM. les vétérinaires si cette affection a son analogue dans l'espèce humaine.

M. *Leblanc* répond que les eaux aux jambes ont une analogie grossière et très éloignée avec l'eczéma chronique ou dartre humide.

Puis il dit qu'il est allé à Toulouse pour être témoin des faits annoncés par M. Lafosse. Il a pu s'assurer de l'exactitude de la production du cowpox par l'inoculation de la matière provenant de la maladie dont la jument était atteinte; mais cette maladie, selon lui, est toute différente des eaux aux jambes. En effet, les eaux aux jambes constituent une affection pustuleuse, essentiellement locale et à tendance fatalement chronique; tandis que la maladie récemment observée par M. Lafosse était de nature vésiculeuse, s'était montrée à la fois sur différentes parties du corps, aux jambes et aux narines, avait affecté une marche aiguë, sévi à la fois sur une centaine de chevaux de la même localité et qu'au lieu de se montrer rebelle, comme les eaux aux jambes, elle s'était dissipée presque spontanément ou sous l'influence de moyens très simples.

M. *Depaul* ne voudrait pas que l'Académie se crût plus engagée qu'elle ne l'est en réalité, par le rapport qui lui a été présenté, il y a deux ans, par M. Leblanc et par lui, et dont elle a adopté les conclusions. Dans ce rapport il est dit que les expériences pour reproduire le cowpox, au moyen de l'inoculation des eaux aux jambes, ayant été négatives, il faut en conclure, ou qu'il y a eu erreur

de la part des premiers expérimentateurs, ou que la maladie qui a donné des succès était autre que les eaux aux jambes. Aujourd'hui que le chiffre des expériences négatives faites par M. Reynal, à Alfort, s'élève à plus de cent, on doit maintenir ces conclusions, que viennent légitimer encore les déclarations de M. Leblanc.

D'ailleurs, tout en rendant hommage au talent et à l'honorabilité de M. Lafosse, on ne peut s'empêcher de trouver singulier qu'il n'ait fait qu'une seule expérience, alors que plus de cent juments étaient atteintes de la même maladie. Avant de conclure, il est sage d'attendre que les documents annoncés par M. Renault mettent l'académie en mesure de juger à bon escient.

M. *Leblanc* explique que les juments malades étaient à quinze lieues de Toulouse, qu'une seule a été mise à la disposition de M. Lafosse, et qu'enfin ce professeur a inoculé deux génisses avec un égal succès.

M. *Renault* dit qu'il ne voulait aujourd'hui qu'annoncer le fait, et qu'il est d'avis d'attendre le mémoire de M. Lafosse pour engager la discussion.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Piorry* continue le discours qu'il a commencé dans la séance précédente. Il déplore l'expression de *chimiâtre* employée avec affectation par M. Trousseau ; et il blâme les mots *sédation de la circulation*, comme impropres, vides de sens et contraires à toute nomenclature.

M. Trousseau admet que le fer agit directement sur les tissus. Comment comprendre cette action, si ce n'est physiquement et chimiquement? Il a insisté sur la nécessité de reconnaître plusieurs variétés d'anémie. Cette idée et les divisions qu'il a admises pour l'anémie ne sont pas nouvelles. Les aurait-il puisées, par hasard, dans le *Traité de pathologie iatrique*, où elles sont exposées tout au long depuis une quinzaine d'années?

On parle de chlorose? qu'est-ce donc que la chlorose? Avant d'admettre cette affection, a-t-on suffisamment examiné les malades? Ah! si un médecin de la force de M. Bouillaud déclarait qu'un malade est chlorotique, dit M. Piorry, j'y croirais sans peine ; mais un pareil diagnostic de la part de gens beaucoup moins forts que M. Bouillaud me parait très suspect et fort sujet à révision. La chlorose est un état très obscur, très compliqué ; et souvent les prétendus chlorotiques ne sont que des sujets atteints de tubercules ou de toute autre lésion organique qu'on n'a pas su reconnaître.

M. Piorry, abordant ensuite la question des applications de la chimie et de la physique à la médecine, trouve que M. Trousseau a révoqué en doute la plupart des faits les plus importants et les mieux démontrés de notre science, et qu'il a porté une atteinte grave, non-seulement à la thérapeutique, mais encore à l'anatomie, à la physiologie et à l'hygiène.

Pour détruire ces dangereuses billevesées, il suffit de passer en revue la plupart des affections du cadre nosologique. Le tartre dentaire, par son accumulation peut donner lieu à des phénomènes locaux analogues aux lésions du scorbut : il suffit de l'enlever pour faire disparaître tout accident. Les enduits de la langue, si communs dans un grand nombre d'états morbides, disparaissent à l'aide du suc de citron. Les poisons, ingérés dans le tube digestif, sont neutralisés par des substances qui agissent sur eux d'une manière toute chimique. C'est chimiquement aussi qu'agit le bicarbonate de soude dans l'oxygastrie (gastralgie), en saturant l'excès d'acide de suc gastrique.

Dans la goutte, ajoute l'orateur, j'ai recueilli une foule d'observations qui prouvent que les alcalins à haute dose font merveille, et un de mes meilleurs élèves, M. Galtier-Boissière, qui vient de faire un excellent travail sur cette affection, a parfaitement indiqué le traitement qui lui convient.

N'est-ce pas la chimie qui nous apprend à diagnostiquer sûrement l'ictère dans les cas douteux, en décelant, à l'aide de l'acide azotique, la présence de la bile dans le sang et dans les urines?

Ne sont-ce pas des procédés physiques et chimiques qui nous ont fait connaître la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie?

Les signes diagnostiques tirés de l'examen des urines ne nous sont-ils pas fournis par la physique et par la chimie? La plupart des modifications que ce liquide subit sous l'influence de certains médicaments, des alcalins en particulier, ne sont-elles pas de nature toute chimique?

L'efficacité si merveilleuse du phosphate de chaux dans un grand nombre de maladies osseuses et surtout dans le mal de Pott, n'est-elle pas due à une action toute chimique?

N'est-ce pas la chimie qui a doté la thérapeutique du sulfate de quinine?

N'est-ce pas la chimie qui nous explique la raison de l'efficacité des eaux minérales? et M. Trousseau, qui envoie tant de malades à Pougues, a-t-il d'autres motifs de prédilection pour cette localité que les bons effets qu'il espère retirer de la richesse minérale de ses eaux?

M. Trousseau repousse les théories physico-chimiques en thérapeutique, et il administre du charbon pulvérisé aux malades atteints de tympanite. M. Trousseau, quoi qu'il en dise, est un excellent physicien et un bon chimiste; seulement, il ignore que, pour que le charbon absorbât les gaz dans le tube digestif, il faudrait qu'il restât à une basse température et qu'il fût administré à des doses énormes et vraiment monstrueuses.

M. Piorry rappelle encore les immenses ressources que le diagnostic et la thérapeutique ont tirées des données de la physique et de la chimie, tant en médecine qu'en chirurgie. L'auscultation, la percussion, la laryngoscopie, la micrographie, l'électricité, ne sont-ce pas autant de procédés empruntés à la physique?

N'est-ce pas par un procédé purement physique aussi qu'on remédie à la syncope, en plaçant la tête des malades dans une position déclive qui rappelle le sang vers l'encéphale? La position et la compression, si utiles dans les hémorrhagies, dans les infiltrations des membres, sont encore des procédés physiques. L'action des bains sur nos tissus n'est-elle pas toute physique? Le diagnostic et la thérapeutique de la gale ne sont-ils pas deux remarquables résultats des applications des procédés physiques à la médecine?

L'action du nitrate d'argent sur les plaies et des désinfectants sur les surfaces traumatiques de mauvaise nature ne s'explique-t-elle pas à merveille par la chimie et par la physique?

M. Trousseau a voulu aussi battre en brèche l'anatomie pathologique. Mais, sans l'anatomie, où en serait la pathologie? que saurait-on des maladies du cœur? que saurait-on des causes et du mécanisme de beaucoup d'affections nerveuses et de la plupart des hydropisies?

M. Piorry ne veut pas insister davantage sur ces démonstrations. Il lui serait aisé de prouver que la chirurgie tout entière et les deux tiers de la médecine protestent en faveur des théories physico-chimiques, contre les doctrines vitalistes. Rien n'est vide de sens comme les hypothèses invoquées par le vitalisme. Quand on ne sait pas, quand on ne peut pas expliquer certains phénomènes, mieux vaut se taire que de faire du mauvais vitalisme.

Vu l'heure avancée, M. Piorry remet la fin de son discours à la prochaine séance.

Société Anatomique.

SÉANCES DE FÉVRIER 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

NOTE SUR UN POLYPE NASO-PHARYNGIEN, par M. BROUARDEL, interne des hôpitaux.

OBS. — Le 9 novembre 1859, est entré dans le service de M. le professeur Velpeau un malade nommé Dumin (Louis), âgé de dix-sept ans.

Ce malade dit que, depuis deux ans, il a éprouvé différents troubles du côté des fosses nasales. Il accuse principalement une gêne dans l'inspiration et l'expiration, gêne qui a présenté dans son intensité quelques alternatives. De plus, il est sujet depuis cette époque à des épistaxis dont l'abondance est quelquefois très considérable; il a également des vertiges, des céphalalgies fréquentes.

Cependant, sa santé générale est restée assez bonne, et il présente les attributs d'une constitution vigoureuse.

Le 9 novembre, on constate, outre les signes précédents, du côté des fosses nasales, par le doigt porté dans le fond de la gorge, une tumeur de dureté fibreuse qui remplit l'arrière-cavité, repousse le voile du palais

en bas, mais dont le pédicule ne peut être nettement limité, surtout en avant et à droite.

L'examen fait par l'orifice antérieur des fosses nasales ne permet de constater la présence de rien d'anomal.

Quant aux troubles fonctionnels, ils consistent surtout dans une tendance très prononcée à un sommeil profond dont il est quelquefois difficile de tirer le malade. L'expiration est gênée, accompagnée d'un ronflement très sonore pendant le sommeil. La prononciation est très altérée, nasonnée. La déglutition est restée libre.

Cet état persiste jusqu'au 23 janvier sans présenter de notables différences.

Le 23 janvier 1860, M. Velpeau se décide à une opération destinée surtout à remédier aux accidents immédiats portant sur la respiration. Il étrangle une portion de la tumeur dans la chaîne d'un écraseur et extrait une partie de tumeur du volume d'un marron.

Le polype est examiné par M. Heurtaux, qui lui reconnaît tous les caractères du tissu fibreux.

Pas d'accidents immédiats; pas d'hémorrhagie. Le malade se trouve soulagé, la respiration est plus libre.

24 janvier. — Dans la journée, le malade s'est levé, est allé se promener dans les cours par un temps froid. Le soir, frisson. Douleur à la gorge. Rougeur prononcée de l'isthme du gosier.

26 janvier. — Fièvre intense, vomissements. Céphalalgie. Respiration pénible. Délire.

27 janvier. — Tuméfaction des parties molles de l'orbite. L'état général s'est aggravé. Délire. Pouls, 120.

28 janvier. — Délire la nuit. Le matin, coma; gonflement général de la face. Pupilles inégales.

30 janvier. — L'état général a persisté. Mort dans la nuit.

31 janvier. — *Autopsie.* — On trouve à l'autopsie les lésions d'une méningo-encéphalite violente avec du pus dans la scissure de Sylvius, et un ramollissement du cerveau au même niveau à droite.

De plus, les parties molles de l'orbite sont infiltrées d'une sérosité assez visqueuse.

En enlevant avec soin le polype avec les os sur lesquels il s'insère, et pour cela pratiquant une coupe verticale antéro-postérieure des fosses nasales passant par la cavité gauche, puis détruisant la voûte palatine en gardant les parois du pharynx, on trouve d'une façon évidente que le polype présente des insertions très multiples. Sa couleur est gris-rosé, un peu plus foncée, plus brillante dans la fosse nasale droite, qu'il a envahie presque tout entière.

Il s'insère :

1° Par une grosse racine à la base de l'apophyse basilaire, par une implantation extrêmement solide. Cette insertion, d'ailleurs, est située plutôt à la jonction de l'occipital avec le sphénoïde qu'à l'apophyse basilaire elle-même;

2° Cette insertion se continue sans séparation avec d'autres qui occupent les fosses nasales, savoir, les sinus sphénoïdaux, dans lesquels il s'insère et dont les parois sont brisées; les cellules ethmoïdales, les parois du vomer jusqu'au niveau du cornet inférieur, et ces insertions se font en avant jusqu'au point où cesse le polype, c'est-à-dire que la tumeur ne dépasse pas en étendue les bornes de ses points d'insertion.

Les os du nez, vomer, lame perpendiculaire, parois du sinus maxillaire, sont intacts, sauf le cornet de Morgagni, qui est repoussé. La tumeur ne donne aucun prolongement dans les sinus maxillaires. Les adhérences sont très solides. On peut sur le vomer, les cellules ethmoïdales et sphénoïdales, décoller le périoste de l'os, mais cela en quelques points seulement. Dans la plupart, on arrache l'os en même temps. Quant à l'apophyse basilaire, l'adhérence est telle que l'arrachement est totalement impossible.

Un point sur lequel il me semble important de fixer l'attention, c'est que ces insertions étaient partout continues à elles-mêmes; que nulle part il n'y avait interruption.

M. *Verneuil* présente, à propos de la première pièce de M. Brouardel, quelques réflexions sur l'implantation du polype, sur le traitement qui a été employé et sur le procédé qui, suivant lui, aurait pu être mis en usage.

Il constate d'abord que l'implantation est très étendue d'avant en arrière; elle commence à la surface basilaire de l'occipital, se prolonge sur la face inférieure du corps du sphénoïde, et paraît envahir la plus grande partie de la face inférieure de l'ethmoïde et des cellules ethmoïdales; en un mot, elle paraît occuper à peu près tout le plafond d'une des fosses nasales; il est difficile de sentir si les adhérences qui ont lieu au niveau du sphénoïde et de l'ethmoïde sont des insertions primitives ou seulement des adhérences secondaires; toutefois il existe une fusion si intime entre la masse morbide et les cavités ethmoïdales et sphénoïdales, que l'on trouve mélangées au tissu fibreux bon nombre des lamelles osseuses minces qui servent de parois au sinus sphénoïdal et aux cellules de l'ethmoïde. M. Verneuil incline beaucoup vers la première hypothèse, c'est-à-dire qu'il est convaincu que les adhérences susdites sont de véritables implantations. En effet, des observations assez nombreuses prouvent que l'insertion des polypes naso-pharyngiens ne se fait pas aussi exclusivement qu'on l'a dit à l'apophyse basilaire. Très souvent elle s'effectue également sur la face inférieure du sphénoïde, à la partie la plus élevée du vomer, à la racine des apophyses ptérygoïdes, enfin à un point quelconque de la paroi supérieure des fosses nasales, quoique presque toujours à la base du crâne. L'apophyse basilaire, le corps du sphénoïde, la racine des apophyses ptérygoïdes, l'articulation supérieure du vomer, sont si rapprochées qu'on comprend facilement ces insertions multiples pour peu que le pédicule du polype soit volumineux et étendu.

Pour le second point, tout en approuvant l'usage de l'écrasement linéaire, il regrette qu'aucune opération préliminaire n'ait été faite pour faciliter l'abord de l'insertion du pédicule, aussi la section n'a-t-elle retranché qu'une petite portion de la tumeur, ce qui permet d'affirmer que le mal aurait bientôt repris ses dimensions premières. La mort n'a pas laissé se produire ce résultat nécessaire, ce qui prouve entre autres choses que bon nombre d'opérations palliatives, timides et incomplètes à dessein ont souvent la gravité des tentatives radicales sans en avoir les avantages.

Quelques faits exceptionnels rares et d'une authenticité douteuse ne sont pas de nature à contredire la proposition suivante : *dans l'état actuel de la science, le traitement des polypes naso-pharyngiens exige impérieusement une opération préliminaire, c'est-à-dire la création d'une voie artificielle destinée à conduire l'œil, la main ou les instruments du chirurgien sur le lieu direct de l'implantation du polype.*

Si dans le cas présent on avait pu prévoir l'étendue et la situation exacte des insertions, à quelle opération préliminaire aurait-on pu recourir avec le plus d'avantage? Ici M. Verneuil examine rapidement les procédés de la méthode de Manne, ou voie buccale, puis la résection partielle ou totale de l'os maxillaire supérieur (méthode de Flaubert, ou voie faciale); enfin il pense que la méthode ancienne, ou voie nasale, injustement abandonnée, aurait trouvé ici son application : ouvrir le dos du nez vers sa racine, sectionner le polype avec l'écraseur ordinaire; toucher la pointe d'implantation avec le fer rouge, ou mieux encore le galvano-cautère, le tout en une ou deux séances. Enfin, procéder à une rhinoplastie primitive ou secondaire; tel est le plan qui, suivant M. Verneuil, aurait été préférable.

Cette manière de faire compte déjà quelques succès authentiques. M. Roux, en 1849, en a publié un bel exemple (*Gazette des hôpitaux*) suivi de considérations intéressantes sur la nature et le lieu d'implantation des polypes naso-pharyngiens. On a publié depuis quelques observations qui méritent examen et qui recommandent la voie nasale, surtout si l'on profite, pour la pratiquer, du nouveau procédé ostéoplastique mis récemment en usage dans un cas semblable par le professeur Langenbeck (de Berlin).

Ce qui impose à M. Verneuil une extrême répugnance pour le procédé de M. Nélaton (procédé dont l'utilité ne saurait être révoquée en doute), c'est surtout la longueur extrême du traitement et la grande proportion de morts déjà consignée.

En s'en rapportant aux chiffres encore trop peu nombreux, à la vérité, l'opération par la voie nasale, ou l'extirpation préalable du maxillaire supérieur serait d'une innocuité presque absolue.

M. *Houël*, après avoir insisté sur les points d'insertion du polype, fait remarquer que l'implantation du polype est très étendue; c'est là un fait assez exceptionnel. Dans ce cas, ajoute-t-il, je pense que la méthode par la voie antérieure offrirait l'inconvénient de ne pouvoir attaquer suffisamment et pendant assez longtemps le polype à [illegible] de cautérisations consécutives; l'opération préliminaire ne pe[illegible]ant [illegible]as de laisser l'ouverture béante pendant longtemps. C'es[illegible] des avantages au contraire de la méthode de M. Nélaton, de do[illegible]er un libre accès au chirurgien pour les cautérisations.

M. *Péan* revient sur les mêmes arguments en faveur de la méthode de M. Nélaton. On peut, par ce procédé, attaquer directement l'insertion du polype à l'apophyse basilaire, et au moyen de petites flèches caustiques, attaquer les prolongements du polype même jusqu'à la partie antérieure des fosses nasales.

M. *Dolbeau*. Messieurs, je trouve que la Société, en discutant aussi à fond la valeur des procédés opératoires, perd son caractère de Société d'anatomie. Nous sommes là pour constater un fait ; voyons ensemble la pièce, et que la Société se prononce ; voilà je crois quelle doit être notre mission.

Vous savez, messieurs, que la méthode opératoire appliquée par M. Nélaton à la cure des polypes naso-pharyngiens, méthode qu'on semble attaquer avec passion, repose sur cette donnée anatomique : les polypes sont pharyngiens avant de pénétrer dans les fosses nasales et leurs dépendances, donc, c'est dans le pharynx qu'il faut agir. De plus, comme ces polypes ont une racine qui doit être complétement détruite, si l'on veut éviter la récidive, M. Nélaton déclare qu'il faut porter le caustique sur le lieu d'implantation, d'où la nécessité d'avoir une voie constamment ouverte jusqu'à ce que toutes les racines du mal soient complétement détruites.

Messieurs, mon maître, M. Nélaton, n'a ni inventé la section de la voûte du palais, ni la cautérisation, comme moyen de détruire les tumeurs, mais c'est à lui que revient l'honneur d'avoir formulé que la hauteur des polypes naso-pharyngiens comporte : 1° une opération préliminaire ayant pour but de découvrir la surface d'implantation du polype ; 2° l'excision des polypes ; 3° la destruction successive des racines du mal par le caustique et au moyen d'une voie toujours ouverte.

Tout cela, messieurs, repose sur cette notion que les polypes ne s'insèrent que sur cette portion de la base du crâne qui forme la paroi supérieure du pharynx. Si, au contraire, les polypes ont des origines dans les fosses nasales, dans les différents sinus, la destruction des racines ne pourra se faire par la méthode du chirurgien de la clinique. Vous voyez donc bien que c'est une question d'anatomie qu'il est très important de juger avec la pièce qui nous est présentée.

L'autopsie du sujet ayant été faite dans de mauvaises conditions, je déclare que la pièce présente des difficultés réelles d'interprétation. Cependant je crois, contrairement à l'opinion émise par M. Verneuil, que le polype a eu pour origine la portion pharyngienne de la base du crâne. Il y a bien une grande partie de la tumeur qui occupe les fosses nasales, qui présente des adhérences avec les tissus fibro-muqueux de la région ; mais si vous regardez attentivement, vous constaterez comme moi que la portion nasale diffère comme aspect de la portion pharyngienne. La première est mamelonnée, rosée, assez bien isolée ; la deuxième est blanche, fibreuse, semble naître des os de la base ; de plus, elle a l'air plus vieille que celle qui occupe les fosses nasales ; ce sont des choses qui se voient, qui se sentent plutôt qu'elles ne sont aisées à rendre par des mots. Voyez la pièce, mais mon opinion est très nette ; la racine du mal était dans le pharynx ; la portion nasale eût pu être arrachée, la portion pharyngienne est fixée à la base du crâne et d'une manière si intime que maintenant encore il serait impossible de l'arracher. C'est cette portion qui aurait dû être attaquée par le caustique, et cela après la résection de la voûte palatine et l'incision des parties saillantes de la tumeur.

M. Guyon et M. Trélat ont partagé ma manière d'interpréter la pièce de M. Velpeau.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Les cures de petit lait et de raisin, en Allemagne et en Suisse, dans le traitement des maladies chroniques; par le docteur CARRIÈRE. — Un vol. in-8. Paris, 1860 ; chez Victor Masson.

Essai théorique et pratique sur la cure de raisin, par le docteur CHURCHOD, in-8°, Paris, 1860, chez J.-B. Baillière et fils.

Bains à l'hydrofère; par M. MATHIEU (de la Drôme). — Un vol. in-12. Paris, 1860.

— Voici un travail que l'auteur nomme lui-même « un chapitre oublié de la balnéologie médicale. » M. le docteur Carrière, en sa qualité de Français, et de bon Français, est justement désolé de voir la France se tenir, vis-à-vis de l'Allemagne, dans un degré d'infériorité marquée à l'endroit de la médication hydrothermale. Non-seulement nos voisins d'outre-Rhin savent mieux que nous manier l'action des eaux minérales et en tirer un bon parti, mais encore ils ont communément recours à des moyens dont nous méconnaissons les effets ou que nous ne connaissons pas : ce sont les *cures de petit-lait et de raisin*. Ce chapitre négligé de la science des eaux minérales, M. Carrière a voulu l'écrire pour la France, « afin qu'elle pût utiliser avec l'esprit d'application qui la distingue, des modes de traitement dont la médecine allemande retire chaque jour de si précieux avantages. »

» Les médecins allemands considèrent le petit-lait et le fruit de la vigne comme des composés analogues aux eaux minérales ; ces produits représentent pour eux des eaux minérales de nature organique. » M. Carrière partage cette opinion. « Le lait, dit-il, n'exerce pas d'influence thérapeutique par les principes (beurre et caséum) qui en font un aliment, mais par ceux qui en font un médicament... ; c'est le sérum qui constitue la partie active du lait. Le sérum, en effet, est un liquide organique privé de ses parties grasses, et en possession de sels (phosphate de chaux, chlorure de potassium, sulfate de soude, phosphate de magnésie, chlorure sodique, phosphate de fer oxydulé), qu'il porte en dissolution, joints à de la matière sucrée. La présence de ces sels fait de ce liquide un composé analogue à ceux dont la médecine tire les plus grands secours aux eaux minérales. » La nature de ces sels communique au petit-lait des propriétés purgatives et altérantes. L'absence de produits azotés dans la liqueur séro-lactée en fait un excellent moyen de cure diététique dans tous les états pathologiques caractérisés par un excès d'azote.

Voilà ce qu'indique la théorie. L'expérience chimique confirme-t-elle ces données de la chimie appliquée à la thérapeutique ? Les faits semblent répondre affirmativement en ce qui concerne la scrofule et la phthisie tuberculeuse ; mais jusqu'à présent l'observation est restée muette relativement à la gravelle urique et à la goutte, qui sont les affections où la prédominance des éléments azotés est, sans contredit, le mieux constatée. En ce moment où la *chimiâtrie* rencontre de si rudes adversaires à l'Académie de médecine, soyons sages, et enregistrons seulement les résultats fournis par l'expérience. Or, que nous apprend-elle à l'égard de la cure de petit-lait ? Si l'on consulte sur ce point les meilleures monographies, celles de Lersch, de Beneke et de Mojsisovicz, on voit que les faits n'y tiennent pas une grande place. Mais, à défaut d'observations cliniques, « il y respire, dit M. Carrière, une sorte de foi fondée sur la longue habitude d'une expérience riche de résultats encourageants. » Il faut donc en convenir, c'est moins sur une expérimentation régulière et une observation scientifique rigoureuse, que sur les données de l'empirisme et sur les succès de la vogue populaire que repose jusqu'à présent la réputation thérapeutique du petit-lait. Et il faut bien que cette vogue ne soit point illusoire et que ces succès n'aient rien de chimérique, puisqu'en ne comptant que les plus fréquentées, on trouve, tant en Allemagne qu'en Suisse, plus de six cents stations de petit-lait.

Avant de parler de ces établissements et des différents procédés qui constituent la *cure* (en allemand *Molkenkur*), posons nettement et en quelques mots les indications de la médication séro-lactée, telles qu'elles sont formulées dans l'ouvrage de M. Carrière :

« 1° Le petit-lait, pur ou modifié, peut rendre de grands services dans la phthisie commençante ; c'est surtout alors qu'il faut l'employer. L'espèce de phthisie à laquelle ce traitement convient le mieux, c'est celle qui coexiste avec le lymphatisme ou la scrofulose. Le petit-lait est encore plus efficace dans la bronchite chro-

nique ou les affections broncho-pulmonaires qui simulent l'état tuberculeux. Dans les maladies des organes respiratoires, c'est le petit-lait de brebis que l'on doit préférer à tous les autres; ce n'est qu'à son défaut que le lait de chèvre doit être employé.

» 2° La pléthore abdominale proprement dite, les engorgements du foie et même de la rate à la suite de fièvres intermittentes, la forme abdominale de l'hypochondrie, la gêne de la circulation veineuse dans les viscères, la constipation opiniâtre qui peut s'y rattacher, enfin les hémorrhoïdes, sont curables à des degrés différents par le traitement séro-lacté. Il faut joindre à cette catégorie de maladies la polysarcie ou l'obésité, et quelques affections cutanées de nature scrofuleuse.

» 3° Les affections de nature hyposthénique chez les femmes et chez les enfants, la convalescence des maladies graves, les épuisements causés par les excès de la vie, les troubles nerveux entretenus par la faiblesse de toute l'économie, sont particulièrement du ressort du traitement balnéaire. Le petit-lait, donné sous cette forme et donné pur dans un lieu où l'atmosphère est pure elle-même et fréquemment renouvelée, ne cesse de produire chaque année, dans les lieux de cure, des résultats extrêmement remarquables. »

On voit que la phthisie pulmonaire figure en tête des maladies curables par le petit-lait. L'auteur consacre de longs développements à cette question, « pour laquelle, dit-il, a été principalement écrit ce livre. » Il explique l'efficacité du petit-lait dans la tuberculose par la nature des sels en dissolution dans le sérum, « lesquels sont précisément identiques ou analogues à ceux qui font la base des divers traitements en usage contre la phthisie. » Cette explication est ingénieuse; mais pour qu'elle pût satisfaire pleinement les esprits, il aurait fallu qu'elle reposât sur des données plus positives. Or, malheureusement, l'expérience ultérieure a montré combien il y avait à rabattre des vertus merveilleuses attribuées par l'enthousiasme des premiers expérimentateurs au chlorure de sodium et aux phosphates alcalins dans le traitement des tubercules pulmonaires. Que la liqueur séro-lactée agisse comme altérant sur l'ensemble des forces organiques, d'accord; mais qu'elle exerce une action élective et comme une influence spécifique sur la lésion pulmonaire, c'est possible; mais la chose est encore du domaine de l'hypothèse; et, jusqu'à nouvel ordre, il serait au moins imprudent de lui accorder une autre valeur.

D'ailleurs, je m'empresse de dire que M. Carrière, tout en faisant du petit-lait le héros de la médication séro-lactée, ne lui accorde pas exclusivement le bénéfice de la cure. Il fait aussi jouer un rôle très important aux conditions hygiéniques favorables, dans lesquelles se trouvent placés les malades soumis à ce genre de traitement, et particulièrement au climat. « Ici, dit-il, le remède fait partie intégrante du climat; ils sont choisis en vue l'un de l'autre; ils se servent, jusqu'à un certain point, de complément par les modifications d'ensemble qu'ils produisent sur l'organisme. » Il est digne de remarque, en effet, que les stations de petit-lait en Allemagne et en Suisse sont heureusement situés et très avantageusement partagées au point de vue métérologique, comme on pourra s'en convaincre en lisant le chapitre que M. Carrière a consacré à la géographie de ces stations. Toutefois, il en est deux auxquelles l'auteur accorde une prédilection marquée pour les phthisiques, c'est Fured, en Hongrie, et Rohrschach, sur le lac de Constance.

Mais, outre le climat, n'existe-t-il pas dans l'ensemble même des moyens qui constituent la cure séro-lactée, d'autres conditions propres à servir d'auxiliaires utiles au petit-lait? Oui, assurément. « Les médecins allemands, dit M. Carrière, insistent avec raison sur le régime. Le traitement et le régime sont inséparables, comme deux moyens nécessaires pour atteindre un même but. Les résultats prompts et complets dépendent de leur accord, de leur connivence pour la réalisation des effets qu'on veut produire. » Il est impossible de s'expliquer plus clairement, et l'on ne saurait rendre un témoignage plus favorable à l'utilité du régime comme adjuvant de la médication. Pour s'en convaincre mieux encore, il faut lire, dans l'ouvrage que nous analysons, le chapitre relatif à cette question. On verra avec quels soins, avec quelles précautions minutieuses les médecins allemands ont prévu et réglé tout ce qui concerne le choix et la quantité des aliments et des boissons, l'habitation, l'emploi du temps, l'exercice et le repos.

L'observance rigoureuse de prescriptions si sages et les conditions hygiéniques exceptionnelles où vivent les malades aident bien un peu, je l'avoue, à expliquer et à faire comprendre l'efficacité du petit-lait dans la phthisie pulmonaire et dans beaucoup d'autres affections chroniques.

Encore une autre circonstance qui doit puissamment venir en aide à la vertu curative de la liqueur séro-lactée : c'est que rarement les malades boivent le petit-lait pur. Soit pour en favoriser la tolérance, soit pour obtenir plus sûrement « l'effet qu'on se propose », on y mélange habituellement une eau minérale. M. Carrière convient lui-même « que c'est à cette médication complexe que le petit-lait doit, en partie, la renommée que lui a faite l'Allemagne ».

Comme les eaux minérales, le petit-lait s'administre en boisson et en bains. On prend le petit-lait, le matin à jeun, à la dose de 2 à 6 verres, à un quart d'heure ou à une demi-heure d'intervalle. M. Carrière recommande de procéder avec une grande modération pour le petit-lait de chèvre et de brebis, l'un et l'autre moins digestibles que celui de vache, et qui s'appliquent, surtout le dernier, à la cure de la phthisie pulmonaire.

« Sous la forme balnéaire, dit le même auteur, le petit-lait constitue réellement un instrument médical d'une grande puissance; pour cet usage, celui de brebis mérite la préférence sur les autres, à cause de sa richesse relative en composés salins. » Cependant encore ici, M. Carrière recommande d'associer les eaux minérales aux bains séro-lactés. « S'agit-il d'affections hyposthéniques? on complète le bain avec une eau minérale ferrugineuse. S'agit-il de scrofulose et des maladies cutanées qui sont une forme de cette diathèse? on emploie l'eau minérale sulfureuse. Veut-on combattre le rachitisme, les caries osseuses? on met à contribution l'eau salée. »

Les eaux minérales ne sont pas employées en Allemagne seulement à titre de précieux auxiliaires de la médication séro-lactée; elles le sont encore, sous le nom de *nach-tur* ou *après-cure*, comme moyen de traitement supplémentaire, « dans le but de compléter, de corroborer le traitement principal ». Tout cela démontre de plus en plus le rôle important que jouent les eaux minérales dans la cure dite de *petit-lait*.

« Qu'il s'agisse d'une station de la Suisse ou d'une station de l'Allemagne, la vraie saison s'étend depuis la fin de la première quinzaine de juin jusqu'au commencement de la seconde quinzaine de septembre. La durée de la cure est de six à huit semaines au plus. C'est court pour obtenir un résultat, ajoute M. Carrière. Non-seulement il est bien de la prolonger après quelque temps de repos, mais il est mieux encore de la continuer dans la ville où l'on se retire. »

La cure de raisin, en allemand *Traubenkur*, repose sur les mêmes principes que la cure de petit-lait. Le lien qui unit dans un rapport commun ces deux produits organiques, en apparence si différents, c'est qu'ils sont l'un et l'autre presque complétement dépourvus d'azote, qu'ils renferment un principe sucré tout à fait identique, et qu'ils sont minéralisés à peu près par les mêmes matériaux salins (phosphates, silicates, sulfates et chlorhydrates de magnésie, de chaux, de soude, de potasse, d'alumine, et fer oxydulé). Mais, dira-t-on, quelle analogie peut-il y avoir entre le sérum du lait et un suc qui, à la suite de métamorphoses chimiques, devient une liqueur caractérisée principalement par la présence de l'alcool?

M. Carrière, loin de reculer devant l'objection, la prévoit, la pose lui-même, et voici comment il y répond : « A ce point de vue, il est vrai, ces deux produits seraient séparés par des contrastes. Il faut considérer le petit-lait, comme nous l'obtenons; le raisin, tel que nous le récoltons, avec leurs sucres qui sont analogues et leurs sels qui le sont aussi; et alors, loin de s'étonner des ressemblances, on les acceptera avec les conséquences qu'elles comportent. » Cette réponse n'aura peut-être pas le privilége de satisfaire tout le monde. Aussi, j'estime qu'il vaut mieux, en ce cas, laisser de côté les interprétations qui pourraient paraître plus

ou moins hypothétiques, renoncer à des comparaisons théoriques, basées sur des analogies douteuses, peut-être même un peu forcées, et se contenter sagement des données expérimentales et de l'enseignement des faits. Or, qu'ont observé tous ceux qui ont étudié les effets du régime de raisin ? Suivant Lersch et Schulze, « la circulation s'active, un sentiment de bien-être et de force se répand dans l'économie; les sécrétions augmentent, les excrétions deviennent plus liquides et plus foncées; les fonctions de l'intestin se régularisent; la nutrition s'opère avec plus d'énergie, et un embonpoint très marqué est le dernier résultat de ces heureuses modifications fonctionnelles. » L'instinct des populations rurales n'avait pas attendu la sanction de l'observation scientifique pour constater l'ensemble de ces remarquables effets, et pour mettre à contribution le fruit de la vigne au profit de leur santé. Dans les contrées vignobles, on envoie les convalescents et les personnes faibles et amaigries à la vigne, dès le matin, pour y manger du raisin frais. Les oiseaux qui se nourrissent de raisin, dans la saison, acquièrent un embonpoint qui les fait très rechercher des chasseurs et des gourmets.

Au point de vue thérapeutique, la vertu capitale du raisin, dit M. Carrière, s'exerce sur une seule maladie de la manière la plus éclatante : c'est la diarrhée, et même la diarrhée la plus grave, tant sous la forme aiguë que sous la forme chronique. On trouve, dans l'ouvrage du docteur Schulze, un certain nombre de bonnes observations qui mettent ce fait hors de doute. Les médecins allemands, et avec eux M. Carrière, regardent aussi comme justiciables de la cure de raisin la pléthore abdominale, la pléthore hépatique, les engorgements de la rate, des gros vaisseaux et les hémorrhoïdes, les principales dyscrasies, comme la scrofulose, la tuberculose et la phthisie pulmonaire, les états hyposthéniques et les perturbations nerveuses qui les accompagnent.

Dans un chapitre spécial, où il compare les effets des cures de petit-lait, de raisin et d'eaux minérales, l'auteur s'efforce de poser d'une manière précise les indications de chacune de ces médications et de faire ressortir les avantages immenses qu'un habile praticien peut tirer de leur sage application et de leur concours mutuel, dans le traitement de certaines affections chroniques et de quelques maladies organiques ou constitutionnelles, particulièrement la scrofule et la tuberculose.

La cure de raisin consiste à faire, plusieurs fois par jour, des repas uniquement composés de ce fruit. On commence par une livre, et progressivement on augmente jusqu'à deux, trois et même six ou huit, limite à laquelle on s'arrête le plus ordinairement.

Ici, comme pour la médication séro-lactée, les malades sont soumis à de certaines conditions hygiéniques, très aptes à seconder puissamment les effets de la cure proprement dite. Entre autres prescriptions, je signalerai comme des plus salutaires, celle d'aller manger le raisin à la vigne même, en commençant le matin de très bonne heure. La nécessité de se lever de grand matin, d'aller respirer, dès l'aurore, un air frais et fortement oxygéné; ces excursions, répétées régulièrement à différentes reprises dans la journée, constituent assurément une série d'exercices on ne peut plus favorables au développement des forces et au rétablissement de la constitution.

On comprendra mieux encore l'efficacité de ces sortes de cures quand on saura qu'elles ont pour théâtre les bords du Rhin, dont les merveilles et les vignes ont été célébrées à l'envi par les poëtes, les romanciers, les touristes et les gourmets. Au nombre des meilleures stations, il faut citer principalement Armenhausen, Bingen, Boppart, Laubbech, Rudesheim et Saint-Goarshausen, dans la vallée du Rhin; Veytaux, Montreux et Aigle, dans le canton de Genève; Gleisweiler, Durckeim et Neustadt, dans la Bavière rhénane; Grunberg dans la Silésie prussienne; Krems, Kermpoldskirken, Vöslau et Baden, dans la vallée du Danube; Pressburg, en Hongrie; et enfin, dans le Tyrol, la station de Méran, que M. Carrière déclare incomparable pour son climat, son petit-lait et son raisin.

L'auteur, après avoir fait l'apologie des cures de petit-lait et de raisin, telles qu'elles sont pratiquées en Allemagne et en Suisse, consacre un long et intéressant chapitre à démontrer que le sol de la France, si riche d'établissements hydrologiques de premier ordre, pourrait aisément, grâce à la richesse de ses pâturages et à l'abondante variété de ses vignobles, « se couvrir de stations de petit-lait et de raisin, dont la valeur médicale ne le céderait en rien aux établissements de même genre dans les pays où ils sont le plus en honneur ». Nous sommes de l'avis de M. Carrière, et nous nous associons franchement à ses vœux pour que la France tire le meilleur parti possible, surtout au profit des malades, des immenses ressources dont la nature a doté la plus grande étendue de son territoire.

—Au moment où nous allons mettre sous presse, M. *Churchod* nous adresse une brochure intitulée : *Essai théorique et pratique sur la cure des raisins, étudiée plus spécialement à Vevey*. Nous regrettons que ce travail si consciencieusement fait, et qui est le résultat de douze années de pratique, nous arrive trop tardivement pour que nous puissions en donner une analyse détaillée. On pourra se faire une idée de l'importance de l'œuvre par la simple énumération des questions qui y sont exposées et résolues. M. Churchod étudie, dans autant de chapitres distincts, les diverses variétés de vignes cultivées en Suisse; la composition chimique des raisins le plus généralement employés pour l'usage médical; leur action physiologique; leurs effets thérapeutiques; les procédés de la cure et les moyens auxiliaires; enfin, après ces généralités, il consacre un chapitre particulier à l'étude médicale de Vevey, considéré comme lieu de cure et comme station de climat.

Relativement aux vertus curatives du suc de raisin, M. Churchod émet des opinions entièrement conformes à celles de M. Carrière; seulement il donne des renseignements plus précis encore sur les indications de ce traitement, et il entre dans des détails beaucoup plus complets sur « la manière de faire la cure. » Il parle notamment des bains de moût, dont l'efficacité paraît très avérée.

Toutefois, M. Churchod, avec une modestie qui l'honore, et avec cette sage réserve qu'il convient toujours d'apporter dans l'expérimentation thérapeutique, déclare que son livre n'est qu'un *essai*, et que l'étude chimique du raisin et l'observation clinique de ses effets ne sont pas encore assez étudiées pour que tout soit éclairci au point de vue théorique, et pour que, au point de vue pratique, l'action des raisins soit suffisamment dégagée de celle des adjuvants hygiéniques et diététiques de la cure. C'est bien là notre pensée, et ce sera aussi notre conclusion.

— « Je livre au corps médical un nouveau moyen de guérison. Je le confie à son expérience, à ses lumières, à l'esprit de progrès qui le distingue. » Ce moyen, c'est l'*hydrofère*; l'inventeur du nouveau procédé et l'auteur de la phrase précitée, c'est M. Mathieu (de la Drôme). Que dire de cette merveilleuse invention, après ce qu'en a dit, en pleine Académie, la voix si autorisée de M. le professeur Gavarret ? Il est clair qu'on ne saurait trop accorder d'éloges à un appareil qui, avec *trois* ou *quatre litres* de liquide réduits en poussière, remplace les *deux* ou *trois hectolitres* d'eau contenus dans une baignoire ordinaire, permet d'administrer, à *très peu de frais*, des bains composés dans lesquels entrent des substances d'un prix élevé, telles que l'iode, le mercure ou des essences aromatiques, et de soumettre les malades, en tout lieu et en toute saison, au traitement par les bains d'eau de mer et d'eaux minérales naturelles. Déjà les premières expériences, exécutées dans le service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis, ont été favorables au nouveau système de balnéation; nous ne doutons pas que les essais actuellement entrepris sur une plus grande échelle, par les soins de l'administration de l'assistance publique et sous la direction d'une commission académique spéciale, ne confirment les résultats déjà obtenus et ne justifient pleinement les louanges que M. Gavarret a données à l'hydrofère dans la séance du 1er mai dernier. A ces vœux, nous ajoutons des félicitations bien sincères pour M. Mathieu (de la Drôme), qui consacre si utilement au soulagement des malades les loisirs que lui ont faits les événements, et qui, mettant l'intérêt sacré de l'humanité au-dessus d'un intérêt purement financier, a soumis modestement son procédé balnéaire à la sanction du corps médical. A. Linas.

Recherches sur les dangers que présentent le vert de Schweinfurt, le vert arsenical, l'arsénite de cuivre, par A. CHEVALLIER, professeur à l'école supérieure de pharmacie. — Brochure in-8° de 60 pages. Paris, 1859, chez BAILLIÈRE (Extrait des *Annales d'hygiène publique*).

M. Chevallier a réuni dans ce travail la plupart des faits qui démontrent les dangers des verts arsenicaux, et les ordonnances et règlements relatifs à leur emploi. L'indication suivante des paragraphes dans lesquels sont distribuées ces matières suffit pour faire connaître les diverses circonstances dans lesquelles les couleurs arsénifères ont donné lieu à des accidents : 1° maladies des ouvriers qui travaillent le vert de Schweinfurt; 2° bonbons colorés par du vert de Schweinfurt; 3° papiers coloriés servant à envelopper des sucreries, etc.; 4° introduction de l'arsénite de cuivre dans la préparation des substances alimentaires; 5° sur les dangers que présenteraient les papiers de tenture; 6° couleurs placées entre les mains des enfants; 7° vêtements, fleurs, bracelets colorés avec le vert de Schweinfurt; 8° pains à cacheter colorés par le vert de Schweinfurt, nécessité d'en interdire la fabrication; 9° danger de brûler du papier arsenical; 10° dangers que présentent les couleurs arsenicales employées pour peindre les jouets, les cages, etc.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 30 juin 1860, et qui n'ont pas encore donné d'ordre contraire, sont prévenus qu'il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet 1860.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

« J'espère que la sagacité du lecteur corrigera les fautes d'impression qui se sont glissées dans mon article (n° 24, p. 383). Je n'aurais pas pris la détermination de vous écrire de nouveau si ma lettre à M. le président de l'Académie n'était présentée au public sous un jour inexact.

» Le titre que votre compositeur lui a donné semble indiquer que je porte la parole au nom de mes collègues, tandis que je ne parle qu'en mon nom personnel, heureux, d'ailleurs, si j'ai bien interprété les désirs des médecins attachés aux eaux minérales de France.

» Veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

» ALIBERT, inspecteur des eaux d'Ax. »

VI

VARIÉTÉS.

Nous apprenons que la Faculté de médecine de Montpellier, invitée à présenter deux candidats pour la chaire de physiologie vacante à la Faculté par la retraite du professeur Lordat, a placé en première ligne notre confrère M. Rouget.

— Un de nos très distingués confrères, M. le docteur J.-L. Saurel, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, ancien rédacteur en chef de la *Revue thérapeutique du Midi*, est mort en cette ville, le 10 juin, dans sa trente-cinquième année.

— M. le docteur Raynal de Tissonnière vient d'être nommé médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), et M. le docteur Doyon médecin-inspecteur-adjoint à Uriage (Isère).

— La reine d'Espagne vient de nommer M. le docteur A. Brierre de Boismont chevalier de l'ordre de Charles III, en récompense des plans adressés par ce médecin pour la construction projetée d'un asile d'aliénés à Madrid.

— La Faculté de médecine de l'université de Bruxelles vient de procéder au renouvellement de son bureau, pour l'année académique 1860-1861. M. le professeur Rossignol a été nommé président et M. le professeur Crocq a été continué dans ses fonctions de secrétaire.

— Un décret vient d'être rendu sur l'assimilation des grades de l'armée à ceux des officiers de santé militaires. Dans cette hiérarchie, les médecins-inspecteurs sont assimilés aux généraux de brigade.

— Conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aura lieu en 1860 dans l'intérieur de la France et en Algérie.

Sont chargés de cette inspection :

1er *arrondissement*. — M. Vaillant, président du conseil de santé des armées : Le 4e corps d'armée, moins la 17e division militaire (8e, 9e, 10e et 20e divisions territoriales).

2e *arrondissement*. — M. Maillot, membre du conseil de santé des armées : Les 5e et 6e corps d'armée, moins l'hôpital thermal de Vichy (11e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 18e, 19e et 21e divisions territoriales).

3e *arrondissement*. — M. Scrive : La place d'Alger; la partie de la division d'Alger, à l'ouest du méridien d'Alger; la division d'Oran (7e corps d'armée).

4e *arrondissement*. — M. le baron Larrey, membre du conseil de santé des armées : Le 1er corps d'armée (1re et 2e divisions territoriales, moins l'école du Val-de-Grâce).

5e *arrondissement*. — M. Hutin, membre du conseil de santé des armées : Les 2e et 3e corps d'armée (3e, 4e, 5e, 6e et 7e divisions territoriales, moins l'École de Strasbourg).

6e *arrondissement*. — M. Ceccaldi : La partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger, la division de Constantine (7e corps d'armée); la 17e division militaire.

M. Michel Lévy, directeur de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, inspectera l'école sous sa direction, l'École du service de santé militaire de Strasbourg et l'hôpital thermal de Vichy.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

ESSAI THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LA CURE DE RAISINS, étudiée plus spécialement à Vevey, suivi de quelques remarques sur les conditions hygiéniques de cette ville et de plusieurs tableaux météorologiques, par *H. Churchod*. In-8, Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

FORMULES FAVORITES DES PRATICIENS AMÉRICAINS VIVANTS LES PLUS DISTINGUÉS, traduit de l'anglais par *L. Noirot*. 1 vol. de 234 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 50

GALVANOTHÉRAPIE, OU DE L'APPLICATION DU COURANT GALVANIQUE CONSTANT AU TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES ET MUSCULAIRES, par le docteur *Robert Remak*, traduit de l'allemand par le docteur *A. Morpain*, avec les additions de l'auteur. In-8 de XX-467 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

MÉMOIRE SUR L'IODISME CONSTITUTIONNEL, présenté à l'Académie impériale de médecine le 11 janvier 1859, suivi d'un résumé de la discussion académique et d'un complément d'observations, par le docteur *F. Rilliet*. In-8 de 114 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, par le docteur *Félix Rochard*. In-8 de 404 pages. Paris, Adrien Delahaye. *Franco*, par la poste. 6 fr.

TRAITÉ DES TUMEURS DE L'ORBITE, par *Demarquay*. In 8 de VIII-584 pages. Paris, Victor Masson. 7 fr.

Thèses de concours pour l'agrégation en chirurgie, en vente chez Adrien Delahaye, à Paris :

DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS, par le docteur *Félix Guyon*. In-8 de 139 pages et 1 planche. 2 fr. 50

DE L'EMPYSÈME TRAUMATIQUE, par le docteur *Dolbeau*. In-8 de 92 pages. 2 fr.

DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ENCÉPHALE, par le docteur *Bauchet*. In-8 de 200 pages. 3 fr.

DES RUPTURES DANS LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LEUR TRAITEMENT, thèse de concours pour l'agrégation (accouchements), par le docteur *Mattei*. Grand in-8 de 92 pages. *Franco*. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr.— 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine ; de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. Prix : 24 francs par an.

TOME VII. PARIS, 6 JUILLET 1860. N° 27.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie, publiés par M. Ar. Verneuil, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. Fréd. Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir le numéro 24.)

Méthodes et procédés de ligature pour les polypes du nez et du pharynx. — Observations à l'appui ; Dejean, Hoin, Chabrol, Museux fils, Moreau.

Les observations de Taranget et d'Eustache sont les seules où il soit fait mention d'opérations préliminaires. A cette époque, les méthodes simples, c'est-à-dire l'arrachement, l'excision, la ligature, étaient seules en vigueur. On leur associait pourtant quelquefois la cautérisation et plus souvent encore l'introduction dans les fosses nasales de tentes, de mèches de charpie chargées de topiques divers et destinées à provoquer une suppuration prolongée sur laquelle on comptait beaucoup pour détruire les derniers vestiges de la tumeur. Nous allons rapporter plusieurs observations relatives à ces différentes méthodes et, en premier lieu, nous nous occuperons de la ligature dont on s'occupait beaucoup depuis la publication des différents mémoires de Levret et l'apparition de son livre.

Je possède cinq pièces relatives à la ligature, mais au lieu d'observations complètes, bien rédigées et concluantes, je ne retrouve que des notes écourtées, des faits de peu de valeur, et en revanche, des descriptions d'instruments et de procédés d'une intelligence assez difficile, et qu'on n'arrive réellement à comprendre que lorsqu'on est déjà bien au courant des procédés classiques décrits depuis longtemps. Ces documents ne militent pas beaucoup en faveur de la méthode et on conçoit que les chirurgiens d'alors, Desault, Brasdor, Boyer et d'autres se soient appliqués à perfectionner une opération toujours difficile et encore peu praticable à notre époque. Voici, par ordre de date, une observation, qui a trait, non pas à un fibrome naso-pharyngien, mais à un simple polype des fosses nasales; recueillie en 1749, elle fut adressée à l'Académie, le 15 octobre 1752.

FEUILLETON.

Réviviscence des animalcules. — Valeur de l'épreuve de la dessiccation artificielle (1).

S'il était démontré qu'un animal complétement desséché peut se ranimer en s'imbibant d'eau, la question des résurrections serait définitivement et affirmativement résolue. La vie exige nécessairement le concours simultané de l'eau et de la matière organisée; elle est anéantie aussi complétement par l'évaporation de l'une que par la putréfaction de l'autre. « Je ne connais, dit Fontana, que deux états dans l'animal qui puissent nous rendre certains qu'il est vraiment mort : l'un est la putréfaction totale de ses organes; l'autre est le desséchement absolu de ses humeurs. Le premier ôte la possibilité de toute fonction animale; le second détruit tout principe de mouvement.

» Le desséchement total des parties fluides et solides non-seulement empêche l'usage des organes, mais il amène jusqu'à l'immobilité absolue dans toutes les parties. Un animal dans cet état de desséchement total des parties, d'immobilité d'organes, est certainement mort selon moi, et il doit l'être pour tout le monde; autrement nous serions exposés à un pyrrhonisme capricieux et déraisonnable. Un poisson, par exemple, séché au soleil ou dans les étuves pendant vingt ans de suite et rendu plus dur que du bois, passerait encore pour vivant. J'avoue que je ne peux pas concevoir de vie sans action, ni d'action sans mouvement, ni de mouvement organique, lorsque les organes sont desséchés. Cet état est donc pour moi l'état de mort (1). »

Fontana était partisan de la doctrine des résurrections, et lors-

(1) Ce chapitre est extrait d'un remarquable rapport fait à la Société de biologie par M. Broca, au nom d'une commission composée de MM. Balbiani, Berthelot, Broca, Brown-Séquard, Dareste, Guillemin et Robin.

(1) Fontana, *Traité sur le venin de la vipère, sur les poisons américains*, etc. Florence, 1781, in-4, t. I, p. 325. Cet ouvrage a été écrit en français.

Observation sur un polype nasal, par M. DEJEAN, maître en chirurgie, à Orléans.

« Madame Damon, quarante-trois ans, des environs d'Orléans, m'écrivit le 6 avril 1749, que depuis deux ans elle était incommodée d'un ulcère dans le nez. Le pus qui en découlait était fort épais et s'encroûtait quelquefois au point de lui ôter la respiration. Obligée d'avoir toujours la bouche ouverte, elle était sujette à des maux de gorge violents. En se mouchant, elle sentait un tiraillement très douloureux répondant jusque dans les yeux; elle était, de plus, fréquemment atteinte d'érysipèle à la face.

Guérie par les saignées et d'autres remèdes, elle apprit d'un chirurgien qu'elle avait une excroissance qu'on proposa de détruire par l'arrachement ou de consumer avec des poudres. Elle n'eut pas plutôt commencé ce dernier moyen qu'elle fut prise d'érysipèle au visage. Elle arriva aussitôt à Orléans, et après m'avoir expliqué ce qui s'était passé, elle m'apprit égalemont qu'elle était souvent incommodée par des saignements de nez, à la suite d'un violent éternument survenu dans ce temps-là.

Je trouvai toute la narine droite remplie de pus concrété; celui-ci détaché avec un stylet, j'aperçus dans le fond une tumeur polypeuse rouge-brun, grosse comme le doigt, longue de près d'un pouce, et qui remplissait toute la narine. Elle était attachée à la partie postérieure et inférieure du cornet inférieur par plusieurs filets. Je dis à la malade que le mal était curable et qu'il fallait l'opérer. Je fis percer l'extrémité d'une petite pince à pansement, et pour conducteur je pris une sonde de femme. Je pris un fil de soie torse composé de deux brins et bien ciré; après avoir fait le nœud, je passai chaque chef de l'anse dans chaque ouverture de la pince et les assujettis à l'anneau correspondant pour éviter l'écartement des fils lors de la ligature. Je plaçai un autre fil pour les retenir près de l'articulation des pinces; ensuite je disposai les ouvertures de la sonde de façon à laisser rouler le fil sur son stylet comme sur celui du conducteur. Je saisis la tumeur avec une petite érigne, et je terminai l'opération suivant la méthode indiquée. J'eus, à la vérité, plus de peine, parce qu'il me fallut plus de temps pour dénouer chaque chef de la ligature. Il se répandit environ deux poëlettes de sang pendant le premier nœud, ce que j'attribuai à la rupture des racines du polype. Je fis alors mon second nœud avec la même attention.

La tumeur se gonfla, l'œil devint rouge et douloureux, mais les accidents se dissipèrent le lendemain; la malade s'alla promener le troisième jour, le cinquième, il lui prit un éternument violent qu'elle ne put retenir et qui chassa le polype, qu'il fut impossible de retrouver. En même temps, elle perdit environ une poëlette de sang. Une petite tente de charpie trempée dans l'eau vulnéraire fut placée dans le nez.

Je la vis trois mois après et la trouvai guérie; elle m'a assuré depuis qu'elle n'avait plus jamais été ni incommodée ni inquiète. J'ai eu de ses nouvelles ces jours-ci, elle se porte au mieux. »

Les caractères physiques assignés à la tumeur par Dejean font penser qu'il s'agissait de ce qu'on appelait alors polype charnu ou sarcomateux, peut-être cependant n'était-ce qu'un polype muqueux enflammé et induré par suite des applications irritantes qui avaient été faites et de la suppuration dont la surface avait été le siége. Le point important est la persistance de la guérison. Au reste, dans des cas de ce genre, et lorsque le polype est solitaire, toutes les méthodes peuvent avoir la même efficacité.

L'observation suivante se trouve dans une lettre adressée à Levret par Hoin (de Dijon), et datée du 6 décembre 1762. Je la ferai précéder de quelques renseignements.

Levret avait annoncé, dans le troisième volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, mais sans la décrire, une nouvelle méthode pour lier les polypes du nez. Hoin, qui avait alors à traiter un malade atteint de cette affection, écrivit une première fois à Levret pour lui demander des éclaircissements, lui promettant de l'instruire de l'issue de l'opération. Levret répondit en janvier 1762 qu'il appliquait aux polypes du nez l'instrument qu'il avait employé avec succès contre les polypes de la matrice et du vagin; toute la différence consistait dans le volume diminué de tuyaux et du fil d'argent; un seul tuyau même pouvait suffire, pourvu qu'il fût muni d'une petite cloison à son extrémité supérieure. Mais Hoin voyait deux défauts dans l'appareil instrumental : il craignait que le fil, éprouvant trop de difficulté à passer entre la tumeur et la paroi de la fosse nasale, ne fléchît, surtout si le polype était inégal et remplissait toute la cavité; puis il pensait qu'un tuyau assez long pour atteindre le lieu profond du pédicule tomberait sur la bouche et gênerait le malade jusqu'au moment de la chute de la tumeur. C'est pourquoi, 1° il imagina un nouveau conducteur tubuleux, contenant une tige centrale terminée par un crochet qui, suivant qu'il dépassait l'extrémité de la canule ou se retirait dans son intérieur, formait un anneau ouvert ou fermé, dans lequel on engageait l'anse métallique. Le fil, solidement retenu dans l'anneau, était conduit dans la profondeur jusqu'au pédicule; il suffisait, pour le rendre libre, d'ouvrir l'anneau en poussant le crochet. Un bouton attaché à l'extrémité de la tige intérieure et saillant à l'extérieur de la canule, faisait mouvoir ce mécanisme et pouvait, par conséquent, suivant le besoin, ouvrir ou fermer l'anneau terminal du conducteur.

2° Il composa le porte-anse destiné à la constriction de deux pièces, savoir : la canule proprement dite, contenant les deux chefs de l'anse et un manche donnant à l'instrument la longueur convenable, mais qu'on pouvait dévisser après l'opération. La canule ainsi allégée et raccourcie restait seule en place jusqu'à la section du pédicule. Des dessins joints au manuscrit représentant ces instruments qui ne manquent pas de quelque valeur et qui sont préférables à ceux de Levret; Hoin les utilisa dans la circonstance suivante.

Observation de polype nasal. — Ligature; guérison durable, par Hoin (de Dijon).

« Claudine Gérard, trente-six ans, domestique, portait depuis six mois un polype sarcomateux à la narine gauche. Hémorrhagie plus ou moins abondante tous les jours. La perte pouvait quelquefois atteindre plusieurs poëlettes en une heure. Je la vis à la fin de février 1762. Le polype sortait un peu de la narine, il remplissait toute la fosse nasale et gonflait

---

qu'il s'exprimait ainsi, il se croyait bien sûr d'avoir ranimé des rotifères parvenus à une dessiccation absolue. « J'en ai mis *un*, » dit-il ailleurs, sur une lame de verre que j'ai exposée tout un » été au grand soleil; il s'y est tellement desséché qu'il est devenu » semblable à une goutte de colle aride : cependant il n'a fallu que » quelques gouttes d'eau pour lui rendre le mouvement et la » vie (1). » Les adversaires de sa doctrine ont mis en doute l'exactitude de cette expérience. Ils ont soutenu que l'animal, malgré les apparences, n'était pas complétement sec; mais aucun d'eux n'a élevé la moindre contestation sur la vérité des principes exposés avec tant de netteté par le physiologiste de Florence. Tous ont reconnu que l'état de siccité absolue est un état de mort absolue. « La dessiccation tue infailliblement les rotifères, dit Rudolphi, et » leur résurrection est une pure fable qu'on répète l'un après » l'autre. La dessiccation détruit toute organisation (2). » « Une » dessiccation absolue tue irrévocablement l'animal, » dit Dugès (1). « Si quelques observateurs, dit Bory de Saint-Vincent, ont cru » faire revenir des animalcules en les remouillant, c'est parce qu'il » était resté assez d'humidité dans ces animaux ou autour d'eux » pour qu'ils ne fussent pas morts tout de bon (2). » « Il est né» cessaire, dit Ehrenberg, que les anguillules soient protégées » contre l'évaporation par une couche de mucus, et les rotifères » par une couche de sable (pour qu'ils puissent se ranimer). La » dessiccation véritable produit la mort (3). » Enfin MM. Pouchet, Pennetier et Tinel ont admis également, dans les mémoires qu'ils ont soumis à l'appréciation de la Société de biologie, qu'un animal absolument desséché est irrévocablement mort, et M. Pouchet, dans

(1) *Loc. cit.*, p. 92.
(2) Rudolphi, *Grundriss der Physiologie*. Berlin, 1821, Bd I, s. 285, in-8.

(1) Dugès, *Physiologie comparée*. Montpellier, 1838, in-8, t. I, p. 37.
(2) Article VIBRION de l'*Encyclopédie méthodique*. Paris, 1824, in-4, ZOOPHYTES, t. II, p. 775.
(3) Chr. Gott. Ehrenberg, *Die Infusionsthierchen als vollkommene Organismen*. Leipzig, 1838, grand in-fol., p. 495.

considérablement le nez. La portion visible était de couleur rougeâtre, lisse et ferme au toucher. La ligature fut faite le 27 février en présence de MM. Maret, Poinsolle, Leroux et de nombreux élèves.

L'anse métallique ayant reçu une dimension proportionnée au volume du polype, fut engagée dans le crochet du conducteur, qui fut converti en un anneau où elle glissait facilement. Les chefs furent introduits dans le tuyau porte-anse. Le polype fut engagé dans l'anneau formé par le fil, et celui-ci fut glissé jusqu'au pédicule à l'aide des deux instruments. Le porte-anse pénétra à un pouce de profondeur, et le conducteur à près d'un pouce et demi. Une résistance fit connaître qu'on était arrivé à l'attache du polype, qui partait de la cloison moyenne des narines. Poussant alors le bouton du conducteur, le crochet s'ouvrit et l'anse métallique fut dégagée. Le conducteur fut retiré, après quoi je tordis le fil, puis je lâchai l'instrument qui, restant suspendu au polype, l'attirait un peu en bas. Ensuite le manche fut ôté, de façon que le tuyau ne tombait plus sur la bouche. Je formai une nouvelle anse avec la portion excédante du fil, j'y passai un ruban que j'attachai de côté à la coiffe du malade, afin de soutenir le tuyau qui était presque tout entier dans le nez, et d'empêcher qu'il n'occasionnât un tiraillement incommode.

Le lendemain, le polype était un peu gonflé, et le côté du nez correspondant douloureux au toucher. Le manche fut réadapté au tuyau et on fit une nouvelle torsion. Le surlendemain, la tumeur était noire et déjà fétide; une troisième torsion en accéléra la chute, qui se fit dans la nuit, soixante heures après la ligature. L'anneau de l'anse était tellement rétréci qu'une tête d'épingle y passait à peine.

Le 2 mars la narine est nette. On fait aspirer pendant deux jours de l'eau animée de vulnéraire. La guérison fut complète dès ce moment.

J'ai vu plusieurs fois Claudine Gérard depuis la chute de son polype. Il ne lui en est pas revenu d'autre.

L'opération fut très facile et très prompte; le fil ne se rebroussa pas, quoique la narine fût étroitement appliquée sur le polype. Le conducteur qu'on promenait le long de l'anse lui ouvrait une large voie et lui conservait son même degré d'écartement. Après l'opération, nulle gêne de la part du tuyau porte-anse. La malade ne souffrit presque pas.»

La lettre se termine par des compliments adressés à Levret et par l'annonce de la construction d'un conducteur semblable pour les polypes utérins. « Je souhaite, dit Hoin, que vous approuviez les additions que j'ai faites à l'admirable instrument que vous avez imaginé. Je serais bien flatté que vous regardassiez mes idées comme un développement des vôtres. »

La pièce suivante, intitulée *Des polypes à base large*, se rapporte encore aux polypes des fosses nasales; elle fut envoyée à l'Académie à une époque que, faute de date, je ne puis préciser. Elle est suivie d'une courte note de Brasdor datée du 17 février 1780 et qui porte pour titre : *Rapport d'un instrument propre au traitement des polypes du nez, proposé par M. Chabrol, chirurgien major du corps du génie à Mézières.*

Voici le texte original :

« De toutes les excroissances qui arrivent dans la cavité nasale, il n'en est point de plus inquiétantes pour l'opérateur que celles qui se présentent sur une large base, à cause de la difficulté qu'on a de les opérer. C'est en conséquence de ce, que j'ai approprié à cette espèce l'instrument dont voici la description. Il ressemble à des forces (forceps, ciseaux) dont on se sert pour tondre les draps; sa partie moyenne est arrondie et forme ressort, afin d'embrasser plus aisément le polype. Les dimensions sont variables suivant le goût de l'opérateur; les branches sont convexes d'un côté, concaves de l'autre; elles ont trois pouces et demi de long, sur deux de large; elles vont en s'amincissant jusqu'à la pointe, qui n'a qu'une ligne de largeur; elles sont mousses, polies, et n'offrent à l'intérieur aucun tranchant.

» Vers le milieu de la longueur, les branches sont percées de trous à travers lesquels on passe un arbre vissé dont un des bouts est carré pour pouvoir s'adapter à une grosse clef de montre montée sur un manche, afin qu'on puisse le tourner commodément.

» Lorsqu'on se sert de cet instrument, il faut avoir soin en l'ouvrant d'approcher la partie convexe des branches le plus près possible de la base de la tumeur, afin de lui faire faire le plus de saillie. On fait ensuite agir la vis pour rapprocher les branches, ce qui fait l'office d'une ligature; le lendemain et les jours suivants, on serre la partie étranglée autant qu'on le juge à propos. Pendant le traitement, l'instrument se trouve fixé dans le nez et y reste jusqu'à ce que la portion liée soit détruite; on met à sa partie moyenne un cordon pour le soutenir et l'attacher au bonnet du malade.

« Mademoiselle Jenny Evrard (de Verdun) me fut adressée par M. Marestin pour la guérir d'un polype dans le nez; je le trouvai à base large et ne pus jamais le lier. La malade était prête à s'en retourner. Je l'engageai à demeurer jusqu'à ce qu'on eût fabriqué l'instrument dont j'avais dessein de me servir. Je l'employai avec tout le succès possible. La tumeur tomba le neuvième jour, et après sa guérison la malade retourna chez elle fort contente.

Une femme de la campagne et le domestique d'un officier qui étaient dans le même cas ont obtenu également leur guérison par l'application de cet instrument. »

«Dès le premier jour, les malades ont éprouvé un chatouillement dans le nez qui a excité l'éternument et provoqué un écoulement très abondant de matière séreuse et glaireuse; quelquefois il était si âcre, que l'entrée des narines et la lèvre supérieure en étaient altérées. Mais ce dégorgement leur fut si favorable qu'ils ne manquèrent pas d'en ressentir les bons effets.

» Lorsque les circonstances le requièrent, on peut aisément entretenir le suintement de la pituitaire en introduisant dans la cavité nasale un morceau de bougie emplastique d'André ou de Daran, qu'on assujettit avec une faveur au bonnet. Il provoque singulièrement l'écoulement des matières; on peut l'y maintenir une ou deux heures à des intervalles plus ou moins éloignés jusqu'à parfaite guérison. »

Cette note est mal rédigée et la description de l'instrument n'est pas assez claire pour que je sois sûr de l'avoir parfaitement comprise. Heureusement une figure beaucoup plus explicite que le texte, montre que l'instrument est composé de deux branches parallèles,

---

ses écrits ultérieurs, a plusieurs fois répété, sous diverses formes, que la vie est impossible sans eau (1).

Nous avons cru, messieurs, devoir multiplier les citations pour vous montrer que tous les physiologistes qui ont écrit pour ou contre les résurrections se sont trouvés ici parfaitement d'accord, et que tous, malgré la différence de leurs points de vue, ont admis, comme un axiome biologique incontestable, que la dessiccation complète est l'indice certain d'une mort complète. Cet axiome pourra donc servir de point de départ à des expériences dont il y aura lieu sans doute de discuter l'exactitude, mais dont personne ne contestera la signification, si elles sont une fois reconnues exactes.

Toutefois, si l'on est d'accord sur le principe, on est loin de s'entendre sur l'application qu'il en faut faire. Lorsqu'un animal arrive à la siccité absolue, la mort est désormais un fait accompli; mais dans l'évaporation graduelle qui le conduit à cet état, quel es le moment où la vie l'abandonne? Est-ce l'instant précis où la dernière molécule d'eau s'évapore? Est-ce celui où les organes, quoique encore très légèrement hydratés, sont arrivés à un degré de dureté et de solidité qui s'oppose à toute espèce de mouvement? En d'autres termes, il faut de l'eau pour maintenir la vie; mais suffit-il qu'il y en ait une parcelle quelconque, ou bien y a-t-il une limite au-dessous de laquelle le peu d'humidité qui reste ne peut plus empêcher l'animal de périr? Soit qu'on réfléchisse sur ce phénomène en particulier, soit qu'on le confronte avec les autres phénomènes physiques, chimiques ou organiques qui accompagnent les autres genres de mort, à la soustraction de l'oxygène qui entraîne la mort par asphyxie, à la suppression des aliments qui produit la mort par inanition, on est conduit à penser que la mort par dessiccation doit arriver avant la dessiccation complète, comme la mort par asphyxie arrive avant la désoxygénation absolue, comme a mort par inanition arrive avant que les liquides nourriciers oient entièrement privés de principes nutritifs. Cette opinion, qui

(1) Voy. en particulier la cinquième conclusion du mémoire de M. Pouchet, *Sur les animaux ressuscitants*. Paris, 1859, in-8, p. 87. — « La dessiccation complète, absolue, c'est la mort absolue. »

courbes sur le plat et s'effilant à leur extrémité libre ; elles sont réunies à l'autre extrémité par une lame courbe, élastique comme les ciseaux dont on se sert pour tondre les draps et les bestiaux. Vers la partie moyenne existe une vis de rappel qui, mue par une clef, peut porter au contact les extrémités des branches. Voici ce que dit Brasdor, qui a vu l'instrument : « Les branches agissent comme celles des pinces ou tenettes ; elles sont rapprochées par la vis. Une fois placées, elles serrent ce qu'elles pincent et avec permanence ; elles font donc l'office de ligature incomplète, mais tout le monde sait que souvent les polypes tombent, quoique les moyens de compression n'aient pas toujours été portés sur le pédicule, ni par conséquent agi sur sa circonférence. J'estime donc que cet instrument peut avoir son utilité et mérite d'être conservé. »

Ce n'est certes pas la valeur plus que médiocre des observations qui prouve l'efficacité de cet instrument et qui m'engage à exhumer le mémoire de Chabrol. Il puise son intérêt dans la méthode particulière de section lente dont il renferme, je crois, la première mention précise ; quoique voisine de la ligature comme action et comme résultat, cette méthode mérite d'être étudiée à part, comme agent de division des tissus par pression, sans étranglement circulaire ; l'entérotome de Dupuytren se rattache à ce principe ainsi que ce qui a été décrit récemment sous le nom de *section mousse*. Au reste, l'idée de diviser par pression latérale le pédicule des polypes a déjà à ma connaissance été deux fois rééditée.

En 1845, la *Gazette médicale* publiait l'extrait d'un travail de M. Malinverni qui, après avoir saisi un polype avec la pince destinée à l'arrachement, eut l'idée de maintenir l'instrument en place à l'aide d'un lien passé dans les anneaux ; plus tard, une pince spéciale fut construite et munie d'une vis de pression près de ses anneaux.

M. Letenneur, chirurgien distingué de Nantes, agit d'une manière analogue dans un cas beaucoup plus grave, car il s'agissait cette fois d'un polype fibreux naso-pharyngien qui avait été traité inutilement par l'arrachement ; la ligature était impossible ; M. Letenneur eut alors l'idée d'employer de longues pinces analogues à l'entérotome de Dupuytren, mais plus minces, plus mordantes, et courbes pour s'adapter à la voûte des fosses nasales.

Le polype fut détruit après plusieurs applications. L'observation très intéressante et très complète, d'ailleurs, se trouve dans la *Gazette des hôpitaux* (4 janvier 1859), l'opération fut pratiquée dans l'automne 1856.

La persistance avec laquelle les chirurgiens reviennent à l'idée de la section par pression latérale dans le traitement des polypes, indique que cette idée peut trouver quelques explications utiles, et sans avoir en aucune façon l'idée de diminuer le mérite des deux praticiens que j'ai cités, il m'a paru intéressant de montrer jusqu'à quelle époque remonte la première trace de ce procédé.

Lettre de Museux fils (de Reims), à M. Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie.

Elle est datée du 4 octobre 1782, et accompagnait l'envoi d'un instrument pour lier les polypes de la gorge. Aucune description n'est donnée ; l'auteur dit seulement « qu'il l'imagina d'après les tuyaux courbes de M. Levret » et l'employa dans le cas suivant :

C'était un enfant de dix ans qu'on avait déjà essayé de guérir dans une autre ville avec les tuyaux droits, dont les ligatures ont été cassées à diverses reprises. Le polype, d'une consistance squirrheuse, avait un pédicule très gros et placé très haut ; son corps était partagé en plusieurs appendices desquels je n'ai pu parvenir à lier que deux, la patience ayant manqué au malade. A mesure qu'il en tombait un il en reparaissait un autre, comme dans une des observations de M. Manne. La narine gauche, la fente nasale étaient aussi garnies de ces excroissances. Il y en avait même une qui passait derrière l'os maxillaire et venait former à la joue une tumeur de la grosseur d'une noix. Je liai le polype du nez avec le tuyau de M. Levret. Au bout de trois jours, il était tombé. J'aurais désiré faire la ligature de tout ce qui paraissait à la gorge avant de regarder ce malade comme incurable, mais l'indocilité de l'enfant s'y opposa. J'espère mieux réussir sur de meilleurs sujets. J'aurais la plus grande satisfaction si vous jugiez digne de quelque attention cet instrument, par lequel on jouit de l'avantage de se servir de la ficelle seule.

Suivent les protestations et les compliments d'usage.

Brasdor, le 12 décembre 1782, fit son rapport ; il ne décrit pas l'instrument en question, mais il ne le juge pas nouveau. Il réclame même en termes assez acerbes la propriété totale de l'instrument pour M. Levret, en renvoyant à la page 293 du *Traité sur la cure radicale de plusieurs polypes*, 1749, où on lit, à propos de la ligature des polypes de la gorge : « *J'avais fait donner au porte-anse ou serre-nœud, la longueur et la courbure nécessaires pour porter une ligature au fond de la gorge.* » Museux se félicitait de pouvoir se servir de la ficelle seule. Brasdor n'est pas encore de cet avis. « Il n'est pas possible, dit-il, qu'une anse préparée avec une matière flexible comme le fil, étant portée dans la bouche, lieu humide et où se passent des mouvements involontaires, conserve son diamètre ouvert pour embrasser la masse sur laquelle on doit la conduire, ce qui serait cependant nécessaire dans tous les cas où l'on ne pourrait saisir le polype avec des pinces et surtout quand le polype caché au haut du pharynx, derrière le voile du palais, n'est aperçu ni par le nez, ni par la bouche. »

Brasdor, enfin, critique le fond même du procédé et de l'observation. Pour la seconde fois, il nous dit qu'il n'est pas toujours nécessaire que la ligature soit portée jusqu'à la base du pédicule des polypes pour que ces excroissances se flétrissent et tombent ; mais que cependant le moyen de constriction ne doit pas être trop éloigné de la racine. La première de ces assertions semble avoir été créée en prévision de l'application difficile et défectueuse de la ligature. Elle date de Levret qui l'avait émise d'après ce qu'on

---

est celle des résurrectionistes, a été partagée aussi par leurs principaux adversaires, et c'est ce que va nous montrer l'exposé des explications émises par ces derniers pour rendre compte de la conservation de la vie chez des animaux en apparence desséchés.

Leeuwenhoek assista plus d'une fois aux phénomènes curieux qui accompagnent l'évaporation graduelle de l'eau où nagent les rotifères. « Hunc vero comperi, dit-il, ubi omnis fere exhalaverat » aqua, adeo ut animalculum sese non amplius aquæ immergere, » atque in ea circumvolvere posset, tunc sese componere in figu- » ram ovalem, atque eo in statu remanere ; nec animadvertere » potui humores ex talis animalculi corpore exhalare, figuram enim » ovalem *atque rotundam* illæsam servabat (1). »

Ainsi l'animal, une fois roulé en boule ovalaire, conservait ensuite sa forme et ses dimensions, y compris son épaisseur. Leeuwenhoek, en s'exprimant ainsi, avait sous les yeux des rotifères conservés à sec depuis cinq mois entiers. Il supposa donc que la peau des rotifères devenait comparable à l'enveloppe dure et imperméable des œufs de papillon. « ... Pariter horum animalculo- » rum cuticulas ex tam solida conflatas esse materia, ut, ne mini- » mam quidem permittant exhalationem. *Quod si sese aliter haberet*, » asserere non vereor, hæc animalcula, cœlo admodum arido, » omni aqua destituta, *necessario omnia esse emoritura* (1). » On pouvait objecter, contre cette explication, qu'une enveloppe imperméable de dedans en dehors devait l'être aussi de dehors en dedans, et que l'animal plongé dans l'eau au bout de quelques mois aurait dû rester insensible au contact de ce liquide. Leeuwenhoek prévit sans doute l'objection, et parut croire que l'intervention de l'activité de l'animal n'était pas étrangère à la rentrée de l'eau.

« Lorsque la terre se dessèche, dit-il dans une lettre datée du

(1) Ant. a Leeuwenhoek, *Epistolæ ad societatem regiam anglicam, seu continuatio arcanorum naturæ.* Lugd. Batav., 1719, in-4, epist. 144, p. 388. — La lettre est datée du 8 février 1702.

(1) Pages 389-390.

observe dans les polypes utérins et a été adoptée pour les polypes naso-pharyngiens, quoique ces deux affections diffèrent radicalement. Elle s'est transmise fidèlement d'auteur à auteur jusqu'à nos jours, quoique sa démonstration laisse encore à désirer.

Enfin, Brasdor reproche à Museux de n'avoir pas seulement dit s'il avait opéré par le nez ou par la bouche. Aussi trouve-t-il que cet essai a été incomplet et ne prouve rien, ce qui est également mon avis.

Si j'ai rapporté ce document, c'est pour montrer où en était la ligature comme méthode, avant Desault et Brasdor. Elle avait grand besoin d'être perfectionnée vers 1780, pour les polypes naso-pharyngiens, puisque après lui avoir consacré des livres et des méditations, les chirurgiens ne sont arrivés à en faire qu'une méthode bien infidèle, pour ne pas dire plus.

Bien rédigée ou non, l'observation de Museux fils compte aux insuccès de la ligature. Le dernier document que j'ai trouvé sur cette méthode émane d'un chirurgien célèbre de la province, de Moreau (de Bar-le-Duc) ; il est sans date, postérieur sans doute aux précédents, et accompagné d'un rapport de Lassus, daté du 3 décembre 1789.

La note manuscrite a pour titre : *Sur une nouvelle manière de faire la ligature des polypes de la matrice et du nez*. A cette époque, en effet, on appliquait les mêmes instruments et les mêmes procédés aux tumeurs pédiculées développées dans les cavités utérines et olfactives, sans tenir un compte suffisant des différences considérables des tumeurs et des régions en question. Moreau envoyait en même temps divers instruments qu'il avait modifiés et la description de la manière de s'en servir. Au dire de Lassus, les pinces de Moreau ressemblaient beaucoup à celles qu'avait imaginées Lecat et qu'on trouve figurées dans l'ouvrage de Levret, et un autre instrument destiné à servir de serre-nœud, offrait une parenté marquée avec la double canule du même Levret.

Au reste, Moreau dit modestement, en parlant de ses idées et de sa pratique : « Cette méthode est un composé de plusieurs, qui sont indiquées dans quelques auteurs, dans lesquelles j'ai reconnu beaucoup d'inconvénients qui les rendaient souvent impraticables. En assimilant mes idées avec celles qui m'étaient connues de plusieurs méthodes informes, je pense en avoir fait une qui réunit les avantages de toutes, sans en avoir les inconvénients. »

Le mémoire ne contient pas d'observations ; l'auteur dit seulement qu'avec sa méthode il a toujours vu les polypes nasaux tomber du quatrième au sixième jour, et les utérins n'ont jamais passé douze jours.

L'absence de faits cliniques et l'importance assez médiocre, en somme, des modifications opératoires et instrumentales m'ont paru un motif suffisant pour ne pas reproduire le travail de Moreau et pour en donner seulement l'indication. J'extrais du rapport quelques réflexions fort judicieuses : « Les polypes du nez que M. Moreau a liés avec ses instruments, dit Lassus, étaient sans doute du petit nombre de ceux qui ont leur implantation près l'ouverture des narines et qui se prolongent au dehors jusque sur la lèvre supérieure. Dans ce cas, il est facile même par les procédés les plus simples de lier un tel polype assez près de sa racine ; mais lorsqu'il est situé profondément, lorsqu'il remplit la cavité du nez, il ne paraît guère possible de faire mouvoir dans un lieu étroit et tortueux les instruments que l'auteur présente, et d'embrasser avec un fil ciré la racine d'une tumeur dont on ne peut voir ni toucher toute l'étendue. Il ne s'agit point ici des polypes du gosier dont M. Moreau ne parle point. Quant à ceux de la matrice, etc., etc. »

A cela se borne tout ce que j'ai trouvé sur la ligature des polypes, tant des fosses nasales que du pharynx. Les résultats, comme on le voit, ne sont pas brillants, surtout peu concluants en ce qui touche en particulier les polypes de la gorge. On s'attachait déjà à inventer des instruments et des procédés, et l'on sait que cette fécondité n'a fait que s'accroître jusqu'à une époque qui n'est pas bien éloignée de nous.

Les pièces que je viens de reproduire montrent encore que la ligature jouissait d'une assez grande faveur pour les polypes nasaux proprement dits ; depuis elle a été complétement remplacée par l'arrachement. Les procédés actuels de ligature extemporanée permettraient peut-être de revenir, dans certains cas, à la section mousse de polypes nasaux très vasculaires auxquels l'arrachement convient mal. Le fil métallique ou une fine chaîne seraient conduits vers le pédicule par les procédés à l'aide desquels on effectuait la ligature ordinaire, et c'est pour cela qu'il est bon de conserver la description de ces procédés, en abrégeant ce qui est relatif à la constriction progressive du fil exécutée actuellement en un temps très court et par des mécanismes très parfaits.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la colique sèche, par le docteur Lefèvre, directeur du service de santé de la marine au port de Brest.

A M. LE DOCTEUR DUTROULAU, PREMIER MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE EN RETRAITE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je savais, depuis quelque temps, que vous vous occupiez du compte rendu de mon ouvrage sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, et j'attendais avec impatience le moment où vous le publieriez.

La longue expérience que vous avez acquise des maladies équatoriales ; l'étude spéciale que vous avez faite de la colique dite végétale ; les raisons qui, autrefois, vous ont porté à repousser l'idée que le plomb pût avoir une influence quelconque sur sa

---

» 3 novembre 1703, ils se contractent en figure ovalaire, et les » pores de leur peau sont si bien fermés qu'ils ne respirent plus » du tout : c'est ainsi qu'ils se conservent jusqu'à ce qu'il pleuve ; » alors *ils ouvrent leurs corps* et jouissent de l'humidité. » *The pores of their skin are so well closed that they do not perspire at all, whereby they preserve themselves till it rains, upon which they open their bodies and enjoy moisture* (1). Dans une troisième et dernière lettre, qui ne figure pas plus que la précédente dans la collection de ses œuvres, l'illustre micrographe hollandais revint encore une fois sur la surprenante propriété des rotifères, qu'il avait vus revivre après plus de vingt et un mois de dessiccation. « Quand il ne resta plus d'eau, dit-il, ils se fermèrent en figure » globulaire, *they closed themselves up in a globular figure...* Au » bout de deux jours, je versai un peu d'eau dans le tube, et » après une demi-heure environ, *ils commencèrent à ouvrir et à* » *étendre* leurs corps, *they began to open and extend their bodies* (1). »

Il est permis de croire, d'après ces citations, que Leeuwenhoek n'attribuait pas l'humectation du rotifère à un phénomène d'imbibition pure et simple ; cet animal, suivant lui, fermait son corps pour échapper à la sécheresse extérieure, et le rouvrait pour jouir de l'humidité. Cela supposait non-seulement qu'il conservait toujours une certaine quantité d'eau, mais encore qu'il en conservait une quantité très notable, si même il ne la conservait toute ; ses muscles ne perdaient ainsi ni leur souplesse, ni leur contractilité volontaire, de telle sorte qu'on ne pouvait pas même lui appliquer ce vers du poëte latin :

Vivit, et est vitæ nescius ipse suæ.

M. Ehrenberg a renchéri encore sur l'opinion de Leeuwenhoek. « Le sable et la mousse, dit-il, garantissent aussi bien les ani-

(1) Ant. a Leeuwenhoeck, *A Letter concerning the Worms observed in Sheeps-Livers and Pasture Ground*, dans *Philosophical Transactions*, n° 289, 1704, vol. XXIV, p. 1527.

(1) *A Letter concerning Animalcula on the Root of Duck-Weed*, dans *Philosophical Transactions*, n° 295, 1705, vol. XXIV, p. 1784 et suiv.

production, augmentaient mon désir de connaître le jugement que vous alliez porter sur une question d'étiologie dont la solution intéresse la santé des marins et des populations intertropicales. C'est donc avec un très grand intérêt que j'ai commencé la lecture du travail que vous avez fait insérer dans le numéro 10 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

J'avoue que les réflexions que vous a inspirées la lecture des différents chapitres de mon livre et que vous exposez dans l'ordre de succession où elles vous sont venues; l'insistance que vous mettez à atténuer ou à contester la valeur ou la portée des faits que j'ai recueillis; le peu de foi que vous manifestez à l'égard des documents que j'ai consultés; l'inexactitude ou les erreurs que vous reprochez à mes analystes, me paraissaient d'un fâcheux augure à l'égard de votre appréciation définitive de l'ensemble de mon travail; aussi est-ce avec un vif sentiment de surprise et de satisfaction que j'ai pris connaissance du paragraphe où vous approuvez les conseils que j'ai donnés et où vous voulez bien reconnaître l'utilité de mon livre sous le rapport du service qu'il rend à l'hygiène navale et pour lequel, dites-vous, la marine entière ne saurait m'être trop reconnaissante. Une appréciation aussi pleine de bienveillance, de la part d'un homme compétent comme vous l'êtes, m'honore infiniment, et j'éprouve le besoin de vous en exprimer toute ma gratitude. Votre jugement a d'autant plus de prix à mes yeux que nous ne professons pas les mêmes idées sur la nature de la maladie qui fait l'objet du débat.

Permettez-moi cependant, monsieur et honoré confrère, de veus soumettre quelques observations sur la partie agressive de ce compte rendu, afin de justifier mon travail des réflexions qu'il vous a suggérées. Peut-être parviendrai-je à rendre plus clairs les passages qui vous paraissent obscurs, et à justifier quelques-unes de mes assertions qui vous semblent entachées d'inexactitude ou d'exagération.

Je tiens surtout à repousser les imputations d'infidélité ou d'erreur que vous formulez contre les officiers de santé dont j'ai consulté les souvenirs ou qui ont bien voulu me prêter leur concours, car je ne puis laisser mettre en doute leur bonne foi et leur loyauté.

J'apporterai dans cette réponse la réserve que m'inspire votre caractère grave et courtois; j'aime à croire que vous n'y trouverez rien qui puisse porter atteinte à votre honorabilité bien connue, désavouant à l'avance tout ce qui pourrait blesser votre susceptibilité.

Le premier paragraphe du compte rendu indique la pensée qui vous a dirigé dans sa rédaction, et le but que vous vouliez atteindre en la poursuivant. Vous avez cru que si vous parveniez à prouver l'endémicité de la colique sèche dans les régions torrides, vous pourriez affirmer qu'elle est due à l'influence de l'air et du sol de ces régions qui, seules, ajoutez-vous, peuvent expliquer l'endémicité.

Vous oubliez sans doute que les causes des endémies peuvent aussi dépendre des mœurs et des coutumes des pays où on les observe, et que c'est par cette raison qu'on a proposé de les diviser en endémies par infections et en endémies par influences hygiéniques; parmi ces dernières, ne classe-t-on pas celles qui peuvent dépendre de la nature des eaux, de la mauvaise qualité des substances alimentaires ou des boissons? N'est-ce pas à l'usage de certaines eaux crues, séléniteuses ou chargées de magnésie, qu'on attribue, à tort ou à raison, l'endémicité du goître dans les régions alpestres? au mélange de l'ivraie ou de l'ergot aux céréales, celle de la gangrène sèche dans la Sologne? à une altération du maïs nommé *verdet*, la permanence de la pellagre dans les landes de Gascogne? Pour nous rapprocher davantage de la maladie qui nous occupe, n'était-ce pas à l'usage continu des vins acerbes, des bières ou des cidres altérés qu'on attribuait, dans le dernier siècle, le développement de ces endémies dénommées alors *colique du Poitou*, *colique de Normandie*, *colique du Devonshire*, du nom des provinces où on les observait, et qu'on a reconnues depuis être le résultat d'une altération saturnine de ces différentes boissons. N'est-il donc pas possible d'admettre que dans nos colonies, sous l'influence d'une température constamment élevée, les composés plombiques, qui peuvent, à l'insu de tout le monde, se mêler aux boissons, aux substances alimentaires, ne soient souvent la cause de ces coliques graves, offrant le caractère d'endémicité auquel vous attachez une valeur si grande? N'eût-il pas été préférable, dans l'intérêt de l'opinion que vous soutenez, que vous eussiez pu affirmer que les préparations saturnines sont totalement étrangères à leur production; que les habitants, instruits du péril qui les menace, ont appris depuis longtemps à s'en garantir; que les autorités, dont la mission est de se préoccuper des dangers que peut avoir pour la santé publique l'emploi de certaines substances toxiques dans les usages domestiques, font observer, dans les localités qu'elles administrent, les sages dispositions des ordonnances de police destinées depuis peu d'années, à les prévenir d'abord à Paris et peu à peu dans les départements où les préfets s'empressent tour à tour de les faire publier. Si j'ajoute foi aux renseignements que j'ai recueillis, il vous serait difficile de rendre un pareil témoignage; car dans la plupart des colonies où les eaux pluviales servent aux besoins des habitants, on ignore les altérations qu'elles peuvent éprouver en coulant sur des toitures métalliques ou enduites de peintures diverses, et l'on ne prend aucun soin pour les prévenir; on méconnaît les inconvénients qui peuvent résulter de la filtration et de la conservation de ces eaux dans des vases ou réservoirs où sont adaptés des opercules ou des tuyaux de plomb, comme j'en ai signalé un exemple remarquable constaté à la Guadeloupe.

Dans toutes nos possessions équatoriales, l'industrie des confiseurs, des pâtissiers, restaurateurs, marchands de vins ou de comestibles, distillateurs et fabricants de sucre, s'exerce en toute liberté, sans qu'on se préoccupe du choix des substances qu'ils emploient, de la qualité et de la nature des vases dont ils se servent, du degré

» malcules contre la dessiccation qu'un épais manteau de laine » garantit l'Arabe de la chaleur brûlante du soleil... Leur vie n'est » pas interrompue; ils continuent à remplir leurs fonctions et à se » reproduire, de telle sorte que les rotifères et les tardigrades que » faisait admirer M. Schulte dans son sable n'étaient que les ar- » rière-petits-enfants de ceux qu'il avait recueillis quatre ans au- » paravant (1). »

Bory de Saint-Vincent admet que le rotifère en état de mort apparente continue encore à respirer. « On doit deviner, par tout ce » que nous avons dit de leur cœur et de leurs branchies, qu'il n'y » a pas plus en eux possibilité de résurrection après la mort que » chez tout autre animal où *la respiration est une condition indis-* » *pensable d'existence* (2). »

(1) Ehrenberg, *Die infusionsthierchen*, p. 494 et 495.

(2) Bory de Saint-Vincent, article ROTIFÈRE du *Dictionnaire classique d'histoire naturelle*, t. XIV, p. 683, Paris, 1828, in-8. — Lorsque Bory écrivait ces lignes, il y avait longtemps déjà qu'on savait que le prétendu cœur des rotifères n'est qu'un sac contractile qui fait partie de l'appareil digestif.

M. Pouchet, muni d'instruments plus puissants que ceux de Leeuwenhoek, et meilleur observateur en cela qu'Ehrenberg et Bory de Saint-Vincent, n'a pas pu partager les illusions de ces savants sur la quantité d'eau que conserveraient dans leurs organes les animaux réviviscibles, et sur les fonctions actives qu'ils accompliraient encore dans leur état de mort apparente. Il admet que chez ces animaux les fonctions vitales sont en grande partie suspendues, et qu'il ne reste dans leur corps qu'une très petite parcelle d'humidité; mais il ne pense pas pour cela que la vie doive se maintenir jusqu'à l'évaporation de la dernière molécule d'eau. « Plus la dessiccation est poussée loin, dit-il, plus la prétendue » faculté de réviviscence s'anéantit rapidement. On peut obtenir » ce résultat par plusieurs moyens, *car la dessiccation absolue n'est* » *pas même essentielle pour l'atteindre* (1). »

Ainsi donc, messieurs, tous les savants qui ont combattu d'une manière sérieuse la doctrine des résurrections ont admis directe-

(1) Pouchet, *Actes du Muséum d'histoire naturelle de Rouen. Nouvelles expériences sur les animaux pseudo-ressuscitants.* Rouen, 1860, grand in-8, p. 8.

de pureté des étamages et de celui des alliages des vases d'étain destinés à contenir ou à mesurer les boissons. Dans les ménages, on méconnaît le plus généralement l'influence que la mauvaise qualité et le peu de solidité des vernis dont on recouvre les poteries communes, dont l'usage est si répandu parmi le peuple, peuvent exercer sur les substances avec lesquelles on les met en contact. Nous possédons assez de faits recueillis en France, et particulièrement en Espagne, prouvant l'altération rapide de ces vernis plombifères sous l'action des liqueurs et des aliments acides, pour n'avoir aucun doute sur la part qu'ils peuvent avoir dans la production de ces coliques, qui paraissent endémiques dans certains pays où elles ne se développent habituellement, comme vous l'avez observé aux Antilles, que sous la forme sporadique.

Vous voyez donc, monsieur et honoré confrère, qu'à terre, dans les régions équatoriales, il faudrait aussi se préoccuper de l'influence des produits saturnins dans la génération des coliques sèches, avant d'affirmer qu'elles dépendent exclusivement de l'action combinée de tous les éléments de la météorologie.

Vous commencez l'analyse de mon livre, et le premier passage qui soulève votre critique est ce que j'ai avancé au sujet de l'opinion du professeur Raoul, sur la nature saturnine de la colique des pays chauds. Vous prétendez que ce n'est pas pendant son séjour à la côte d'Afrique qu'il a conçu cette opinion, et qu'elle ne lui est venue que longtemps après. Quoique cette objection ait peu d'importance pour la solution de la question qui nous divise, je tiens à rétablir l'exactitude de mon assertion, puisqu'elle est basée sur le passage suivant d'une lettre écrite par ce médecin au président du conseil de santé, à Brest, le 31 décembre 1846 : « Sous » forme de colique, de paralysie, de coma, de délire, cette ma- » ladie, sauf sa plus grande gravité, est tellement identique avec la » maladie saturnine, qu'on est tenté de lui assigner la même » cause. » C'est donc sur les lieux mêmes où régnait la colique sèche, et sous l'influence de ses premières impressions que Raoul avait cru à sa nature saturnine ; aussi repoussait-il, dans la même lettre, l'idée qu'on pût l'attribuer aux influences du climat, faisant observer, avec raison, qu'elle frappe plus particulièrement les hommes vivant dans l'intérieur du navire, et qui subissent, à un bien moindre degré que les matelots, l'action des vicissitudes atmosphériques.

Vous contestez ensuite la valeur pathognomonique que, avec la plupart des médecins de notre époque, j'attribue aux symptômes principaux de la colique des pays chauds : liséré bleu des gencives, paralysie des muscles extenseurs du poignet et de la main, insensibilité des muscles à l'excitation faradique, etc. C'est une question d'appréciation dont tout médecin peut être juge, et je crois n'avoir rien à ajouter à ce que j'ai dit à ce sujet dans mon livre. Je ne comprends pas cependant comment, admettant que le liséré ardoisé soit un signe d'intoxication saturnine, vous puissiez en contester la signification lorsqu'il coexiste avec les symptômes d'une maladie de plomb. Vous dites, il est vrai, que le silence gardé par tous les observateurs qui ont écrit jusqu'à ce jour sur la colique sèche, au sujet de la présence de ce signe, est en rapport avec son absence complète, signalée par beaucoup d'entre eux, et qu'il témoigne de sa rareté, et par conséquent du peu de valeur qu'on doit lui donner.

Je ne sais si ce silence doit être regardé comme une preuve de la non-existence de ce signe important dans la plupart des cas où l'on a négligé d'en faire mention, ou s'il ne dépendrait pas plutôt du peu d'empressement qu'on a mis pendant longtemps à le rechercher. Il est positif que plusieurs médecins de la marine m'ont déclaré que, dans la conviction où ils étaient autrefois que la colique sèche avait sa cause dans une influence climatérique, ils ne s'étaient nullement préoccupés de la recherche d'une autre cause que l'examen des gencives aurait pu leur dévoiler. Mais depuis que leur attention a été dirigée vers ce symptôme, la constatation du liséré est devenue moins rare, et, par suite, la démonstration d'une intoxication saturnine leur a été plus facile. C'est à cet examen, me disait l'un d'eux, que j'ai dû reconnaître la nature saturnine des coliques qui atteignirent les chauffeurs du *Darien* pendant que nous naviguions dans la Méditerranée, en 1859, que je n'aurais pas manqué autrefois de classer parmi les coliques sèches. Ces hommes avaient manipulé, peu de jours avant, de fortes quantités de mastic au minium. C'est par la constatation du même signe, me rapportait un autre, que je suis arrivé à démontrer que la colique sèche dont fut atteint, au mois d'août 1859, l'infirmier du transport *la Perdrix*, avait été déterminée par l'usage longtemps continué de la vaisselle d'étain destinée au service des malades.

Quant au degré de fréquence du liséré sur les hommes admis à l'hôpital de Brest pour y être traités de la colique sèche, depuis le mois de juillet 1857, époque où je me suis appliqué à le faire constater, voici des chiffres qui permettront de l'apprécier : sur 106 cas il a été signalé 72 fois. Au mois d'août 1859, sur 27 hommes provenant du transport-hôpital *l'Amazone*, je l'ai observé 15 fois ; sur 11 hommes débarqués de *l'Audacieuse* à la même époque, et provenant de l'Indo-Chine, de Madagascar ou du Sénégal, il s'est montré 8 fois. Quant aux causes, sur le premier navire, on avait, pendant la traversée, reconnu la présence du plomb dans l'eau fournie par la cuisine distillatoire. Cette analyse, répétée à Brest, donna un résultat identique, et le même examen de la manche en toile adaptée à l'extrémité du conduit éjecteur prouva que le tissu de cette manche contenait une assez forte proportion de plomb et de cuivre que lui avait abandonnée, pendant cinq mois d'usage, l'eau qui l'avait traversée.

Comme dernière preuve de la fréquence du liséré gengival sur les hommes atteints de colique sèche, depuis qu'on y fait attention, je vous citerai des chiffres qui m'ont été fournis récemment par M. Dugé (de Bernonville), chargé du service de l'hôpital français à Macao : dans l'espace de cinq mois, sur 60 cas il a constaté 54 fois sa présence. Vous voyez donc que ce signe caractéristique

---

ment ou indirectement que les animaux réviviscibles meurent avant le degré de dessiccation qui constitue, pour les physiciens, la siccité absolue. Il suffit pour les tuer d'une siccité relative, comparable, par exemple, à celle du bois mort, qui, desséché naturellement, soit à l'ombre, soit au soleil, retient pourtant encore une certaine quantité d'eau hygroscopique, et ne peut en être entièrement dépouillé que par des moyens artificiels. Soumis à une évaporation progressive, l'animal périt tout à fait à une limite indéterminée sans doute, mais qu'on sait située du moins à une certaine distance du terme définitif de la dessiccation. Si l'on procède à l'expérience avec une grande lenteur, il s'écoule toujours un temps assez long entre le moment de la mort et celui du dessèchement parfait, et si l'on compare par la pensée l'animal qui vient d'expirer, par suite de la soustraction graduelle de l'eau, avec celui qui est absolument sec, on est conduit à admettre entre ces deux degrés de dessiccation un grand nombre de degrés intermédiaires. En d'autres termes, la quantité d'eau qui suffit pour le maintien de la vie, quelque faible qu'on la suppose, n'est pas indéfiniment voisine de zéro ; elle n'est pas plus petite que toute quantité donnée, elle n'est pas ce qu'on appelle, dans les sciences exactes, *un infiniment petit.* Elle constitue une certaine fraction du poids total du corps de l'animal, et ce rapport pourrait être exprimé en chiffres si l'animal lui-même n'était pas trop petit pour être pesé dans nos balances. Nous avons dû insister sur ce point, afin de mettre l'épreuve de la dessiccation artificielle à l'abri d'une objection spécieuse. Pour dessécher sûrement les matières organiques sans les décomposer, on ne possède que deux moyens : l'action prolongée du vide sec, et le chauffage dans un courant d'air sec à une température modérée. On reconnaît que la matière soumise à l'un ou l'autre de ces procédés est parvenue au terme de la dessiccation *possible* lorsqu'elle cesse de perdre de son poids. Mais il y a une limite à la sensibilité des balances les plus délicates, et, quelque considérable que soit le poids de la substance employée, on peut toujours concevoir une fraction plus petite que celle qui exprime la dernière déperdition pondérable ; on ne peut donc pas affirmer que la dessiccation possible soit une dessiccation absolue, on peut dire seulement qu'elle

de l'empoisonnement saturnin n'est point aussi rare que vous le supposiez.

Vos idées sur ses variations de couleur, sur la possibilité de son développement dans beaucoup de maladies chroniques des pays chauds comme des pays tempérés, ne sont appuyées d'aucune preuve; elles sont même en opposition avec les résultats d'une étude spéciale de ce symptôme, dont le caractère est si tranché qu'il nous paraît impossible d'en méconnaître la nature lorsqu'on l'a vu une première fois, et de le confondre avec d'autres altérations de la bouche. Souvent il apparaît sur des gencives saines, et il les borde alors d'une ligne ardoisée nettement accusée, comme le filet qui encadre une lettre de deuil. Quant aux conséquences que vous prétendez tirer de son absence, signalée par beaucoup d'observateurs de la colique sèche, pour nier l'origine saturnine de celle-ci, elles ne peuvent être admises, car le liséré n'existe pas toujours dans les maladies de plomb les mieux caractérisées. D'après M. Guéneau de Mussy, lors de l'événement de Clarmont, sur 13 personnes qui furent atteintes, 7 seulement présentèrent la ligne ardoisée, et, dans ces derniers temps, les médecins qui ont administré les sels de plomb pour combattre la phthisie pulmonaire, d'après les indications de M. Beau, ont pu se convaincre que si, dans des conditions semblables en apparence, le liséré se produisait fréquemment, son développement n'était pas constant. En résumé, on doit admettre que si la présence du liséré est un signe positif de l'introduction du plomb dans l'économie, son absence ne peut être invoquée comme une preuve du contraire.

Vous niez aussi que la paralysie des extenseurs de la main et du poignet soit significative d'une cause saturnine; que l'insensibilité des muscles paralysés à la faradisation ait la même valeur; vous vous mettez ainsi en opposition avec les hommes compétents sur cette matière, et je doute qu'ils se rendent devant les arguments que vous produisez au sujet de l'influence d'autres maladies aiguës ou chroniques, de la dysenterie par exemple, pour développer une paralysie ayant un caractère aussi spécial que celui qui appartient aux paralysies de plomb. Si l'étude de la paralysie consécutive est depuis quelque temps l'objet de travaux importants, cette étude n'est pas encore assez avancée pour en tirer des arguments favorables ou défavorables à la question qui nous occupe.

Passant au deuxième chapitre, vous trouvez que j'ai mis trop de complaisance dans l'énumération des causes qui peuvent produire un empoisonnement saturnin; vous oubliez, monsieur et honoré confrère, qu'on avait nié formellement la possibilité, la probabilité même que ce genre d'empoisonnement pût se produire sur nos vaisseaux, et qu'à une négation aussi absolue il devenait nécessaire d'opposer une masse de faits qui rendissent aussi incontestable que possible l'erreur dans laquelle on était tombé.

J'ai pris le soin, d'ailleurs, de distinguer celles de ces causes qui, ayant existé dans tous les temps, n'ont jamais produit que très peu d'accidents, de celles qui, nouvellement introduites dans la marine, paraissent, au contraire, avoir favorisé le développement de ces coliques sèches observées en si grand nombre depuis trente ans.

Malgré l'autorité des noms que vous citez pour justifier les composés plombiques des accidents que produisait autrefois la peinture fraîchement appliquée, je demanderai comment il se fait que ces accidents aient cessé de se développer depuis qu'on a substitué le blanc de zinc à la céruse, alors que les autres ingrédients ont continué d'être employés à la préparation de cette peinture?

Une objection en apparence plus sérieuse est celle que vous présentez au sujet des cuisines distillatoires et des charniers dont l'influence, selon vous, aurait été nulle sur l'escadre de guerre qui a séjourné dans la mer Noire pendant la campagne de Crimée en 1854-1855, où l'on n'aurait observé qu'un nombre insignifiant de cas de coliques sèches. Je n'opposerai pas la valeur que vous attribuez ici aux faits négatifs quand, un peu plus loin, vous la mettez en question; mais je dirai que, pour que cette objection eût toute la puissance que vous lui attribuez, il aurait fallu connaître si les conditions dans lesquelles naviguait l'escadre de la mer Noire étaient les mêmes que celles auxquelles sont soumis les navires attachés à la station des côtes occidentales d'Afrique; si la durée des traversées, l'impossibilité des communications avec la terre et, par suite, la privation de vivres frais, d'eau potable, avaient été les mêmes; si la nécessité de se nourrir de viandes salées était aussi constante et d'aussi longue durée; si les appareils dont j'ai signalé les dangers avaient fonctionné assez longtemps pour amener les résultats fâcheux qui sont la suite ordinaire de l'usage longtemps continué de leurs produits; si la pratique de l'acidulage réglementaire, malgré la répugnance qu'elle inspire habituellement aux matelots, avait été faite aussi régulièrement que vous le pensez. Dans l'impossibilité d'obtenir ces renseignements, votre objection perd de sa valeur.

Quant à la question de savoir si les navires armés dans les conditions de ceux qui appartenaient à l'escadre de la mer Noire, qu'on transporterait sur les côtes du Sénégal, jouiraient d'une semblable immunité, elle a, contrairement à vos prévisions, été résolue par l'affirmative. Les frégates à voiles *l'Héliopolis* et *la Jeanne d'Arc*, qui ont commandé la station de 1854 à 1859, et qui, comme la plupart des vaisseaux de même espèce de la mer Noire, n'avaient pas d'appareils distillatoires, n'ont eu qu'un nombre insignifiant de cas de coliques sèches, 4 à 6 sur chaque (1), qui atteignirent presque exclusivement les infirmiers.

(1) Je crois avoir trouvé la cause de cette fréquence remarquable de la colique sèche parmi nos infirmiers, si souvent signalée par les chirurgiens, dans l'usage abusif que ces agents font de la vaisselle d'étain destinée au service des malades, qu'ils utilisent à leurs besoins personnels pendant toute la durée de leur séjour à bord.

Cette cause est évidente pour les faits observés sur la *Jeanne d'Arc*, où tous les infirmiers se servirent constamment de ces vases et furent successivement atteints par cette cruelle maladie.

Au désarmement de cette frégate, j'ai fait analyser à Lorient la vaisselle d'étain qui avait servi pendant la campagne, et l'on a reconnu qu'elle contenait une très forte proportion de plomb s'élevant jusqu'à 40,95 pour 100 pour les gobelets, à 17,15

---

en approche indéfiniment. De là est venue une objection à laquelle nous devons répondre à l'avance. On a dit que, puisque la dessiccation absolue n'était pas chose démontrable, on ne pouvait jamais être certain d'avoir rendu exactement sec un rotifère soumis à un procédé quelconque de dessèchement, et que, s'il se ranimait ensuite, c'était bien la preuve qu'il n'avait pas perdu toute son eau. C'est une manière commode d'arranger les choses pour que l'expérience de la dessiccation soit concluante si elle tue l'animal sans retour, et de nulle valeur si elle ne l'empêche pas de se ranimer, bonne à invoquer contre les résurrectionnistes si elle dépose contre eux, et pourtant incapable de leur fournir une preuve si elle répond en leur faveur. Ce n'est pas ainsi, messieurs, qu'on doit raisonner quand on cherche sincèrement la vérité avec un esprit libre d'idées préconçues. M. Pouchet, que nous ne confondons pas avec ces adversaires aveugles de la doctrine des résurrections, a parfaitement compris que de semblables arguties n'étaient pas faites pour la science sérieuse. Il a loyalement et spontanément déclaré que l'épreuve de la dessiccation aurait à ses yeux une valeur décisive, pourvu qu'elle fût faite dans des conditions propres à en assurer l'exactitude. Cette déclaration, qu'il a de son propre mouvement déposée entre nos mains, nous l'avons acceptée malgré nous, parce qu'elle nous paraissait inutile de la part d'un savant dont le caractère et la bonne foi scientifiques sont au-dessus de tout soupçon. Ce n'est donc ni à lui ni à ses honorables disciples que peuvent s'adresser les remarques précédentes. Elles nous ont paru nécessaires, toutefois, pour dissiper les doutes que quelques esprits trop difficiles ont pu concevoir sur la signification et la portée de l'épreuve de la dessiccation. Nous avons dû vous montrer que, de l'assentiment unanime de tous les savants qui ont étudié la question, la proportion d'eau nécessaire à la vie n'est pas un infiniment petit, qu'elle est notablement supérieure à la proportion impondérable et hypothétique que les procédés rigoureux de dessiccation laissent *peut-être* dans la matière organique, et qu'un animal soumis à ces procédés rigoureux meurt nécessairement avant même d'être parvenu à ce qu'on appelle, dans l'état actuel de la science, le dessèchement complet.

Le danger auquel expose l'usage des cuisines distillatoires et des charniers à siphons, lorsqu'on ne s'assure pas de la qualité des métaux ou des étamages employés dans leur construction et qu'on n'en surveille pas la marche lorsqu'ils fonctionnent, ne peut donc être atténué par votre objection. Les résultats de l'analyse chimique de quinze échantillons d'eau fournie par ces appareils, publiés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, par M. Chevallier (numéro de janvier 1859); ceux que m'a donnés depuis l'examen de l'eau provenant des cuisines distillatoires de l'*Amazone* et du *Japon*, en démontrent, au contraire, toute la force.

Ce n'est pas la première fois qu'on oppose, contre l'idée d'une cause saturnine produisant la colique sèche l'immunité qui règne sur les navires fréquentant la Méditerranée, la mer Noire, l'Océan, la mer Baltique, aux ravages qu'on observe sur ceux qui, dans des conditions d'armement supposées identiques, séjournent au Sénégal, à Cayenne, aux Antilles ou dans les mers orientales. Nous avons présenté ailleurs les raisons qui peuvent expliquer l'activité plus grande des causes d'empoisonnement par le plomb sous la zone équatoriale. Cette objection ne serait, en définitive, que la constatation d'un fait dont l'existence était soupçonnée depuis longtemps, à savoir que, dans les pays chauds où ces causes peuvent être multipliées, on doit observer un plus grand nombre de maladies saturnines que dans ceux dits tempérés ou froids. Si, comme les faits nombreux que nous avons recueillis semblent le prouver, la cause habituelle de l'empoisonnement saturnin observé sur nos vaisseaux réside dans les boissons et plus particulièrement dans l'eau fournie par les cuisines distillatoires ou qui a séjourné dans des charniers garnis de siphons plombifères, on ne doit pas être surpris de la rencontrer plus fréquemment dans les contrées où l'élévation constante de la température, secondée par certaines conditions hygiéniques ou professionnelles, tend à exciter la soif et à provoquer chez certains individus l'ingurgitation de quantités plus grandes de ces boissons toxiques.

Vous me reprochez, au troisième chapitre, de n'avoir pas procédé au dépouillement des statistiques et des rapports officiels émanant des hôpitaux des colonies. Ils m'auraient, dites-vous, fourni la preuve de l'endémicité de la colique sèche dans les plus insalubres. J'avoue que ce que j'avais appris de la rareté de cette maladie dans les différents postes de la côte d'Afrique signalée par ceux de nos chirurgiens qui les ont habités; de son peu de fréquence à Nossibé attestée par M. Daullé; de sa rareté à Cayenne affirmée par M. Daniel, qui, après deux ans de séjour, n'en avait pas observé un seul cas parmi la population civile; de son absence complète à Pondichéry, à la Réunion, à Taïti; de ce que vous-même avez écrit sur son caractère essentiellement nautique, déduit de ce qu'aux Antilles, à terre, on ne l'observait que sporadiquement, m'aurait détourné d'un semblable travail, quand même j'eusse attaché la même importance que vous à établir ce caractère d'endémicité qui ne m'eût rien révélé sur la cause qui la produit.

pour 100 pour les écuelles et à 35,00 pour 100 pour les pintes à tisane. Un travail semblable, entrepris à Brest et à Rochefort, a donné des résultats à peu près identiques. Ils doivent éveiller l'attention des médecins sur cette source d'intoxication saturnine à bord et dans les hôpitaux des colonies, où l'on ne prend fort souvent aucun soin pour s'en garantir.

Les statistiques et les rapports émanant des colonies comprennent toutes les maladies traitées dans les hôpitaux, quelle que soit la provenance de ceux qui en sont atteints. Les marins des navires de guerre et ceux du commerce en fournissent toujours un grand nombre. Avant de tirer de ces documents des arguments favorables à telle ou telle opinion sur les causes de ces maladies, il faudrait au moins établir des catégories. Seraient-elles toutes favorables à celle que vous soutenez?

Votre critique devient plus vive lorsque vous arrivez à l'examen des documents que j'ai consultés, de l'assistance que m'ont prêtée plusieurs de mes confrères pour un travail qu'il m'eût été impossible de faire seul, de l'*exactitude* des faits que j'ai cités, et de l'appréciation que j'en ai déduite. Vous dites que les premiers prêtent beaucoup à l'erreur, qu'ils ne contiennent pas tout ce qu'en a tiré l'analyse. Vous produisez des erreurs de chiffres qui auraient donné lieu, dites-vous, à des erreurs d'appréciations de ma part, et, tout en attribuant à mon argumentation une force de logique à laquelle il est difficile d'échapper, vous mettez un soin particulier à contester la valeur des faits sur lesquels elle est basée, plaçant ainsi en suspicion *la bonne foi* des auteurs des rapports de campagne, celle des officiers de santé qui m'ont prêté leur concours, la mienne enfin, puisque je suis responsable, dans de certaines limites, de la valeur des matériaux dont je me suis servi. Vous comprendrez donc pourquoi je cherche à repousser les attaques qui ne me sont pas exclusivement personnelles, et qui ne me paraissent pas fondées.

Comme toutes les collections du même genre, celles des rapports des médecins de la marine, déposés dans les archives des conseils de santé, sont formées d'éléments divers, n'ayant pas tous une égale valeur.

Si plusieurs, comme vous le dites, n'ont été rédigés que pour satisfaire à des prescriptions réglementaires et ne contiennent pas tout ce qu'on peut désirer y trouver, il n'en est pas moins vrai que beaucoup sont remarquables par les renseignements précieux qu'ils donnent sur les maladies coloniales, renseignements qu'on ne pourrait trouver nulle part ailleurs. Vous en êtes vous-même convaincu, monsieur et honoré confrère, puisque vous les avez souvent consultés, et qu'il y a peu de temps encore vous confiiez à un de vos anciens camarades le soin d'analyser ceux de ces rapports qui ont été déposés à Brest dans les dernières années.

Le moyen d'utiliser ces sources d'instruction est donc, lorsqu'on en est éloigné, de charger des hommes sur le savoir et l'intelligence desquels on puisse compter, d'en extraire les matériaux utiles au genre de travail dont on s'occupe. C'est ce que j'ai fait. Si l'épithète de *jeunes*, que je me suis permis d'employer pour dési-

---

C'est ainsi, messieurs, que la grande et complexe question des réviviscences se trouve ramenée à des termes aussi simples que précis, et que le débat se trouve concentré sur un seul point.

Un corps desséché aussi complétement que possible par des moyens artificiels est-il privé de vie? — Oui, répondent d'une commune voix les biologistes des deux camps.

Mais ce corps, hydraté de nouveau, peut-il reprendre la vie qu'il a perdue? C'est ici que surgit la controverse.

M. Doyère nous dit : Lorsque l'expérience est faite avec les précautions convenables, lorsqu'on procède d'abord à la dessiccation, puis à l'humectation avec assez de lenteur et de circonspection, le corps le plus desséché peut conserver encore sa propriété de réviviscence.

MM. Pouchet, Pennetier et Tinel nous disent, au contraire : Aucune précaution expérimentale ne peut soustraire un animal aux conséquences ordinaires de la dessiccation, et lorsqu'une fois il est bien desséché, rien désormais ne peut lui rendre la vie.

Le problème se trouve donc dégagé du cortége de raisonnements et de subtilités qui en avaient jusqu'ici reculé la solution. Il passe du domaine de la théorie dans celui de l'expérimentation pure et simple, et il ne s'agit plus que de savoir si *un animal, soumis d'une manière rigoureuse à l'épreuve de la dessiccation, est susceptible ou non de se ranimer au contact de l'eau* (1). P. BROCA.

(1) Nous publions ci-après (voir p. 446) le résumé des expériences de la commission.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 30 juin, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (4e section, chirurgie et accouchements), MM. les docteurs : Bauchet (Louis-Joseph); Dolbeau (Henri-Ferdinand); Houël (Charles-Nicolas); Tarnier (Étienne).

— Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (1re et 2e sections), sciences anatomiques et physiologiques et sciences physiques), MM. les docteurs : Engel (Louis-Charles), Schutzenberger (Paul).

gner mes collaborateurs, en rapprochant leur âge du mien, qui depuis longtemps ne jouit plus du privilége d'être ainsi qualifié, a pu vous faire croire à l'inexpérience de mes analystes; leurs noms, qui comptent parmi ceux des plus capables du corps auquel nous appartenons, auraient dû vous garantir la valeur des renseignements qu'ils m'ont donnés, comme ils m'en garantissaient l'exactitude.

Vous signalez, il est vrai, une erreur de chiffre dont je suis seul coupable au sujet du rapport de M. Barat, chirurgien-major de *la Sybille*. J'ai, en effet, attribué à toute la station des Antilles les 49 cas de colique sèche inscrits au tableau des maladies appartenant à la frégate, sans tenir compte de ceux fournis par les autres navires, dont le nombre s'éleva à 28, ce qui porte à 77 le chiffre total de cas observés pendant les années 1851, 1852, 1853 dans cette station. Vous y avez ajouté les 80 cas désignés sous le nom de coliques diverses, ce qui double, en effet, ce chiffre total; mais vous seul pouviez faire cette adjonction, puisque vous étiez alors médecin en chef à la Martinique, et que vous aviez traité plusieurs des malades de *la Sybille*. Malgré l'assertion du rédacteur du rapport, qui, n'ayant pas assisté à cette épidémie, a cru pouvoir attribuer à la même cause des maladies qu'il désignait sous des noms différents dans son résumé nosologique, j'ai maintenu la distinction, et je m'y suis cru d'autant plus autorisé, que dans la station précédente on avait établi également une distinction entre la colique sèche et la colique nerveuse, sans dire sur quoi on la fondait. Quant à l'appréciation que j'ai faite des causes de l'immunité dont avait joui l'équipage de la même frégate dans les mers de l'Inde en 1855, que j'ai attribuée à l'absence de cuisine distillatoire, je la maintiens. Sur cette frégate, on fut rationné pour l'eau pendant la plus grande partie de la campagne et le charnier ne servit pas. Eût-il des embouts d'étain, comme vous le dites, ces embouts n'auraient donc pu exercer aucune influence sur la santé des marins. Je regrette que vous n'ayez pas constaté la nature des tubes lors de l'épidémie des Antilles. Ce que M. Barat rapporte du peu de gravité des coliques observées, du succès des mêmes moyens de traitements, se rapproche tellement de ce que M. Cornuel a écrit sur l'épidémie de *l'Africaine* en 1843, qu'on serait tenté d'attribuer la production des deux épidémies à la même cause, c'est-à-dire à des siphons de plomb. Votre argumentation pour repousser l'étiologie saturnine s'appuyant toujours sur le caractère endémique que vous croyez non susceptible d'être contesté, vous ajoutez plus loin. « Il » ne suffit pas de dire : il existe à bord des navires de nombreuses » causes de maladies de plomb, on y observe des accidents qui » offrent la plus grande analogie avec ces maladies; donc ces accidents sont bien d'origine saturnine. » Vous objectez à ce raisonnement « que le plomb, ingéré en assez grande quantité, ne détermine pas toujours les signes et encore moins les accidents de » l'empoisonnement saturnin, ainsi que le prouve l'usage fréquent » et souvent prolongé des préparations de plomb en médecine. » Vous vous mettez ainsi en contradiction avec ce que vous dites un peu plus loin, lorsque vous faites remarquer le défaut de proportion du nombre des accidents observés à bord avec quelques-unes des causes qui les produisent. « Le plomb est bien certainement le » poison dont les effets se généralisent le plus et se traduisent par » les caractères les plus constants. »

A l'appui de votre opinion sur l'influence climatérique, vous invoquez l'insuccès des recherches de la cause plombique dans certaines épidémies, telles que celles de la *Syrène* et du *Gassendi* à Taïti, en 1849. De là nécessité d'accuser une constitution épidémique spéciale. Cette nécessité ne me paraît pas toujours démontrée, car lorsqu'une maladie est suffisamment caractérisée par des symptômes qui lui sont habituels, nous n'hésitons pas à en préciser la nature lors même que la cause nous reste inconnue. N'est-ce pas ainsi que nous agissons à l'égard de plusieurs affections, et particulièrement de la maladie vénérienne?

L'épidémie de *la Syrène* et du *Gassendi*, que vous prenez pour exemple, malgré l'opinion de la commission qui en rechercha les causes, ne me paraît pas avoir présenté ce caractère spécial dont vous parlez, puisqu'un troisième navire, *le Cocyte*, dont vous n'avez pas fait mention, récemment arrivé de France à Taïti, avait commencé à avoir des cas de colique sèche dès son passage à Rio-Janeiro, longtemps avant les deux premiers, qu'il continua à en fournir en même temps qu'eux et pendant toute sa campagne, qui dura trois ans; tandis qu'à terre, à Papéiti comme à bord des navires de commerce mouillés auprès, sur la même rade, l'immunité la plus complète ne cessa pas de régner. La thèse de M. Bouffier, chirurgien-major du *Gassendi* à cette époque, contient un renseignement précieux sur la nature probablement saturnine de cette colique épidémique; c'est l'existence du liséré gingival qui ne manqua jamais de se développer sur tous les malades. Ce dernier symptôme, disait-il, n'est pas un des traits les moins curieux de cette maladie. Aussi, dans son rapport de campagne, la pensée de ce médecin avait-elle été de l'attribuer à la falsification du vin consommé à bord. Ce ne fut que plus tard, c'est-à-dire lorsqu'il eut connaissance des travaux récemment publiés en France, qu'il pensa à l'attribuer à une constitution atmosphérique spéciale.

Au sujet des faits éloignés, vous me reprochez de m'être servi de certains arguments pour multiplier les preuves plutôt que de m'en être tenu à des probabilités; d'avoir opposé le témoignage des chirurgiens-majors à ceux de leurs seconds, et d'avoir invoqué les souvenirs de personnes étrangères à l'art médical pour contrôler les assertions des médecins, de telle sorte qu'on ne sait, dites-vous, « à qui croire, et qu'on est tenté d'appliquer à ces différents témoignages un passage de l'ouvrage de Tanquerel des » Planches au sujet d'une assertion de Coringius, relative à une » des causes de la colique de plomb, maladie que ce médecin » n'avait jamais eu l'occasion d'observer pendant sa longue pratique. » Une semblable accusation doit faire supposer que je me suis adressé à des hommes étrangers aux faits dont j'avais à les entretenir, et que j'ai accueilli les renseignements qu'ils m'ont fournis avec aussi peu de discernement que j'en aurais mis à les réclamer. J'aime à croire que telle n'a pas été votre pensée.

Je regrette, monsieur et honoré confrère, la confusion qui s'est produite dans votre esprit au sujet de ces témoignages. Dans un travail de la nature de celui que j'avais entrepris, il y avait à résoudre des questions de fait et des questions de doctrine. Pour les premières, tout homme pourvu d'un peu d'intelligence était capable de les décider; aussi lorsque j'ai dû m'enquérir de l'installation des cuisines distillatoires, de celles des charniers à siphons, des réparations faites à diverses époques à ces différents appareils, je me suis adressé à ceux qui, par la position qu'ils occupaient à bord, ou par les devoirs qu'ils avaient à y remplir, avaient pu y coopérer et pouvaient ainsi me fournir les meilleurs renseignements.

Quant aux questions de doctrine exclusivement du domaine des hommes de l'art, je n'ai pas cru que la solution en fût soumise entièrement à telle ou telle position hiérarchique, et je n'ai pas craint d'opposer les idées des chirurgiens-majors à celles de leurs seconds, lorsqu'elles différaient dans l'exposition d'un fait médical ou dans l'appréciation des conséquences qu'on avait pu en tirer. Je ne crois pas également qu'il soit possible d'admettre qu'un nom, quelque élevé qu'il soit, puisse jamais couvrir une erreur et lui servir d'abri (1). J'ai donc jugé utile, dans l'intérêt de la vérité, malgré l'estime que je professe pour le caractère et pour le savoir de M. le médecin en chef Marroin, d'opposer à ce qu'il a écrit au sujet de l'endémicité de la colique sèche sur les bords de la Plata, les assertions contradictoires de M. le docteur Léonard, ancien médecin de la marine, établi depuis longues années à Montévidéo. J'ai reçu, il y a peu de jours, une lettre de ce médecin qui, après avoir pris connaissance du passage de mon livre où il est question de ce dissentiment, s'est empressé de m'écrire pour affirmer de nouveau l'exactitude de son assertion. Il l'appuie : 1° sur sa navigation pendant trois ans et demi, sur divers navires, dans les

(1) Si, dans le siècle dernier, Baeker s'était arrêté devant l'autorité du nom de Huxham, l'erreur que ce célèbre médecin avait accréditée à l'égard de la nature végétale de la colique du Devonshire se serait perpétuée. C'est par une étude sérieuse et approfondie des faits, par des analyses comparatives des cidres fabriqués dans cette province et dans celles avoisinantes, qu'il arriva à prouver que cette colique n'était autre qu'une colique saturnine déterminée par la présence du plomb employé dans la construction des pressoirs.

fleuves affluents de la Plata ; 2° sur sa pratique, pendant près de seize années, dans l'hôpital important qu'il a dirigé à Montévidéo ; 3° enfin sur le témoignage unanime de ses confrères (Français ou Espagnols) établis dans cette ville, qui tous lui ont déclaré que la colique sèche n'est point une endémie du pays, où jamais ils n'ont eu l'occasion de l'observer en première invasion.

L'examen du quatrième chapitre, dans lequel je cherche à prouver que la plupart des causes auxquelles on attribue le développement de la colique des pays chauds sont favorables au développement des maladies de plomb, et que, puisque les causes de ces dernières sont multipliées sur nos vaisseaux, il paraît plus rationnel de leur attribuer le rôle principal dans cette génération, ne soulève que peu d'objections de votre part ; mais la conviction que vous avez du caractère endémique de cette affection vous conduit naturellement à nier qu'il en soit ainsi. C'est donc à des causes obscures ou mystérieuses que vous préférez attribuer le rôle principal dans la production de cette prétendue endémie, de préférence à une cause palpable, évidente, dont la présence à bord n'est plus contestée même par vous, et dont les effets sont en rapport complet avec les symptômes qui lui appartiennent.

Parvenu au cinquième chapitre, malgré votre conviction du caractère endémique de la colique sèche, vous voulez bien reconnaître l'utilité de mes recherches, et vous constatez que mon travail a déjà produit d'heureux résultats ; vous approuvez les conseils que je donne au sujet des soins hygiéniques et des mesures préventives qu'il est convenable de prendre pour détruire à terre comme à bord l'influence des produits saturnins. Vous ajoutez qu'on ne saurait être trop attentif sur l'emploi des moyens qui doivent, ainsi que je l'ai avancé, faire cesser la confusion qui a dû avoir lieu souvent entre la colique sèche et la colique saturnine, avec cette restriction cependant que, quels que soient les changements opérés, il restera, selon vous, toujours assez de plomb pour servir d'échappatoire à l'étiologie saturnine, supposant ainsi aux défenseurs de cette étiologie l'intention de persister quand même dans leur opinion.

Vous n'avez pas pensé, en présentant cette objection qu'on m'avait déjà faite, à ce qu'elle peut avoir de singulier, émanant des personnes qui naguère encore niaient formellement la présence du plomb et de ses composés sur nos vaisseaux.

Malgré vos réserves, j'ai grandement à me féliciter et à vous remercier des conclusions de votre compte rendu. Elles me prouvent que nos idées se confondent sur la partie essentielle, et que j'ai atteint, en partie, le but que j'ambitionnais, en indiquant à mes confrères la seule voie qui puisse conduire à la solution de la question qui divise encore les médecins de la flotte. En marchant désormais dans cette voie, ils pourront invoquer l'autorité de votre nom pour triompher, outre-mer, des difficultés qu'on rencontre lorsqu'il s'agit de lutter contre des idées préconçues, ou de faire adopter des réformes dont la nécessité n'est pas toujours bien comprise partout où il est nécessaire de les adopter. Je crois devoir rappeler à ce sujet ce qu'écrivait, il y a quelques années, un médecin distingué, placé dans des conditions à peu près semblables aux nôtres, qui ne s'était pas laissé décourager par l'insuccès des premiers conseils qu'il avait donnés.

« J'ai en vain invoqué, auprès des autorités, la raison d'hygiène publique : tout le monde est resté sourd à ma voix, et j'ai vu plus d'une fois ma juste sollicitude taxée de prévention. J'ai, plus que jamais, acquis la conviction qu'il faut à cette occasion une persévérance inouïe pour faire connaître la vérité.

» Puisse le nouvel effort que je tente aujourd'hui avoir plus de succès et ouvrir enfin les yeux de l'autorité et de tous les intéressés, sur les funestes effets d'un poison d'autant plus terrible, qu'il est déjà presque impossible de le combattre dès que son action commence à se produire. » (*Gazette médicale*, Paris, 1853, p. 747.)

La crainte que vous exprimez en terminant, de voir retirer aux veuves de marins la pension à laquelle elles ont droit, si l'on se hâtait de trancher la question d'identité de la colique sèche et de la colique de plomb, me paraît exagérée, car elle conduit à cette conclusion singulière (qui, certes, n'est pas dans votre pensée), qu'il ne faudrait rien changer aux installations actuelles et laisser les maris exposés aux dangers d'une intoxication saturnine, afin de pouvoir continuer des pensions à leurs veuves.

L'administration de la marine donne trop de preuves de sa sollicitude et de sa justice envers les serviteurs de l'État, pour qu'on ne reste pas convaincu que, si la colique sèche cessait de compter parmi les maladies endémiques des pays chauds, et qu'il lui fût démontré que son développement dépend de l'influence de certaines conditions inhérentes à l'habitation des navires ou au genre de vie qu'on y mène, et qui ne se trouve que rarement ailleurs, elle n'appliquât aux victimes de ces fâcheuses influences les règles qui la dirigent dans l'octroi des pensions pour des blessures ou infirmités reçues dans un service commandé. Pourrait-elle en effet traiter avec plus de rigueur le chauffeur ou le mécanicien qui aurait perdu l'usage d'un membre par l'effet d'une paralysie saturnine, suite de travaux faits à une machine à vapeur, que celui qui aurait eu un membre broyé dans les engrenages de la même machine lorsqu'elle est en mouvement?

Vous m'excuserez, monsieur et honoré confrère, d'avoir donné autant de développement à cette lettre ; je tenais à répondre aux critiques que vous a inspirées la lecture de mon livre ; en agir autrement m'eût semblé peu convenable et quelque peu dédaigneux du soin que vous aviez pris d'en signaler les défectuosités. En semblable matière, la discussion des opinions contradictoires doit hâter le triomphe de la vérité, et c'est lui que nous devons chercher à faire prévaloir avant tout.

Veuillez agréer, etc. LEFÈVRE.

Brest, le 25 avril 1860.

Réponse.

A M. LE DOCTEUR LEFÈVRE, DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ AU PORT DE BREST.

Monsieur et honoré confrère,

Je n'abuserai pas de la faculté que vous me donnez de répondre à votre lettre en me la communiquant avant sa publication. Je ne voudrais pas, dans l'intérêt des lecteurs de la GAZETTE, créer un précédent en faveur des discussions des auteurs et analystes ; la réclamation, quand la vérité a été altérée, me semble suffire aux intérêts de la science. Quel est l'auteur qui n'a pas en réserve mille bonnes raisons à opposer à ses critiques? Mais ces raisons, quand un livre est fait avec le soin que vous avez apporté au vôtre, ne peuvent pas apprendre grand'chose de nouveau.

Ainsi est-il de votre lettre, qui donne plus de développements à vos arguments, sans doute, mais n'en change pas la nature, ce qui fait que je n'ai rien à changer non plus à mes appréciations. Je me suis fait votre analyste et point votre réfutateur, ce qui me permettait de faire voir seulement sur quels points vos idées sont contestables, sans être tenu de développer et de prouver les miennes. Soyez sûr cependant que j'étais trop pénétré de la valeur de l'œuvre que j'avais à examiner pour n'avoir pas pesé toutes mes objections, et pour ne m'être pas assuré préalablement que j'étais autorisé à vous les faire.

Je n'avais ni l'espoir ni la prétention de vous faire partager des idées qui ne sont pas les vôtres, pas plus que votre livre n'a convaincu ceux qui ont observé la véritable colique sèche ; mais je m'étais efforcé de ne pas éveiller vos susceptibilités, et je crains que vous ne vous soyez laissé inspirer par elles en vous servant des expressions par lesquelles vous interprétez, sur plus d'un point, ma pensée, et qui sont restées aussi loin de ma plume que leur sens était loin de mon esprit.

Je n'ai pas accusé un seul fait d'*inexactitude intentionnelle* ou d'*infidélité*.

Je n'ai élevé aucun *soupçon* sur la *bonne foi* ou la *loyauté* de qui que ce soit.

Je n'ai pas attaqué le savoir des *jeunes* chirurgiens qui vous ont prêté leur concours et que vous n'aviez certes pas à défendre contre moi.

J'ai parlé d'insuffisance dans les faits, d'erreurs ou d'exagération dans les appréciations : *Errare humanum est.*

C'est tout ce que j'avais à dire dans l'intérêt de la vérité. A mon sens, ce n'est ni à Brest ni à Paris que peut se juger la question de la nature de la colique sèche dans les régions équatoriales ; c'est sur les lieux mêmes, en face des faits cliniques plus complets et mieux observés que par le passé. Je les attendrai pour rentrer dans la discussion.

Veuillez agréer, etc. DUTROULAU.

Paris, 11 mai 1860.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 JUIN 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

THÉRAPEUTIQUE. — *Du coaltar saponiné et de son emploi*, extrait d'un mémoire de M. *Lemaire*. — L'auteur fait ressortir dans ce travail l'avantage du coaltar émulsionné par l'alcool et la saponine sur les autres préparations de ce topique. A l'appui de ses assertions, il rapporte un certain nombre de faits empruntés à sa pratique et à celle de plusieurs médecins et chirurgiens français, belges et espagnols. (*Comm.* : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet, Bussy.)

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

OBSERVATION DE PURPURA.

M. *Worms* décrit les phénomènes morbides qu'ont présentés trois malades atteints de purpura, et qu'il a observés ou traités depuis quelques mois. Ces malades, tout en ayant offert le symptôme caractéristique de l'affection, c'est-à-dire l'ecchymose sous-cutanée, ont présenté des différences si notables dans la marche, la durée, la terminaison de la maladie, que M. Worms suppose que la nature du mal n'a pas été la même dans ces trois cas.

Tous les trois malades étaient de jeunes soldats.

Le premier, homme très robuste, est pris subitement, au milieu de la nuit, après un refroidissement, de douleurs très violentes dans la région lombaire ; le lendemain, il s'y ajouta une artralgie générale intense.

Le troisième jour, il entra à l'hôpital et présenta l'aspect d'un homme atteint de rhumatisme articulaire aigu.

État fébrile très marqué, face vultueuse, langue chargée, soif, abattement général, douleurs aiguës dans les membres, s'étendant au delà des articulations.

Le lendemain, quatrième jour, il apparaît, sur les deux épaules, deux ecchymoses noires, entourées d'un cercle violacé et élevé. Chacune de ces ecchymoses était grande comme la paume de la main. L'état général était le même, fièvre, soif, urines fréquentes.

Le cinquième jour, des ecchymoses plus petites et moins foncées apparurent sur le ventre et les cuisses, la fièvre diminua.

A partir de ce jour, l'amélioration se manifeste, la fièvre décroît, les ecchymoses du ventre et des membres inférieurs pâlissent, puis disparaissent.

Celles des épaules se recouvrent de petites phlyctènes qui se réunissent pour former une grande ampoule renfermant une sérosité sanguinolente.

Puis les ecchymoses durcissent, leurs bords se soulèvent, se détachent, du centre à la circonférence, comme le fait une eschare au bout de quinze jours ; elles tombent, laissant à nu le derme qui suppure et se cicatrise. Au bout d'un mois, le malade sort guéri.

Le traitement a consisté dans l'administration de l'acide sulfurique à haute dose.

Dans le deuxième cas, la maladie a été bénigne et caractérisée seulement par de petites éruptions d'ecchymoses aux membres inférieurs. Ces éruptions se succédaient par poussées. La santé générale n'a pas été un seul instant troublée, et le malade est sorti de l'hôpital à peu près débarrassé des taches, sans avoir été soumis à aucun traitement.

La troisième observation est celle d'un purpura chronique terminé par la mort.

A la suite d'un refroidissement, le malade avait vu ses forces diminuer, son appétit disparaître ; il n'éprouvait aucune douleur et pourtant il perdait les couleurs, et des taches noires se montraient sur la peau.

Il entra à l'hôpital dans un état de débilité extrême ; la face et tout le corps d'un blanc mat ; çà et là, sur le tronc et les membres, quelques petites ecchymoses disséminées. Le malade ne peut pas lever les membres.

Au bout de peu de jours, et malgré un traitement énergique par les toniques (acides, minéraux, végétaux, quinquina, vins), il survient des épistaxis et des selles sanglantes, et le malade succombe.

A l'autopsie, on trouve des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-cutané, intermusculaire du péritoine, des plèvres, sur tous les viscères abdominaux, et une dégénérescence tuberculeuse de toutes les glandes lymphatiques profondes, depuis le réservoir de Péquet jusqu'à l'embouchure du canal throracique ; le canal lui-même était perméable dans toute son étendue. Les ganglions avaient en moyenne le volume d'une grosse amande ; quelques-uns étaient beaucoup plus gros. Le rate était diffluente.

M. Worms pense que l'altération de ces ganglions, qu'il suppose contribuer à l'élaboration des éléments du sang, a été la cause première du purpura.

M. *Bergeron* ne pense pas qu'il y ait eu un rapport direct entre la dégénérescence des ganglions et l'altération du sang. La première affection a dû être ancienne et a existé bien avant le purpura. Dans les cas nombreux de dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques que M. Bergeron a observés dans son service hospitalier, il n'en a pas vu qui aient été accompagnés de *purpura hæmorrhagica*.

Il pense que la défibrination du sang dont les hémorrhagies interstitielles et superficielles ont été l'expression, a été due à un refroidissement brusque.

Il cite à l'appui de cette opinion deux observations, l'une qui lui est propre et l'autre citée par M. Héraud, dans lesquelles le purpura aigu a été accompagné de défibrination du sang, constatée par l'analyse chimique.

— La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 18 MAI 1860.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SULFATE D'ATROPINE.

M. *Richard* fait part à la Société de quelques faits de sa pratique personnelle relatifs aux injections sous-cutanées de sulfate d'atropine. Il a employé cette médication très fréquemment (deux à trois fois par semaine) pour combattre des douleurs localisées, traitant ce symptôme en dehors de la cause du mal.

Les résultats obtenus par cette méthode ont été très remarquables ; il faut cependant ne pas introduire dans le tissu cellulaire plus de 12 à 15 gouttes de solution du sel d'atropine au 100e. Quand on dépasse cette dose, on s'expose à des accidents d'intoxication.

Dans une série d'opérations de ce genre, et pensant avoir affaire à une préparation de qualité inférieure, M. Richard a injecté de 30 à 36 gouttes. Dans un cas, l'intoxication, manifestée d'abord par la sécheresse de la gorge et la dilatation des pupilles, a donné lieu à des hallucinations. Il faut donc doser la solution avec précaution.

Parmi les cas dans lesquels l'influence de la médication a été aussi rapide que puissante, M. Richard cite l'observation d'un malade atteint depuis dix-huit mois d'une sciatique tellement intense

qu'elle l'empêchait de dormir. Une seule injection faite à l'émergence du nerf fut suffisante pour supprimer les douleurs et ramener le sommeil pendant trois semaines.

Dans un autre cas, des douleurs très fortes, siégeant autour du genou, furent supprimées par une injection de 36 gouttes de solution au 100e; mais il y eut un commencement d'intoxication.

M. *Bergeron* fait remarquer que l'opium constitue un antidote sûr de l'empoisonnement par la belladone. Il a traité et guéri par l'opium un malade qui, par méprise, avait avalé un liniment belladoné.

M. *Richard* pense qu'en général on n'est pas assez prudent dans l'emploi des préparations de belladone et particulièrement dans l'usage des pommades belladonées que l'on prescrit si souvent dans les cas de dysurie.

Quand on élève beaucoup la dose de l'extrait de belladone (3 grammes, par exemple, pour 15 grammes d'axonge), on provoque aisément une paralysie de la vessie qui augmente le mal au lieu de le diminuer.

M. *Andry* cite à l'appui de l'opinion de M. Richard le fait suivant, arrivé récemment : Un médecin est appelé pendant la nuit pour visiter un malade qui, au milieu d'un véritable accès de manie, faisait des efforts inutiles pour uriner. Il reconnut l'empoisonnement et la paralysie vésicale produits par la belladone, et put se convaincre que le malade avait avalé une infusion de feuilles de belladone, croyant se servir de feuilles de mauve.

DÉLIRE AIGU ; IODISME (?). — DÉMENCE PARALYTIQUE ; INFLUENCE DES VAPEURS DE SULFURE DE CARBONE (?).

L'histoire des empoisonnements spéciaux, qui est en discussion, engage M. Delasiauve à rapporter à la Société le fait très curieux qui suit :

M. *Delasiauve*. A propos de la belladone, si la discussion est épuisée, je mentionnerai deux cas récents qui montrent combien, lorsque se présentent des symptômes insolites, il importe de remonter aux sources pour savoir si le mal ne proviendrait pas de quelque cause spéciale. Hier j'ai reçu dans mon service un jeune homme de dix-huit ans qui avait été arrêté dans la rue, au milieu de la nuit, en proie à un violent délire. Lorsque je l'examinai, à la vérité, il était fortement contenu dans son lit, immobile, fermant les yeux, refusant de répondre, mais grimaçant et remuant les lèvres, comme s'il priait tout bas. La face était rouge, vultueuse. On n'eut pas plutôt relâché ses liens qu'il voulut s'échapper. On ne pouvait se dégager de ses étreintes; il cherchait à mordre. A plusieurs reprises, il s'agenouilla. Par intervalles, il sortit de cette concentration pour débiter avec fureur les propos les plus incohérents, au milieu desquels se trahissaient des tendances mystiques. Il consentait à mourir, il était résigné à tout. La peau était chaude et le pouls à 88, assez développé.

Comment envisager de tels accidents? Ce ne pouvait être une méningite ou une méningo-encéphalite ordinaire. Rarement l'invasion est aussi rapidement formidable. Le délire aigu n'est qu'un ensemble sous lequel se déguisent diverses origines. Il pouvait avoir éprouvé des attaques convulsives. N'aurions-nous pas affaire à un delirium tremens suraigu? Cette pensée nous arrêta. Les abus alcooliques, joints à d'autres excès, ont quelquefois cet effet dans la jeunesse. Toutefois, nous dûmes écarter l'idée d'une folie ébrieuse en raison de l'absence de plusieurs caractères importants. Il n'y avait que d'incertaines hallucinations, et, dans deux mémoires provoqués par des lectures faites dans cette enceinte même, je crois avoir démontré que non-seulement, soit dans la forme grave ou bénigne du delirium tremens, les troubles perceptifs sont fréquents, ainsi que tous les auteurs l'ont remarqué, mais que la divagation reposait presque exclusivement sur les fausses sensations. De plus, le tremblement était nul et la sueur relativement peu abondante. Il nous resta dès lors la conviction, à moins que le malade ne fût épileptique, qu'il avait dû être soumis à quelque influence nuisible.

Comme nous l'avions craint, les accidents ne se sont point aggravés. Dans le jour et dans la nuit, il avait eu comme auparavant des intervalles d'agitation furieuse et de taciturnité mystique. Et voici ce que la mère nous a raconté ce matin : Il y a deux jours, après le déjeûner, son fils était parti comme d'habitude à son bureau chez un agent de commerce où il est employé; il n'est point rentré, et depuis ce moment elle était en quête de ce qu'il était devenu. Sa conduite est plus qu'irréprochable; elle est exemplaire. Il a des mœurs et des habitudes tout à fait religieuses; jamais il ne sort qu'avec elle. A proprement parler, il a été exempt jusqu'ici d'affections sérieuses, convulsives ou autres; seulement, on s'est alarmé pour sa poitrine, à d'autant plus juste titre qu'un frère et une sœur ont succombé à la phthisie l'année dernière. Pendant deux mois, d'après le conseil de notre confrère M. de Beauvais, on lui a fait prendre préventivement de l'huile de foie de morue; puis, suivant l'inspiration d'un ami officieux, il a substitué à ce moyen les inhalations iodées, d'après le procédé de M. Chartroule.

Ces inhalations ont eu lieu matin et soir, durant quinze jours, pendant une ou deux minutes, sans qu'il parût en être résulté autre chose qu'un léger malaise et de l'inappétence, la veille et l'avant-veille. La mère ne voit d'autre cause que celle-là à assigner à des phénomènes entièrement imprévus. On conçoit le doute qui peut s'élever dans notre propre appréciation. La coïncidence n'en est pas moins curieuse et notre présomption a dû s'accroître encore de cette circonstance que les renseignements l'ont en quelque sorte vérifiée. Si la suite révèle des particularités intéressantes, nous nous empresserons de les communiquer à la Société.

Une autre observation tend à une conclusion du même genre. Chacun doit se rappeler les inconvénients attribués aux vapeurs du sulfure de carbone, en particulier par M. Delpech. Les expériences ont appuyé les faits. Dans les industries où l'on se sert de cette substance, pour la vulcanisation du caoutchouc par exemple, les ouvriers sont susceptibles d'éprouver une double détérioration physique et morale. Ce n'est pas le lieu d'entrer à cet égard dans des détails circonstanciés qui nécessiteraient des recherches. Je ne veux que signaler le cas d'un malade que j'ai vu ces jours-ci dans la division de mon collègue Moreau, que je remplace par intérim; il est à l'asile depuis trois à quatre semaines et offre des signes graves de démence paralytique. L'embarras de la pensée est considérable, les idées sont vagues, les souvenirs confus. Par moments, il a une agitation beaucoup plus saillante; ses traits reflètent l'hébétude; la parole est presque chevrotante, la station mal affermie et toute la démarche alourdie. Par suite de plusieurs purgatifs et d'un séton qui a réussi, l'obtusion a diminué, et le malade, qui a conscience de son état, a pu, quoique péniblement, nous dire qu'il travaillait dans une usine où, pour la préparation de la paraffine, il était exposé sans cesse aux émanations du sulfure de carbone, que d'abord il s'était senti du mal à la tête, des nausées, de l'insomnie et une sorte d'impuissance intellectuelle. Beaucoup d'ouvriers ne peuvent résister à cette influence délétère. Son récit semble mériter toute confiance. Des présages sinistres l'avertissaient d'un dénoûment dont les traits concordent parfaitement avec ceux décrits soit par M. Delpech ou nos autres confrères.

M. *Bergeron*. M. Delasiauve pourrait-il nous dire si chez son dernier malade les pupilles étaient dilatées?

M. *Delasiauve*. M. Bergeron me demande si, relativement au dernier malade, j'ai constaté l'état des pupilles. Mon attention, dans un examen rapide, ne s'est point portée sur ce point. La stupéfaction de la figure me fait présumer leur dilatation. A l'égard des idées que j'ai émises incidemment sur le *delirium tremens*, M. Brierre de Boismont me reproche de ne point avoir indiqué le caractère spécial des hallucinations, qui consistent généralement à voir et à chercher autour de soi des animaux le plus souvent hideux et petits, des souris, des oiseaux, des serpents, etc. Cette indication était inutile au but que je me suis proposé. D'ailleurs ce caractère n'est rien moins qu'absolu. Je sais la croyance commune; elle s'est surtout vulgarisée depuis l'excellente thèse d'un ancien interne de Bicêtre, M. Marcel, qui a fait ressortir cette singularité; mais elle est notoirement exagérée. Sur un chiffre de quarante-

deux malades à peine, la vue d'animaux immondes s'est-elle ostensiblement et surtout durablement manifestée huit à neuf fois? Les hallucinations de nature terrifiante ont, pour les trois quarts, trait à des appréhensions personnelles. On est menacé, poursuivi, attaqué, injurié. Quelquefois même les malades sont entraînés au suicide par le besoin d'échapper à des tribulations renaissantes.

Une distinction, je crois, doit être faite. La perversion sensoriale sur laquelle on insiste, rare dans les espèces bénignes du délire alcoolique, se remarque plus particulièrement dans la forme que j'ai appelée suralguë, où les pseudo-perceptions multipliées et brisées à l'infini sont tout à fait soumises à un empire automatique. J'ajouterai que, dans mes mémoires, j'ai fait cette réserve essentielle, c'est que la perturbation sensoriale n'a rien de fixe, que sa physionomie peut varier d'un jour, d'un moment à l'autre, et que les dessins partiels d'un tableau complet, si l'on tenait compte de toutes les manifestations sensoriales, offrirait de quoi justifier tous les systèmes, comme le prouve un fait extrêmement curieux emprunté par moi à un article de *Dictionnaire* écrit par M. Falret père.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 6 JUILLET 1860.

Discussion sur le mémoire de M. *Lagneau* fils sur les maladies syphilitiques du système nerveux.

Nouvelles observations sur la colique hépatique, par M. *Fauconneau-Dufresne.*

Société de biologie.

SÉANCES DES 17 ET 24 MARS 1860.

ÉTUDES SUR LES ANIMAUX RESSUSCITANTS.

M. *Broca*, au nom d'une commission composée de MM. Balbiani, Berthelot, Broca, Brown-Séquard, Dareste, Guillemin et Robin, lit un rapport sur la réviviscence des animalcules. Voici le résumé des résultats obtenus dans les expériences de la commission :

« 1° Les animaux dits *réviviscents* sont ceux qui peuvent être ranimés par l'humectation après avoir perdu, par suite d'une dessiccation plus ou moins complète, toutes les apparences, toutes les manifestations de la vie.

» 2° Lorsqu'ils sont plongés dans un milieu humide, ils vivent comme les animaux ordinaires; ils ne s'en distinguent par aucun caractère anatomique ou physiologique, et ne peuvent alors supporter, sans périr définitivement, une température supérieure à 50°.

» 3° Lorsqu'ils ont été privés de toutes les apparences de la vie par une dessiccation naturelle à l'air libre, ils peuvent supporter des températures beaucoup plus élevées, sans perdre leur propriété de réviviscence.

» 4° Ils peuvent alors subir de brusques changements de température, et franchir *tout à coup* un intervalle de près de 100° (de —17-6 à +78°), sans perdre leur propriété de réviviscence. (Pouchet, exp. X.)

» 5° Les procédés les plus parfaits de dessiccation artificielle à froid ne suffisent pas toujours pour enlever à ces animaux leur propriété de réviviscence.

» 6° Leur résistance aux températures élevées paraît s'accroître d'autant plus qu'ils ont été plus complétement desséchés d'avance.

» 7° Toutes les espèces réviviscentes ne résistent pas au même degré à la dessiccation artificielle et aux températures élevées.

» 8° Des animaux de la même espèce, suivant le milieu où ils ont été élevés, peuvent présenter sous ce rapport des différences très considérables; ceux qui ont vécu dans un milieu habituellement humide résistent moins ~~que ceux~~ qui ont vécu dans un milieu habituellement sec.

» 9° Les anguillules des tuiles perdent leur propriété de réviviscence plus aisément que les tardigrades et les rotifères; et ceux-ci paraissent doués d'une résistance supérieure à celle des tardigrades.

» 10° Nous avons vu une grosse anguillule, chauffée pendant trente minutes à 78° dans l'étuve de M. Pouchet, se ranimer après l'humectation. (Exp. XI.)

» 11° Les tardigrades émydiums, et surtout les tardigrades macrobiotes, ont pu se ranimer après avoir subi pendant cinq minutes une température de 98° dans l'étuve de M. Doyère. (Exp. VI et VII.)

» 12° Les rotifères peuvent se ranimer après avoir séjourné quatre-vingt-deux jours dans le vide sec, et subi immédiatement après pendant trente minutes une température de 100° degrés. (Exp. XXI.) Par conséquent, des animaux desséchés successivement à froid et à chaud, et parvenus au degré de dessiccation le plus complet qu'on puisse obtenir, dans l'état actuel de la science, sans décomposer les matières organiques, peuvent conserver encore la propriété de se ranimer au contact de l'eau.

» 13° L'exposition prolongée à l'air libre constitue pour les animaux réviviscents une épreuve très dangereuse et détruit en peu de mois leur propriété de réviviscence.

» 14° Ce résultat ne peut être attribué à la dessiccation, puisque des corps desséchés à l'air libre et à la températnre naturelle ne peuvent être considérés comme plus secs que les mêmes corps desséchés artificiellement d'abord à froid, puis à chaud, aussi complétement que possible.

» 15° Les dangers de l'épreuve de l'exposition à l'air libre ne pouvant être attribués au fait de la dessiccation, dépendent, selon toutes probabilités, des altérations matérielles que font subir aux corps des animaux réviviscents les variations continuelles de la température et surtout de l'humidité atmosphérique.

» 16° Les animaux déposés dans des boîtes, protégés par une couche épaisse de mousse ou de terreau, ou soustraits d'une manière quelconque à l'action directe de l'air extérieur, conservent leur propriété de réviviscence beaucoup plus longtemps que les animaux exposés directement aux vicissitudes atmosphériques. Néanmoins, dans ces conditions, ils cessent d'être réviviscibles au bout d'un certain nombre d'années.

» 17° La limite du temps pendant lequel ils conservent ainsi leur propriété de réviviscence est très variable : elle peut s'élever jusqu'à onze ans *au moins* pour les rotifères, jusqu'à vingt-huit ans *au moins* pour les anguillules du blé niellé.

» 18° Les dangers de l'épreuve du temps ne pouvant être attribués au fait de la dessiccation, dépendent, selon toutes probabilités, des altérations physiques ou chimiques que subissent à la longue les tissus et les principes immédiats des corps réviviscents.

» 19° Dans l'épreuve des températures élevées, la durée du chauffage n'est pas moins importante à considérer que l'intensité du chauffage.

» 20° La limite inférieure des températures que les rotifères peuvent supporter indéfiniment sans perdre leur propriété de réviviscence est encore indéterminée. Il paraît résulter, d'une expérience de M. Pouchet, que cette limite est inférieure à 56°.

» 21° La limite supérieure des températures que les rotifères peuvent supporter quelques instants sans perdre leur propriété de réviviscence est encore indéterminée. Il paraît résulter d'une expérience de M. Doyère, qu'elle est égale ou supérieure à 125°.

» 22° La température de l'ébullition de l'eau est aisément supportée pendant cinq minutes par les rotifères et les tardigrades, *préalablement desséchés* à froid (Exp. VI et VII); cette même température, prolongée pendant trente minutes, a anéanti chez tous nos tardigrades et chez la plupart de nos rotifères la propriété de réviviscence (Exp. XIX, XX et XXI). Il est extrêmement probable que, prolongée plus longtemps encore, elle aurait anéanti cette propriété chez tous les animaux.

» 23° Certaines matières organiques, préalablement desséchées, se comportent à cet égard comme les animaux réviviscents ; elles peuvent supporter quelque temps sans altération la température de l'ébullition qui, prolongée plus longtemps, altère soit leurs propriétés, soit leur composition chimique; mais, chauffées au contact

de l'eau ou de la vapeur d'eau, elles ne peuvent supporter, même pendant quelques instants, la température de l'ébullition sans subir des altérations irréparables.

» 24° Tout permet de croire que l'épreuve du chauffage, convenablement dirigée, ne porte atteinte à la propriété de réviviscence des rotifères qu'en portant atteinte à la composition chimique de leur corps.

» 25° La propriété de réviviscence des rotifères paraît aussi permanente ni plus ni moins que la matière organisée à laquelle elle appartient. »

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, etc., professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Bazin, et recueillies par M. L. Sergent, interne des hôpitaux, vol. in-8. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye.

Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Hardy, et recueillies par M. Moysant, 1re partie, 2e édit. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, par M. Gibert, 3e édition, 2 vol. in-8. Paris, 1860, chez Henri Plon.

L'année dernière, en rendant compte dans ce journal des leçons faites à l'hôpital Saint-Louis par M. Bazin, nous représentions ce professeur sous les traits d'un novateur, détruisant d'une main l'anatomisme exagéré de Willan et le dichotomisme un peu fantaisiste d'Alibert, et élevant de l'autre main un nouvel édifice dermatologique basé sur les principes d'un hippocratisme rajeuni. Cherchant à caractériser aussi nettement que possible l'esprit et la portée de cette réforme nosologique, nous disions que le but et le principal objet des efforts de M. Bazin étaient de « restaurer l'unité et la spécificité des maladies constitutionnelles arbitrairement démembrées par l'organicisme ; de renouer le lien des affections propres à ces maladies, encore brisé par les organiciens ; de faire ressortir avec précision leurs analogies et leurs différences, et d'attirer d'une manière toute particulière l'attention sur leur diagnostic. » Nous avons donné en même temps, selon M. Bazin, la définition des *maladies constitutionnelles*, et nous avons dit que cet auteur y comprenait la scrofule, la syphilis, la dartre et l'arthritis. Déjà M. Bazin avait tracé l'histoire des affections cutanées d'origine scrofuleuse et syphilitique dans ses leçons de 1856 et de 1858 ; en 1857, il avait exposé le résultat de ses recherches sur les affections cutanées parasitaires (voy. *Gaz. hebd.*, t. VI, p. 509 et 541) ; il lui restait, pour compléter ses études, à traiter de la dartre et de l'arthritis; c'est ce qu'il a fait dans ses leçons de 1859, qui ont été reproduites avec un soin scrupuleux et une irréprochable fidélité par M. Sergent, son interne.

Dans les publications précédentes, M. Bazin s'était attaché à démontrer l'insuffisance et les imperfections des classifications dermatologiques ; il avait indiqué et même développé les principes sur lesquels lui paraissait devoir être fondée une nouvelle classification tout à la fois rationnelle et pratique ; mais cette classification était encore à l'état de projet. Cette fois, nous la trouvons toute formulée dans les considérations générales du livre que nous analysons.

M. Bazin établit trois catégories d'états morbides, subdivisées en classes, genres et espèces :

I. Difformités (*congénitales* ou *acquises*) : Nævi, ichthyose, vitiligo.

II. Maladies chirurgicales. — A. *mécaniques :* plaies, déchirures, foulures, ecchymoses ; — B. *artificielles* (directes, indirectes ou pathogénétiques) ; — C. *parasitaires* (phyto-dermiques, insecto-dermiques).

III. Maladies internes. — A. *pestes :* éruptions pestilentielles (anthrax malin, charbon, etc.) ; — B. *fièvres :* éruptions fébriles (taches rosées, lenticulaires, sudamina, miliaire fébrile) ; — C. *exanthèmes :* éruptions exanthématiques (rougeole, scarlatine, variole, varioloïde, varicelle) ; — D. *pseudo-exanthèmes :* éruptions pseudo-exanthématiques (roséole, urticaire, pityriasis rubra aigu, pemphigus aigu, herpès phlycténoïde, zona) ; — E. *phlegmasies :* érysipèle ; — F. *hémorrhagies :* purpura ; — G. *maladies constitutionnelles; a.* scrofule (scrofulides), *b.* syphilis (syphilides), *c.* dartre (herpétides), *d.* arthritis (arthritides), *e.* scorbut (éruptions scorbutiques), *f.* pellagre (éruptions pellagreuses) ; H. *diathèses:* éruptions diathésiques (épithélioma, carcine, cancroïde, mycosis, etc.)

Telle est la classification que M. Bazin présente, non point comme parfaite, mais comme « la meilleure » dans l'état actuel de nos connaissances. « Les progrès de la science, ajoute-t-il, pourront apporter quelques changements à cette classification, mais ils ne sauraient en ébranler les bases. » *Portæ inferi non prævalebunt adversus eam.* Toutefois, sans avoir en aucune manière la prétention de jouer céans le rôle d'un Samson et d'essayer de secouer les colonnes du temple, nous demandons à l'auteur la permission de lui soumettre humblement quelques questions.

Où placera-t-il, par exemple, la pustule maligne? Sera-ce dans la classe des affections cutanées artificielles directes, ou bien dans celle des éruptions pestilentielles? D'un côté comme de l'autre, on y pourra trouver à redire. Si la pustule maligne est classée parmi les affections cutanées artificielles, à cause de son mode étiologique, qui est une contagion directe, une inoculation, on objectera son caractère de virulence et les désordres effrayants qui en résultent pour l'économie tout entière ; si, en raison des accidents généraux, elle est placée au nombre des affections pestilentielles, avec le charbon et l'anthrax malin, on arguera de son origine toute locale et de sa cause tout externe.

Pourquoi l'éminent professeur regarde-t-il l'érysipèle comme une phlegmasie, et la rougeole, la scarlatine, la variole, etc., comme des exanthèmes? Sur quoi repose cette distinction fondamentale? Les exanthèmes précités n'ont-ils pas des traits de grande ressemblance avec l'érysipèle (j'entends l'érysipèle spontané)? Comme lui, ne sont-ils point précédés et accompagnés de symptômes généraux? Ne sont-ils pas caractérisés localement par de la rougeur, de la chaleur et une certaine tuméfaction à la peau? Que leur manque-t-il donc de moins qu'à l'érysipèle pour offrir les marques d'une phlegmasie?

Ces remarques faites, dans le double but de remplir notre devoir de critique et de justifier le jugement de M. Bazin sur sa classification, qu'il ne regarde pas comme sans reproches, arrivons au sujet principal, à l'objet même de l'ouvrage.

Dans sa classification, M. Bazin emploie l'expression *dartre* au singulier ; cela paraît indifférent ; c'est, au contraire, capital ; car, là, est toute la doctrine. En effet, les auteurs qui se servent du mot *dartres*, au pluriel, MM. Hardy et Duchesne-Duparc, par exemple, désignent ainsi des affections cutanées diverses, dérivant, d'après eux, d'une même cause, la diathèse dartreuse. Or, M. Bazin n'admet point cette diathèse et regarde comme un « assemblage incohérent » le prétendu groupe naturel des dartres. « Pour nous, dit-il, il n'existe pas une famille naturelle d'affections cutanées que l'on puisse appeler *dartres*. Ces dartres se rattachent à trois principes, à trois maladies constitutionnelles, et forment trois groupes, différant et par les caractères objectifs des affections qui les composent, et par le traitement qu'ils réclament. » Ces trois maladies constitutionnelles sont : la scrofule, l'arthritis et la dartre ; les trois groupes d'affections qui leur correspondent sont : les scrofulides, les arthritides et les herpétides. Ainsi donc, M. Bazin emploie le mot *dartre* pour désigner une maladie constitutionnelle, et il divise, suivant leurs affinités pathogéniques, en trois genres, nosologiquement distincts, les affections cutanées disparates, généralement appelées dartres. Toutefois, reconnaissant que le mot dartre a vieilli, qu'il n'a pas de signification précise et que son emploi peut entraîner la confusion, il propose de remplacer ce terme suranné par la dénomination *herpétisme*, qu'on trouve souvent

dans les auteurs et qui est considérée comme synonyme de *vice dartreux*.

M. Bazin définit l'herpétisme « une maladie constitutionnelle, à longues périodes, à marche lente, continue ou intermittente, non contagieuse, constituée par des affections spéciales (*herpétides*), qui ont pour siége les membranes tégumentaires, les nerfs, les viscères, et caractérisée par la fréquence des récidives et la persistance des manifestations cutanées. » Nous ne pouvons nous empêcher de faire ressortir ce qu'il y a de vague et d'élastique dans cette définition, qui conviendrait tout aussi bien à la scrofule qu'à la dartre.

Transpiration rare et peu abondante; démangeaisons fréquentes et éruptions variées, éphémères, de la peau, maigreur habituelle, névroses diverses (gastralgie, migraine franche), caractère irascible et porté à la mélancolie : tels sont les principaux traits que l'auteur assigne à la constitution dartreuse.

La dartre offre dans son évolution quatre périodes : — la première, caractérisée par l'apparition de pseudo-exanthèmes fugaces; — la deuxième, par l'étendue et la fixité plus grandes des lésions; — la troisième, par des herpétides, tendant à se généraliser et par des affections viscérales nombreuses dont la disparition peut encore être obtenue : — la quatrième, enfin, par la gravité des lésions cutanées et par des désordres généraux véritablement cachectiques.

Les herpétides ont pour caractères communs de se montrer indistinctement sur toutes les parties du corps; de se manifester le plus ordinairement par des altérations du réseau vasculaire et du corps papillaire du derme; de s'étendre à de larges surfaces; de présenter une symétrie remarquable dans leur disposition; d'offrir à l'état humide, une coloration rosée et, dans la forme sèche, une nuance blanchâtre et nacrée; de donner lieu, dans le premier cas, à une sécrétion séreuse abondante, et, dans le second cas, à une production considérable de squames; d'engendrer des lésions primitives simples; d'affecter dans leur marche une grande mobilité; de ne laisser après elles aucune cicatrice persistante; de provoquer à la peau un prurit opiniâtre; enfin, de disparaître sous l'influence des préparations arsenicales.

L'auteur divise les herpétides en trois classes : 1° les HERPÉTIDES PSEUDO-EXANTHÉMATIQUES, distinguées en : *a. érythémateuses* (roséole, urticaire, pityriasis aigu, disséminé) : *b. vésiculeuses* (eczéma rubanné généralisé, herpès phlycténoïde, zona); *c. bulleuse* (pemphigus aigu); 2° les HERPÉTIDES SÈCHES, subdivisées en : *a. érythémateuses* (cnidosis herpétique, épinyctide); *b. squameuses* (pityriasis herpétique, psoriasis herpétique); *c. boutonneuses* (prurigo herpétique, lichen herpét.); 3° les HERPÉTIDES HUMIDES, distinguées en : *a. vésico-squameuse*, (eczéma herpét.); *b. bullo-lamelleuse* (pemphigus herpét.); *c, puro-crustacées* (mélitagre, ecthyma, furoncle).

Que faut-il entendre par arthritis? « Une maladie constitutionnelle non contagieuse, caractérisée par la tendance à la formation d'un produit morbide (le tophus) et par des affections variées de la peau, de l'appareil locomoteur et des viscères, affections se terminant généralement par résolution. » Il faut bien reconnaître que l'arthritis, telle que M. Bazin l'entend, est une création nosologique toute nouvelle. Les principaux caractères qu'il assigne à la constitution arthritique sont : une transpiration exagérée, la chute prématurée des cheveux, la tendance à l'obésité, une constipation habituelle, l'apparition des hémorrhoïdes, des migraines fréquentes, des congestions de la tête, des épistaxis, des fluxions et des caries dentaires, des troubles de la vue et de l'ouïe, enfin surtout le développement du système musculaire.

L'auteur divise la série des accidents arthritiques en quatre périodes : — La première est quelquefois marquée par une attaque de rhumatisme articulaire aigu; mais elle l'est le plus souvent par des affections légères, superficielles et temporaires de la peau et des muqueuses : érythème, urticaire, zona, herpès, furoncles, etc., coryzas, bronchites, ophthalmies, éruptions aphtheuses; — la deuxième période est essentiellement caractérisée par des attaques de goutte ou de rhumatisme articulaire aigu, et des affections cutanées persistantes; — dans la troisième période, les affections articulaires se généralisent et deviennent fixes; des désordres graves se produisent vers les viscères, tandis que la peau reprend ses caractères normaux; — dans la quatrième période, on voit survenir des affections organiques du cœur, l'asthme catarrhal, des congestions et des apoplexies viscérales, etc.

M. Bazin nomme arthritides les affections cutanées qu'il regarde comme dérivant de l'arthritis. Il divise les arthritides en trois classes : — 1° les ARTHRITIDES PSEUDO-EXANTHÉMATIQUES, qu'il distingue en : *a. érythémateuses* (érythème noueux, urticaire, pityriasis aigu disséminé); *b. vésiculeuses* (herpès phlycténoïde, zona); *c. bulleuse* (pemphigus aigu); 2° les ARTHRITIDES SÈCHES, qu'il distingue en : *a. érythémateuses* (intertrigo arthritique, couperose arthr., érythème papulo-tuberculeux, cnidosis arthritique); *b. squameuses* (pityriasis arthritique); *c. boutonneuses* (prurigo arthritique, lichen arthr., acné arthr.); — 3° les ARTHRITIDES HUMIDES, subdivisées en : *a. vésico-squameuses* (eczéma arthritique, hydroaarthritique); *b. bullo-lamelleuse* (pemphigus arthritique); *c. puro-crustacées* (mentagre arthritique, ecthyma, furoncle).

Sur quoi se fonde M. Bazin pour créer cette grande classe des arthritides? Il se fonde sur l'identité de cause et de nature des diverses affections ainsi dénommées, sur leurs relations pathogéniques, sur l'analogie de leurs caractères objectifs et sur leur tendance à disparaître sous l'influence du même remède. Les arthritides ont pour caractères communs de se développer principalement sur les parties découvertes et dans les régions les plus riches en glandes sudorifères et pileuses; de présenter la forme nummulaire; d'affecter une coloration rouge vineuse ou framboisée; de donner lieu à une sécrétion peu considérable et quelquefois nulle; d'être séparées par des intervalles de peau saine, qui n'ont pas de tendance à se réunir; d'être constituées par une grande variété de lésions anatomiques primitives; de récidiver avec une grande facilité, mais toujours sur les mêmes régions; de n'être soumises à aucune distribution symétrique et régulière; de provoquer des élancements, des picotements ou de la cuisson dans les parties affectées; enfin, de guérir par l'administration des alcalins.

La première chose qui frappe, en jetant un coup d'œil comparatif sur le groupe des herpétides et sur celui des arthritides, c'est de retrouver de part et d'autre les mêmes affections cutanées. Ce n'est donc point sur la lésion, sur l'élément anatomique que repose la distinction nosologique, établie par M. Bazin; c'est sur un ensemble de caractères tirés de la cause du mal, de certaines particularités de sa marche et de son évolution, de ses rapports avec d'autres phénomènes morbides qui, au premier abord, semblent lui être complétement étrangers. Il n'est pas donné à tout le monde de saisir ces relations et de s'élever ainsi de la notion matérielle de la lésion à la conception philosophique de la maladie. Il faut, pour cela, le concours d'une observation persévérante, d'une sagacité peu commune, d'une grande habileté de tact, d'un jugement droit et d'un esprit essentiellement généralisateur et synthétique. Telles sont les qualités qui distinguent le caractère scientifique de M. Bazin. Ses doctrines concernant la dartre et l'arthritis sont exposées avec une remarquable lucidité et soutenues avec un rare talent. Les meilleurs arguments que puisse fournir l'induction, les preuves les plus solides que puisse donner l'expérience, l'auteur les met au service de sa cause. Jusqu'à présent, parmi les dermatographes, il est le seul de son avis; mais nous ne doutons pas qu'il ne parvienne à rattacher à son école de nombreux disciples, si l'ardeur des convictions, la netteté des démonstrations, la clarté de la méthode et le don de la parole ont encore le pouvoir de faire des prosélytes.

— M. Hardy vient de publier le deuxième volume de ses *Leçons sur les dartres, les scrofulides et les syphilides*. Si nos lecteurs se souviennent encore de ce que nous avons dit, l'an dernier, touchant cet ouvrage (*Gaz. hebd.*, t. VI, p. 573), ils ne seront pas surpris de la rapidité de son succès.

(*La suite au prochain numéro.*) A. LINAS.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 13 JUILLET 1860. N° 28.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, du 4 juillet 1860, le nombre des places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris pour lesquelles un concours a été ouvert à Paris, le 15 juin dernier, est porté de *deux* à *trois*. Cette place est affectée à la première section (sciences anatomiques et physiologiques).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 15 au 30 juin 1860.

99. TRINQUIER, A., né à Saint-Michel (Hérault). [*De la cautérisation transcurrente superficielle dans quelques névroses symptomatiques des maladies de l'utérus et de ses annexes.*]

100. GOURSSIES, Saint-Prime, né à Saint-Brice (Gironde). [*De la coqueluche.*]

101. PLANTIER, Louis-Pierre, né à Noirmoutier (Vendée). [*De la stérilité chez la femme.*]

102. BRONGNIART, Jules, né à Paris (Seine). [*Considérations sur la dyscrasie veineuse, précédées de la traduction du Traité de Stahl :* « De « vena portæ, porta malorum hypochondriaco-splenetico-suffocativo-hysterico-colico-hemorrhoïdariorum. (Halle, 1698.) »]

103. COLLARD, E., né à Beine (Marne). [*De la pellagre sporadique (observée dans le département de la Marne) et de ses causes.*]

104. BERNARD, Auguste-Prospor, né à Montmort (Marne). [*Quelques mots sur le traitement des fractures de la jambe par les appareils hémi-périphériques en plâtre combinés avec la suspension.*]

105. HEURTAUX, Alfred, né à Nantes (Loire). [*Du cancroïde en général.*]

106. PRUDHOMME, Ambroise-Simon, né à Pithiviers (Loiret). [*De la première dentition et des accidents qui accompagnent l'éruption.*]

107. RIOBÉ, Auguste, né à Avesnières (Mayenne). [*De quelques complications observées dans la variole.*]

108. DELSOL, L.-Auguste, né à Pomarède (Lot). *Du diagnostic des fausses grossesses.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
BOURBON.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 12 juillet 1850.

La discorde est dans l'armée. La médecine militaire se divise sur la question qui occupe en ce moment l'Académie. Au manifeste de M. Poggiale en faveur de l'iatrochimisme, à celui de M. Piorry (qui a porté le collet de velours rouge), M. Gimelle vient de répondre par une déclaration formelle de vitalisme. M. Gimelle ne croira à la chimiâtrie que le jour où les chimistes feront des organes, ou, tout au moins, des liquides animaux. Il veut du sang : son collègue du Val-de-Grâce ne peut pas lui en fabriquer ; voilà toute la querelle.

M. Bouillaud prendra la parole dans la prochaine séance ; M. Malgaigne l'a demandée ensuite ; on pense que M. Poggiale ne se tiendra pas pour battu, M. Trousseau encore moins. La discussion n'est donc pas près d'être close ; aussi n'attendrons-nous pas la fin pour présenter nos dernières explications. Nous espérons le faire dans le prochain numéro.

A. D.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DOCUMENTS INÉDITS TIRÉS DES ARCHIVES DE L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE, publiés par M. AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. FRÉD. DUBOIS, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir les numéros 24 et 27.)

Mémoire où l'on se propose de donner les moyens les plus convenables pour parvenir à la guérison des polypes qui viennent dans les narines, par M. MERTRUD Ier.

Ce travail présente peu d'originalité; il est conçu à la manière d'un article de dictionnaire et se recommande surtout par un cer-

tain luxe d'érudition et par une exposition claire. Comme nous nous attachons plus à rechercher les idées de nos prédécesseurs qu'à reproduire leurs recherches bibliographiques, nous ne prendrons guère dans le mémoire de Mertrud que les rares passages où il fait allusion à sa propre pratique.

Comme la plupart de ses contemporains, il distingue les polypes en bénins et malins, et assimile ces derniers aux véritables cancers. Il recommande de n'y point toucher. A peine est-il nécessaire de rappeler que bon nombre de prétendus polypes cancéreux n'étaient autres que des tumeurs fibreuses nasales, maxillaires ou pharyngiennes, et que la malignité leur était attribuée d'après leur couleur, leur consistance, les ravages qu'ils faisaient dans le squelette de la face, les hémorrhagies qu'ils provoquaient, et les récidives qu'ils présentaient comme règle, en raison surtout des opérations très insuffisantes qu'on leur opposait.

Mais ce n'est pas ici le lieu de montrer dans quelles erreurs les chirurgiens étaient entraînés faute de notions d'anatomie pathologique, et je dois reprendre mon analyse.

Mertrud divise le traitement en deux sections : par les médicaments et par les instruments. Bon nombre de ses recettes se trouvent déjà dans Glandorp; il ajoute les plus récentes. Sous cette rubrique de cure par médicaments, je vois surtout des applications topiques faites avec des substances caustiques pour la plupart. A propos de la cure instrumentale sont énumérés : l'excision, l'arrachement, l'abrasion avec la corde à nœuds, la ligature, la torsion, la scarification, la cautérisation potentielle, puis la cautérisation avec un fer rouge enfoncé au centre du polype, la section du pédicule avec des ciseaux rougis au feu, l'arrachement avec les doigts attribué à Morand, etc., et l'auteur ne fait que signaler, pour les polypes placés derrière la luette, l'incision du voile du palais, qu'il attribue à J.-L. Petit, et qu'il n'apprécie pas. Il mentionne aussi l'incision de la narine pour faciliter l'extirpation du polype qui est profond; mais, d'accord avec Heister, il regarde cette opération préliminaire comme inutile et douloureuse, et il ajoute avec assez de raison « que l'obstacle qui empêche l'intromission de la pince vient plutôt de la part des os du nez et du cornet inférieur que de l'aile du nez, qui n'a pas beaucoup d'étendue. »

Nous trouvons ensuite l'indication des divers moyens propres à arrêter l'hémorrhagie consécutive à l'opération des polypes. Parmi ceux-ci, on mentionne un instrument inventé par M. Delaforest, et qui offre une grande ressemblance avec la sonde imaginée par Bellocq plus tard sans doute, car Mertrud n'en parle pas. Voici le passage : « M. Delaforest a facilité le moyen de passer le séton du nez dans la bouche ; il a imaginé une aiguille faite d'un ressort de montre garni d'un bouton à son extrémité et engagée dans une canule droite, à peu près comme un pharyngotome. On porte cette canule, armée de son aiguille, jusqu'au fond de la gorge, en entrant par la narine ; on pousse ensuite l'aiguille, qui ne tend qu'à se courber, et, par conséquent, se porte vers le devant de la bouche. A la partie postérieure de l'aiguille, on attache un bourdonnet ou un morceau d'agaric au moyen duquel on peut aisément arrêter l'hémorrhagie. »

Voici la première fois que j'entends parler de cette aiguille, et je ne connaissais pas d'autre instrument conçu suivant ce plan que la sonde de Bellocq. Mertrud se trompe-t-il aux dépens de ce dernier, ou Delaforest est-il réellement l'inventeur de cet ingénieux mécanisme? C'est là une question historique qu'il serait juste de résoudre, mais que je ne puis trancher en ce moment.

Mertrud avait adopté dans sa pratique la méthode de Thibaut, « consistant à appliquer deux petits emplâtres défensifs entre le polype et les parties saines pour garantir celles-ci contre l'action des caustiques. Si l'on ne prend pas cette précaution, le beurre d'antimoine détermine des douleurs très intenses, brûle et enflamme la pituitaire; aussi les malades aiment-ils mieux, lorsque la récidive survient, garder toute leur vie le mal que de se soumettre de nouveau à une opération aussi douloureuse. » Ce passage prouve qu'à cette époque la cautérisation était en faveur, et qu'on l'exécutait avec le caustique qui, aujourd'hui encore, est d'un fréquent usage ; mais, en revanche, il démontre que cette méthode était d'un emploi difficile et causait de grandes souffrances. Il ne garantissait pas contre la récidive, car Mertrud ajoute : « Les précautions prises comme il est dit ci-dessus n'empêchent pas les polypes, quoique bénins, de revenir au bout de six mois, un an et même deux ans; j'ai été obligé plusieurs fois de faire l'extirpation, d'autres fois de les consumer pour être certain d'une guérison radicale. »

Pour prévenir ces récidives opiniâtres, notre auteur recommande vivement d'attaquer la cause du polype par les médicaments pris à l'intérieur, tels que les mercuriaux, les antimoniaux, « fondants les plus puissants et les plus propres à dégorger les vaisseaux et à donner au suc le degré de fluidité nécessaire pour rendre radicale une cure qui, sans cette précaution, n'est presque jamais que palliative. » « Ces remèdes, ajoute-t-il plus loin, m'ont toujours bien réussi, puisque j'ai eu, dans l'espace de deux ans, cinq malades, dont un ne voulait plus faire aucun remède, attendu les grandes douleurs qu'il avait ressenties de l'usage des caustiques, et deux autres à qui j'étais obligé tous les trois ou quatre mois d'extirper de nouveaux polypes, et que l'usage des fondants a parfaitement guéris.

» Je ne puis m'empêcher de dire que j'ai passé par les grands remèdes un malade qui avait un polype à chaque narine depuis près de dix ans; il était dans l'usage d'en faire l'extirpation lui-même par le moyen de petites pinces qu'il s'était fait faire, et cela tous les quinze jours ou trois semaines, et, quand il tardait plus longtemps, il ne pouvait respirer; il s'est trouvé fort heureux d'être guéri en même temps de l'une et l'autre maladies; il y a de cela huit ou neuf ans et se porte toujours très bien. »

L'insistance avec laquelle Mertrud préconise le traitement général concomitant m'a paru le point le plus important de son long mémoire, et j'ai rappelé à dessein ces conseils, qui me paraissent dignes d'examen, actuellement surtout que la médication interne est déclarée absolument inutile dans nos meilleurs traités classiques. L'opiniâtreté désespérante avec laquelle les polypes muqueux repullulent autoriserait les praticiens à tenter quelque chose qui secondât au moins les moyens chirurgicaux proprement dits.

Mémoire sur les polypes du nez, par M. Bourrienne, chirurgien-major des hôpitaux de l'armée du roi, en Corse.

Après quelques généralités sur les polypes, qu'il range dans la classe des sarcomes, l'auteur décrit sommairement les causes, les variétés, les symptômes, le pronostic des polypes du nez ; il parle des ravages qu'ils peuvent causer dans les parties profondes de la face ; mais ne décrit pas d'une manière particulière ceux qui naissent dans le pharynx. Il énumère ensuite les diverses méthodes curatives proposées, entre autres la ligature, « moyen facile à décrire, mais d'une exécution pénible et souvent impossible. »

Enfin, il arrive aux observations qui lui sont propres; c'est la partie originale du travail, tous les préliminaires ne renfermant rien de saillant qui mérite d'être reproduit.

Voici le premier fait :

Obs. I. — Un homme du cap Corse, âgé de cinquante ans, avait un polype dans la narine droite depuis seize ans. L'accroissement fut d'abord lent et le malade ne fit rien pour s'en débarrasser. Au bout de huit ans toutefois, le volume était tel que la respiration ne pouvait se faire que par la bouche. Comme il n'y avait pas dans l'île de chirurgiens instruits, notre homme alla se confier au chirurgien-major d'un des hôpitaux de Gênes. Celui-ci tenta l'extraction avec les tenettes ordinaires. Comme le polype était peu consistant et de nature muqueuse, il ne put en arracher qu'une petite portion. Il réitéra sept à huit fois le même moyen sans soulager beaucoup le malade. Il passa alors un séton par l'arrière-narine et le saisit à l'aide d'une pince par la narine antérieure, et parvint ainsi à emporter une plus grande quantité du polype. L'opéré revint dans l'île après un mois de pansement et se croyait guéri. Six mois plus tard, la narine s'obstrua et la tumeur fit des progrès de jour en jour. Au bout d'un an, les douleurs et la difficulté de respirer engagèrent le malade à retourner à Gênes, où le même chirurgien le traita par les mêmes moyens et avec le même succès. Les pansements et les soins avaient duré trois mois. Quelques mois après, le nez s'embarrassa et le patient s'adressa à des gens de son pays qui lui promirent la guérison par l'emploi de différentes plantes. Cependant le polype continua ses progrès au point de s'étendre jusque dans le sinus maxillaire, où il s'accrut considérablement. Pendant plusieurs années, aucun secours ne fut employé. La tumeur de-

vint monstrueuse et occasionna de grands ravages dans le côté droit de la face. Grandes douleurs de tête, difficulté de respirer, écartement de l'os maxillaire et de l'os de la pommette, l'œil droit très saillant et presque sorti de l'orbite. Une partie du polype sortait par la petite ouverture, vis-à-vis l'os de la pommette, puis, avec le temps, il se forma deux tumeurs : l'une, très considérable, entre l'apophyse malaire et la branche montante de l'os maxillaire, l'autre, grosse comme un œuf de poule, située au grand angle de l'œil. Elles étaient séparées l'une de l'autre par une bride que formaient les téguments. Il y avait des douleurs cruelles à la tête et à la face. Tel était son état lorsque je vis ce malheureux en mars 1766. Après avoir bien examiné la nature et l'étendue du polype, je fis faire une tenette un peu courbe pour pénétrer plus aisément jusqu'au sinus maxillaire. Mais il fallait auparavant détruire les deux tumeurs indiquées ci-dessus. En les incisant, je craignais qu'il ne vînt un abcès fistuleux; mais aux grands maux les grands remèdes : le malade était en danger de périr. Il fut donc préparé par une saignée, une purgation et une tisane rafraîchissante. Trois jours après, j'ouvris la grosse tumeur; il en sortit dix à douze onces d'une matière glaireuse. Je pénétrai avec le doigt dans l'intérieur du sinus au moyen de l'écartement des os, et sentis une masse fongueuse assez volumineuse que je poussai du côté de la narine, puis je reconnus très distinctement avec l'index droit introduit dans la fosse nasale que le polype du nez et celui du sinus ne faisaient qu'un seul corps. Je pensai qu'il serait facile de faire l'extraction par le nez en poussant, avec un doigt porté dans le sinus, toute la masse polypeuse du côté de la narine externe.

Le malade était faible et fatigué. Je remis la suite de l'opération au troisième jour. Il y eut un peu de fièvre, calmée par une petite saignée. Le quatrième jour, j'ouvris la tumeur située au grand angle de l'œil; il en sortit beaucoup de matière semblable à la première, et je procédai tout de suite à l'extraction du polype. Le doigt porté dans le sinus maxillaire poussa la tumeur du côté de la narine. Je la saisis avec la tenette, mais n'en pus emporter que peu à la fois, vu son peu de consistance. Je travaillai près de deux heures et j'en emportai près de huit onces. Je laissai le malade tranquille pour ce jour-là. Les plaies des tumeurs furent pansées à sec; une tente imbibée d'eau de Rabel fut placée dans la narine pour arrêter le sang.

Les plaies furent pansées tous les jours méthodiquement; en six semaines, une bonne cicatrice fut obtenue. Chaque jour les os se rapprochaient et l'œil rentrait dans l'orbite; chaque jour je travaillais à extraire le plus possible du polype. Malgré les injections détersives, il semblait se régénérer, et pendant cinq mois j'en ai tiré une quantité incroyable. Enfin, le 6, le malade a été entièrement guéri. Depuis dix-huit mois, il n'a ressenti aucune incommodité. Le nez, qui était bien difforme avant l'opération, a repris à peu près sa forme naturelle.

Il est aisé de voir que les désordres occasionnés par le polype ont été en partie cause de sa guérison. Il eût été, en effet, impossible de pénétrer dans le sinus maxillaire sans l'écartement qui s'était fait dans les os et qui a donné la faculté d'emporter le polype par l'une et l'autre voies.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre : c'est un exemple de polype muqueux ayant envahi le sinus maxillaire après avoir rempli longtemps la seule fosse nasale.

Malgré sa structure et sa faible consistance, il s'était comporté, grâce à la durée il est vrai, comme une véritable tumeur fibreuse, car, après avoir repoussé, écarté, distendu les os, il avait déterminé la résorption de la paroi antérieure du sinus maxillaire, et sans doute aussi de la branche montante du maxillaire. La formation de deux poches remplies de liquide muqueux au-devant de la masse polypeuse constitue un détail assez curieux d'anatomie pathologique; ce fluide était sans doute sécrété par des vestiges de la pituitaire ou de la muqueuse du sinus. En tous cas, ces collections devaient augmenter singulièrement le volume de la tumeur.

Le traitement mérite quelques réflexions. En fait, une voie préliminaire fut ouverte par la face, permit d'arriver dans le sinus et facilita beaucoup l'extraction du polype; cependant, il ne faudrait pas voir dans cette pratique un plan prémédité, la création d'une voie artificielle conçue dans le but que l'on s'est proposé plus tard en perforant la partie antérieure du sinus. L'exemple, néanmoins, a dû profiter aux autres chirurgiens, qui n'avaient guère songé à ouvrir l'antre d'Highmore que par la voie buccale. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que le mémoire de Bordenave n'avait pas encore paru, et que, par conséquent, les maladies du sinus maxillaire étaient peu connues et timidement traitées. Quoique guidé seulement par la nécessité, Bourrienne fit donc une chose neuve, utile et digne d'être imitée; seulement, il n'en tira pas tout le parti possible. En effet, il ne songea point à se servir de l'ouverture faciale pour la destruction consécutive du prolifique polype qu'il avait à traiter. On peut également s'étonner qu'il n'ait point songé à détruire les restes de la tumeur par les caustiques ou par le fer rouge, comme cela avait déjà été fait précédemment, et entre autres par Garengeot. Mais la critique est aisée après coup, aussi je n'insiste pas et passe à l'observation suivante, qui offre également son intérêt.

Obs. II. — Un jeune homme de dix-sept ans, de Lotta, en Corse, portait depuis sept ans un polype dans la narine gauche sans avoir subi aucun traitement. Son volume était considérable; il remplissait entièrement la narine depuis son orifice antérieur jusqu'à l'arrière-narine. Les os propres et le cartilage de l'aile de ce côté étaient déjetés en dehors. Le polype était dur, rougeâtre et douloureux; sa base, fort étendue, semblait adhérer à une grande partie de la pituitaire, et la narine était tellement remplie qu'il n'était pas possible d'y introduire un stylet. Tel était l'état du malade le 10 juillet 1766. Je le retins à Bastia, le préparai par une saignée et une purgation, enfin je l'opérai le quatrième jour avec une tenette ordinaire, en prenant soin, d'après le conseil donné par M. Garengeot, de ne point faire l'extirpation violemment. J'en saisis avec peine une petite portion. Je fis plusieurs demi-tours à droite et à gauche et j'en emportai à peu près gros comme une noix.

Il survint une hémorrhagie si considérable que je ne cherchai point à en emporter davantage et que je cherchai à arrêter le sang qui coulait avec force. Les styptiques ordinaires furent insuffisants, mais le malade se sentit faible et le sang s'arrêta. J'accordai six jours de repos et prescrivis une tisane émulsionnée. Les forces étant reparues, je recommençai par le même moyen, ayant plus d'aisance pour saisir une plus grande portion du polype. J'essayai l'extraction, mais ayant éprouvé une grande résistance, je n'en pus avoir plus que la première fois. L'hémorrhagie fut si grande que j'appréhendai pour les jours du malade. Tous les moyens ordinaires ayant échoué, je trempai un bourdonnet dans l'eau mercurielle, qui cautérisa l'extrémité des vaisseaux et arrêta l'hémorrhagie. Je ne retirai le bourdonnet que le troisième jour; une eschare considérable se détacha, et je vis que le polype avait diminué de volume.

Je devins alors prudent, et renonçant à l'extraction, je continuai les caustiques en choisissant le beurre d'antimoine, que je portai sur la masse polypeuse à l'aide d'un chalumeau de paille. Je recommençais tous les trois jours, et à chaque pansement j'emportais une portion considérable du polype. Le résultat fut satisfaisant. En cinq mois, je détruisis le polype entièrement et sans hémorrhagie. Le nez a repris sa forme ordinaire, et le malade est entièrement guéri.

Bourrienne ajoute quelques réflexions : « S'il s'était opiniâtré, dit-il, à continuer l'extraction, le malade aurait péri d'hémorrhagie... Lorsque le polype est dur, douloureux et parsemé de vaisseaux sanguins à la surface, il n'est pas prudent d'employer les tenettes, les caustiques méritent la préférence.... Ce moyen est rejeté mal à propos par plusieurs personnes; je l'ai vu réussir dans plusieurs occasions. Le beurre d'antimoine doit être préféré.... Il serait dangereux d'employer ce moyen pour un polype carcinomateux, car on sait que l'application des caustiques effarouche beaucoup l'humeur cancéreuse. »

La conduite suivie par notre auteur mérite l'approbation. Dans les cas, en effet, de polype vasculaire et fibreux, les extirpations incomplètes provoquent fréquemment l'hémorrhagie, il faut donc en faire l'ablation radicale instantanée ou faire la destruction lente avec le caustique. Le premier de ces buts ne peut être rempli qu'à l'aide d'une opération préliminaire, et, dans le cas actuel, la fente du nez aurait été indiquée; mais on sait que les chirurgiens n'étaient pas entrés dans cette voie, ou, pour parler plus exactement, en étaient sortis à l'époque en question. Notons, en passant, le choix du caustique, le procédé précis et exact à l'aide duquel il était porté sur la tumeur; enfin la durée du traitement, qui fut de cinq mois. Comme tous les chirurgiens du XVIII[e] siècle, Bourrienne proscrit la cautérisation dans le cas de polype carcinomateux, et cependant les signes qu'il attribue à la tumeur qu'il a traitée se rapportent précisément aux polypes qu'on décrivait alors comme malins ou cancéreux.

(1) Ce détail permet de fixer au milieu de l'année 1768 la rédaction de ce mémoire. Son envoi à l'Académie suivit sans doute de près son achèvement.

Le mémoire se termine par une dernière observation destinée à démontrer que, lorsque le polype est solide, indolent et à base étroite, il peut être guéri par la ligature ou l'extraction. Ce dernier moyen n'est pas difficile.

OBS. III. — En novembre 1758, je fus consulté par une femme de Dusseldorf qui avait depuis plusieurs années un polype dans la narine gauche; il emplissait complétement cette cavité et refoulait le vomer à droite. Il y avait difficulté de respirer. L'examen montra que la partie renflée était isolée de toutes parts, et que le pédicule, fort étroit, se portait du côté de l'arrière-narine; il n'y avait aucune douleur. J'exécutai l'extraction en présence du chirurgien du prince palatin. Pour cela, j'embrassai la masse polypeuse avec la tenette jusqu'à sa racine et l'emportai presque en totalité en faisant plusieurs tours à droite et à gauche. Je n'eus pas de peine à enlever quelques lambeaux qui restaient. Je fis suppurer la plaie pendant quelque temps, je fis des injections détersives et j'en imbibai une tente que la malade portait nuit et jour. En deux mois, j'obtins une guérison solide.

Ce qui prouve, dit en terminant Bourrienne, que les moyens curatifs doivent varier avec l'espèce et l'étendue des polypes; proposition que nous adoptons volontiers avec l'auteur.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

TRAVAUX ORIGINAUX.

L'EXPLORATION DU CANAL AUDITIF EXTERNE ET DU TYMPAN. SON IMPORTANCE. EXAMEN CRITIQUE DES MÉTHODES EMPLOYÉES JUSQU'A PRÉSENT, ET INDICATION D'UNE MÉTHODE NOUVELLE, par le docteur DE TROELTSCH, à Wurzbourg; résumé et traduit par le docteur A. CHATELAIN (de Neuchâtel).

(Suite et fin. — Voir les numéros 24 et 26.)

Le mode d'éclairage au moyen du miroir concave puissant et modérément grand qui vient d'être décrit, répond complétement, d'après mes expériences, à toutes les exigences du sujet, et il a de grands avantages sur les autres modes usités jusqu'à présent. Contrairement à tous les appareils d'éclairage artificiels, celui-ci ne change nullement la couleur des parties, mais la rend vraie et distincte; un miroir concave est certainement chose très simple, peu coûteuse, et se transporte avec facilité dans la poche. Tous les désavantages et les défectuosités que nous avons vu être inhérents à l'emploi direct de la lumière du jour ou du soleil sont ici évités. On peut employer cette méthode et toujours voir suffisamment par tous les temps, même par un ciel sombre, à moins que d'épais nuages n'obscurcissent tout l'horizon.

Si l'on doit examiner de nuit, comme cela m'est arrivé quelques fois dans ma grande pratique, on n'a qu'à projeter la lumière de sa lampe d'étude au moyen du miroir concave, dans le conduit auditif du patient et éclairer ainsi les parties, dont la couleur sera naturellement un peu changée. On peut aussi, de cette manière, examiner les malades dans leur lit ou en général loin de la fenêtre, si celle-ci n'est pas trop éloignée ou si une paroi bien éclairée est dans le voisinage. L'exploration faite ainsi est pardessus tout facile et commode; on ne se fait pas d'ombre à soi-même, et cependant l'on peut s'approcher de très près de l'objet à examiner, de sorte que l'on aperçoit tout à fait exactement les plus petites et les plus fines différences de forme et de couleur que même l'œil le plus perçant ne pourrait apercevoir à quelque distance. J'ai eu l'occasion de me persuader combien de personnes jusqu'alors peu exercées parviennent promptement, de cette manière, à bien voir le tympan et même à décrire exactement les délicates altérations dont il peut être affecté. Des collègues étrangers assistent très souvent à mes consultations: en outre, je donne, ~~pour de~~ jeunes docteurs ou pour des étudiants déjà avancés, des cours sur des maladies de l'oreille avec démonstrations cliniques et pratiques, dans lesquels l'exploration de l'oreille avec le miroir joue naturellement un grand rôle. Je vois ainsi que des collègues de tous les âges savent parfaitement bien manier spéculum et miroir après s'en être servis quelque temps sous ma direction. Ma méthode n'est donc nullement difficile à apprendre, beaucoup moins difficile que le maniement de l'ophthalmoscope; et je la recommande, pour l'introduction générale dans la pratique, comme étant bonne, toujours praticable et répondant parfaitement à tout ce qu'on est en droit d'exiger.

On me permettra maintenant d'exposer quelques faits pathologiques dont la notion m'a été donnée principalement par l'emploi de mon moyen d'exploration. Ce sera comme une consécration pratique des avantages de ce moyen.

Je veux parler de quelques particularités relatives aux maladies du tympan, particularités dont je constate chaque jour davantage la fréquence, à mesure que j'examine plus de malades et dissèque plus d'organes auditifs. Il s'agit des adhérences de la surface interne du tympan avec la paroi opposée de l'oreille moyenne, et les osselets de l'ouïe. Toynbee a le premier démontré, par ses recherches anatomico-pathologiques, l'existence dans la caisse du tympan de pareilles altérations adhésives; le résumé des résultats de toutes les dissections qu'il a pu opérer dernièrement (1), met particulièrement en évidence la fréquence extraordinaire des réunions anormales des différentes parties de l'oreille moyenne, soit entre elles, soit avec le tympan. J'ai décrit un cas très caractérisé de cette espèce dans l'autopsie n° XV au XVIIe volume des ARCHIVES DE VIRCHOW; et bientôt, dans une continuation de mes « *Contributions anatomiques à l'otiatrie,* » dans le même journal, je communiquerai plusieurs cas du même genre. Je rencontre assez souvent sur le vivant des états pareils à ceux que j'ai trouvés sur le cadavre, et leur fréquence peut parfaitement bien être expliquée par la conformation anatomique des parties. Le diamètre en profondeur de la caisse du tympan, soit la distance de cette membrane à la paroi qui lui est opposée, et qu'on nomme *paroi du labyrinthe*, est le plus petit de tous les diamètres de cette cavité; variant suivant les différents endroits où on le mesure, il est étroit surtout entre l'extrémité du manche du marteau (ou la partie du tympan la plus convexe en dedans) et la paroi du labyrinthe, et entre la partie inférieure et antérieure du tympan et la partie la plus convexe du promontoire. J'ai mesuré ces diamètres et trouvé que le premier est de 2 millimètres et le second de 2 millimètres 1/2. Si l'on réfléchit maintenant combien ce petit espace est facilement effacé lors de l'infiltration et du gonflement des muqueuses opposées qui viennent ainsi à se toucher complétement, on comprend comment, dans un état inflammatoire de la cavité tympanique, des accolements et des liens adhésifs s'y forment si facilement, et précisément à ces endroits étroits dont il vient d'être fait mention. Un rapprochement entre la paroi externe de l'oreille moyenne, c'est-à-dire du tympan, et celle du labyrinthe, est encore favorisé par deux ponts de réunion qui s'étendent de l'une à l'autre au travers de la cavité, et servent ainsi d'intermédiaires à la réunion et à l'adhérence de ces parois; c'est la chaîne des osselets de l'ouïe d'un côté, et le tendon du muscle tenseur de l'autre. Encore plus près du tympan, à sa partie supérieure et postérieure, se trouve la longue branche de l'enclume. En présence de ces dispositions anatomiques, on ne doit pas s'étonner de rencontrer si souvent sur le cadavre des réunions et des adhérences de ces parties. Sur le vivant où, je le répète, je rencontre cet état de plus en plus fréquemment, ou bien le tympan est en totalité anormalement concave, et le manche du marteau se montre particulièrement tiré en dedans; ou bien on voit quelques parties du tympan (plus souvent la moitié antérieure ou la partie près de laquelle se trouve en haut et en arrière la longue branche de l'enclume) plus ou moins retirées en dedans. A cette différence dans la courbure normale se joignent souvent des altérations de couleur et de consistance, des plis et des rides. Pour bien apprécier l'étendue de pareilles adhérences ou les montrer à d'autres, il faut commander au malade de pousser l'air dans la cavité du tympan en tenant la bouche et le nez fermés; le tympan se gonfle, et, tandis qu'il s'avance davantage en dehors, on voit très

(1) *A Descriptive Catalogue of Preparations illustratives of the Diseases of the Ear in the Museum of Joseph Toynbee.* London, 1857.

distinctement se dessiner les adhérences qui ne peuvent se mouvoir en dehors avec le reste de la membrane, et qui, par cela même, se distendent et s'allongent. Quelquefois les malades ne peuvent se prêter à ce gonflement du tympan, et souvent la force motrice est trop faible. Je me sers alors d'air comprimé dans une pompe à compression, que je fais entrer par saccades au moyen du cathéter dans la cavité tympanique, pendant que j'éclaire et examine le tympan. De cette manière, tous les phénomènes et les différences de motilité de cette membrane se dessinent d'autant plus distinctement. Par cette méthode, ou en soufflant fortement dans le cathéter pendant que le tympan est soumis à l'exploration, j'ai très souvent rendu les choses claires à mes auditeurs ou à des collègues. On peut, sous tous les rapports, comparer ces altérations aux synéchies postérieures, aux adhérences entre la capsule de la lentille et l'iris, qui sont si souvent les suites de l'iritis et occasionnent toujours de nouvelles irritations inflammatoires et de nouvelles adhérences. De même que le mal peut ici peu à peu progresser jusqu'à l'occlusion complète de la pupille, de manière à fermer toute communication entre les parties antérieure et postérieure de l'œil, de même il peut amener dans l'oreille une oblitération complète de la cavité tympanique, de sorte qu'il n'existe plus aucun espace contenant de l'air entre le conduit auditif externe et la paroi du labyrinthe, et que la paroi interne de la cavité tympanique et le tympan se touchent dans toute leur étendue. Le cas que j'ai décrit dans mes *Contributions anatomiques à l'otiatrie* (autopsie xv, oreille gauche) montre une oblitération presque complète de la cavité du tympan. Nous nous réservons de traiter dans une autre occasion de l'importance pratique de pareilles altérations, il suffira ici de donner la preuve de leur existence assez fréquente et de la possibilité de les diagnostiquer sur le vivant. La circonstance que ces altérations n'ont été qu'à peine indiquées jusqu'ici par les spécialistes, ou même ont complétement échappé à beaucoup d'entre eux, est pour nous de la plus grande importance, parce qu'elle indique suffisamment de quelle utilité ont été les anciennes méthodes d'exploration. De tous les médecins allemands qui se sont spécialement occupés de l'oreille, le professeur Rau, à Berne, est le seul qui en fasse mention, et seulement en passant (p. 346 de son *Manuel de l'otiatrie*), sans y attacher autrement d'importance ou sans citer d'observations de ce genre qui lui soient propres. En Angleterre, Wilde est le seul qui entre à cet égard dans quelques détails (1). Lorsqu'il parle d'un état de concavité augmentée du tympan qu'il nomme *collapse* ou *falling inwards of the membrana tympani*, cela n'a trait qu'à une partie des altérations adhésives indiquées plus haut et ne s'y rapporte souvent pas du tout; au reste, en n'employant que rarement le cathéter, il s'est privé du moyen de les apprécier complétement au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. Si Wilde a seul vu et décrit une partie de ces altérations, cela vient non-seulement de ce qu'il est un observateur très exact et très consciencieux, mais aussi de ce que, comme nous l'avons déjà dit, il exerce à Dublin, dans des conditions de climat beaucoup plus favorables que celui où se trouvent les médecins allemands; mais si ces derniers et leurs collègues en France ne les ont pas remarquées, c'est leur méthode d'exploration seule qui en est la cause.

Je termine par quelques remarques historiques.

Je montrai pour la première fois mon miroir et la manière de s'en servir, à Paris, l'hiver de 1855 à 1856, à mes amis, dans la *Société médicale allemande*, puis je l'employai bientôt après dans ma pratique à Wurzbourg, et souvent en présence de collègues. Ce n'est qu'en février 1858 que j'exposai avec détails devant la *Société physico-médicale* de cette dernière ville les avantages de ma méthode d'exploration de l'oreille (*Bulletins* de cette Société, t. IX, p. xxxv). Comme je l'ai dit ailleurs, j'ignorais que de pareilles tentatives eussent été déjà faites. On trouve dans le *Manuel des maladies de l'oreille* de M. Frank (Erlangen, 1845, p. 49), qu'un médecin, M. Hoffmann (de Burgsteinfurt), avait recommandé pour l'exploration de l'oreille un miroir à barbe (ou de toilette) percé au centre, avec lequel on projette la « lumière du soleil ou une belle lumière du jour » dans le conduit auditif, tandis qu'on examine les parties à travers le trou qui se trouve à son centre. Frank ajoute que, d'après ses expériences, ce miroir n'est point en état d'éclairer suffisamment le canal auditif. Je n'ai jamais essayé un tel miroir à barbe, mais je ne suis pas éloigné de croire qu'il permettrait, par un temps clair, de reconnaître en gros l'état des parties; je doute cependant qu'il le puisse aussi par un temps moins favorable, et pour une appréciation tout à fait exacte des détails, car la distance focale des miroirs de toilette est très considérable, et naturellement, à cause de leur bas prix, ils ne peuvent être exactement et régulièrement travaillés; cependant, si la méthode d'éclairage de l'oreille que j'ai décrite plus haut a été recommandée et continuellement employée par moi depuis plusieurs années, la priorité de l'idée de se servir, pour l'exploration de l'oreille, d'un miroir concave percé au centre et de la lumière du jour, appartient, dans tous les cas, au docteur Hoffmann (de Burgsteinfurt).

Si, malgré cela, je parle de cette méthode d'exploration comme de *la mienne*, c'est moins parce que je l'ai trouvée spontanément et sans rien savoir des travaux de mes prédécesseurs que parce que mon miroir concave diffère essentiellement du miroir à barbe de Hoffmann. Le conseil d'Hoffmann n'a laissé nulle part une impression profonde et durable, et paraît avoir si peu fixé l'attention que tous les spécialistes qui ont écrit plus tard, à l'exception de Frank et de Rau, ne parlent nullement, dans leurs ouvrages, de cette nouvelle méthode, tandis que je la déclare expressément être la seule que l'on puisse employer toujours et dans toutes les circonstances, la seule qui permette de faire des observations fines et exactes, la seule enfin dont l'introduction générale dans la pratique puisse amener un développement prospère de la thérapeutique des maladies de l'oreille.

(1) Voir ses *Practical Observations on Aural Surgery*, p. 138 et 288. London, 1853.

De l'exostose sous-unguéale du gros orteil, par M. Letenneur (de Nantes).

La Gazette hebdomadaire a publié dans son numéro du 1er juin dernier un article de M. Debrou (d'Orléans) sur un nouveau procédé pour la guérison de l'exostose sous-unguéale du gros orteil. Ce procédé consiste dans la résection de la phalangette vers le point où elle a le moins d'épaisseur, c'est-à-dire vers sa partie moyenne. La maladie se développant toujours sur l'extrémité antérieure de l'os, ce procédé aurait l'avantage d'éviter la récidive, qui a été observée plusieurs fois après l'*abrasion*, préconisée par Dupuytren, et serait moins grave que la *désarticulation* de la phalange, proposée par Liston.

M. Debrou, en cherchant à faire ressortir la supériorité de son procédé sur les deux autres, ne parle que pour mémoire de la *cautérisation*, employée une fois par André (de Versailles).

Un procédé opératoire convient rarement à tous les cas, et c'est précisément pour cela qu'il est utile d'en avoir plusieurs à sa disposition : aussi les chirurgiens accueilleront-ils avec faveur le nouveau moyen proposé par M. Debrou; mais je doute qu'ils renoncent pour cela aux procédés anciens.

L'exostose sous-unguéale du gros orteil est moins rare qu'on ne serait porté à le croire, d'après le nombre des faits publiés; il suffit, pour en être convaincu, de se rappeler que Dupuytren en a opéré trente en quelques années, et il est peu de chirurgiens qui n'aient occasion d'en observer de temps en temps; mais la plupart de ces faits, ne présentant rien de nouveau, restent dans l'ombre et sont oubliés. C'est ainsi que je n'aurais pas songé à publier l'observation suivante, si je n'avais lu l'article de la Gazette hebdomadaire. Cette observation me permettra d'examiner quelques-unes des assertions de mon savant collègue.

Obs. — ***Exostose sous-unguéale du gros orteil gauche; ablation au moyen de la gouge et du maillet; guérison.*** — M. P..., âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, a commencé, il y a dix-huit mois, à ressentir de la gêne sous l'ongle du gros orteil gauche, où il remarqua un peu de gonflement. Peu à peu, l'ongle se souleva dans sa moitié interne,

et ses bords renversés donnèrent passage à une petite tumeur dure et arrondie. Bien que M. P.. eût soin de couper souvent les bords saillants de l'ongle, il était toujours gêné par sa chaussure, et éprouvait de temps en temps de véritables douleurs. La peau qui recouvrait la tumeur devint plusieurs fois rouge, fongueuse et saignante; mais ordinairement elle était blanche, recouverte d'une couche épidermique épaisse donnant à la tumeur quelque ressemblance avec un cor.

Au moment où je fus appelé pour voir ce jeune homme en consultation avec M. le docteur Thibeaud, la tumeur occupait les deux tiers internes de la région sous-unguéale; son volume était celui de l'extrémité du petit doigt, sa couleur blanche, sa consistance extrêmement dure. Un sillon peu profond, mais nettement dessiné en avant et en dedans, séparait la base de la tumeur de la plaie voisine. La pression, même assez forte, était peu douloureuse.

Le 14 mai, je fis l'ablation de cette tumeur de la manière suivante : Après avoir coupé l'ongle de façon à mettre la tumeur à nu aussi loin que possible, je fis dans le sillon qui existait à la base une incision pénétrant jusqu'au tissu osseux. En reportant le bistouri dans l'incision, j'éprouvai une très grande résistance pour couper le pédicule; alors je me servis de la gouge et du maillet, et je pus, en dirigeant en bas et en arrière le tranchant de la gouge, attaquer le pédicule jusqu'à son insertion à la phalange. Cette manœuvre réussit très bien, et la tumeur fut enlevée immédiatement.

Le doigt porté dans la plaie ne retrouva aucune saillie osseuse; l'examen de l'exostose démontrait d'ailleurs qu'elle avait été enlevée bien complétement.

La plaie fut pansée simplement; mais, dans la journée, il y eut un écoulement de sang assez abondant qui ne céda pas à la compression et qui nécessita l'emploi du perchlorure de fer.

Il s'établit un peu de suppuration. Aujourd'hui, la cicatrice est plane, solide, et l'ongle repousse rapidement avec une parfaite régularité.

Sans doute, il est difficile d'affirmer qu'il n'y aura pas de récidive; mais la manière dont la guérison a marché me fait espérer qu'elle sera radicale. Cette espérance est fondée sur ce fait que l'ablation de la tumeur a été complète, et je suis persuadé que les récidives qu'on a observées quelquefois dépendaient de ce que, par l'abrasion simple avec un bistouri, on avait laissé en place une partie du pédicule. Avec la gouge, au contraire, lorsqu'on dirige convenablement l'instrument, on peut facilement déraciner, pour ainsi dire, l'exostose, et l'enlever en totalité. C'est de l'ablation complète ou incomplète de la tumeur que dépend la guérison définitive ou la reproduction de la maladie. Il ne faut pas, dans ce dernier cas, accuser le procédé opératoire, mais bien la manière dont il a été appliqué.

L'emploi de la gouge et du maillet, recommandé par Dupuytren, employé par M. Malgaigne, et, sans doute, par bien d'autres chirurgiens, m'a parfaitement réussi dans l'observation précédente, et ne m'a présenté aucune difficulté. L'orteil, soutenu par le confrère qui m'assistait, a offert toute la résistance nécessaire à l'action de l'instrument, et j'ai peine à comprendre comment M. Debrou a pu croire qu'*il était impossible de faire manœuvrer une gouge sur des parties si grêles, et qu'on s'exposerait ou à briser l'os ou à n'en rien extraire*. L'erreur de M. Debrou vient de ce qu'il a eu en vue *la phalangette sèche et privée de toute partie molle*. A l'état frais, les parties offrent bien plus de résistance, et dans la maladie qui nous occupe il ne faut pas oublier qu'il existe, entre le pédicule de la tumeur et la phalangette, un sillon très favorable pour fixer et permettre de diriger comme on veut le tranchant de la gouge.

L'abrasion, ou plutôt l'extraction ainsi pratiquée, me paraît bien préférable à la résection de la phalange, conseillée par le savant chirurgien d'Orléans. Cette résection nécessite une opération préalable, l'arrachement de l'ongle, et pour enlever l'extrémité de la phalange, si adhérente aux parties molles, il faut faire une plaie profonde, irrégulière, qui ne se cicatrise qu'après une longue suppuration. En outre, la matrice de l'ongle, privée de point d'appui, ne reproduit plus qu'un ongle difforme, comme on le voit à la suite des panaris dans lesquels une portion ou la totalité d'une phalangette s'est nécrosée, et comme M. Debrou l'a observé lui-même chez le malade qui a été le sujet de son travail.

En adressant ces reproches au procédé de M. Debrou, je suis loin de le condamner, et je me plais à reconnaître, au contraire, qu'il est des cas où il devra être adopté de préférence aux autres.

De même aussi je crois que la cautérisation est, dans certaines conditions données, le meilleur traitement pour détruire l'exostose sous-unguéale. En 1857, je l'ai employée chez une jeune paysanne de la commune de Saint-Herblain. Les parties molles qui recouvraient l'exostose étaient fongueuses, ulcérées, et ce n'est qu'en pressant fortement la tumeur avec l'extrémité du doigt qu'on reconnaissait sa nature véritable.

J'ai fait à l'ongle une échancrure aussi grande que possible, et j'ai appliqué sur la tumeur de la pâte de Vienne, qui, en peu d'instants, réduisit en pulpe noirâtre toutes les parties molles; cette pulpe fut enlevée avec une compresse, après quoi de la pâte de Vienne fut appliquée de nouveau et laissée en place pendant un quart d'heure.

L'exostose nécrosée tomba au bout de trois semaines; son volume était notablement diminué par l'action du caustique et par la suppuration.

Depuis ce temps j'ai pu m'assurer que la guérison ne laissait rien à désirer, et qu'il n'y avait pas eu de récidive.

Une autre jeune fille de la campagne, se trouvant exactement dans les mêmes conditions, fut opérée par moi de la même manière en 1858. Les choses se passèrent aussi simplement; mais je n'ai pas revu la malade, et par conséquent j'ignore si le mal a récidivé ou s'il a été radicalement guéri.

La cautérisation est donc un moyen qu'on ne doit pas rejeter pour la cure de l'exostose sous-unguéale. Il est des cas où il peut être préféré à l'instrument tranchant, et d'ailleurs c'est une ressource précieuse quand on a à soigner des malades pusillanimes qui refusent d'une manière absolue de se laisser pratiquer une opération sanglante.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

ZOOLOGIE. — *Note sur le* Trichina spiralis, par M. *Virchow*. — Lorsque l'on fait manger à un lapin, dit l'auteur, de la viande contenant des trichines, on voit, trois ou quatre semaines après, l'animal maigrir; ses forces diminuent sensiblement, et il meurt vers la cinquième ou sixième semaine qui suit l'ingestion de la viande renfermant les entozoaires. Si l'on examine les muscles rouges de l'animal ainsi mort, on les trouve remplis de millions de trichines, et il n'est pas douteux que la mort n'ait été produite par une atrophie musculaire progressive, consécutive aux migrations des trichines dans l'économie.

Chez le chien, on suit très bien le développement des trichines dans l'intestin; mais ils ne passent pas dans les muscles, soit que l'intestin, soit que les sucs digestifs du chien soient nuisibles aux migrations ou à l'évolution ultérieure de ces êtres.

Je dois, ajoute M. Virchow, à l'obligeance de M. le professeur Zencker (de Dresde) les muscles de la femme avec lesquels j'ai commencé cette série de recherches. Dans ce cas, la mort survint dans des circonstances entièrement semblables à celles que j'ai observées sur mes lapins; l'autopsie ne découvrit d'autre lésion que d'innombrables trichines dans les muscles, et ni ici, ni dans les muscles des lapins, ils n'étaient visibles à l'œil nu.

De ces faits, il ressort donc qu'il est des cas mortels d'infection par les trichines qui ne peuvent être reconnus qu'avec le microscope.

Il résulte des renseignements pris sur la malade observée par le professeur Zencker que, un mois auparavant, cette femme avait mangé de la chair de porc renfermant des trichines; que le boucher qui avait écorché le porc et mangé des trichines frais, comme plusieurs autres personnes, avait, comme elles, présenté des symptômes rhumatismaux et typhoïdes plus ou moins graves; mais la

malade, transportée à Dresde, succomba seule à l'ingestion de la viande de ce porc.

Dès à présent ces faits présentent un grand intérêt hygiénique.

L'ingestion de viande de porc fraîche ou mal apprêtée, renfermant des trichines, expose aux plus grands dangers et peut agir comme cause prochaine de la mort.

Les trichines conservent leurs propriétés vitales dans la viande décomposée, ils résistent à une immersion dans l'eau pendant des semaines ; enkystés, on peut, sans nuire à leur vitalité, les plonger dans une solution assez étendue d'acide chromique, au moins pendant dix jours.

Au contraire, ils périssent et perdent toute influence nuisible dans le jambon bien fumé et conservé assez longtemps avant d'être consommé.

PHYSIOLOGIE. — *De l'unité de jugement ou de sensations dans l'acte de la vision binoculaire, ou du mécanisme de la vision simple et en relief avec deux yeux*, par M. *Giraud-Teulon*. — L'auteur établit par une série de faits et de démonstrations que l'unité de la vision binoculaire est due à ce que deux directions, deux axes secondaires quelconques jouissent, relativement au point sur lequel ils se rencontrent, de la même propriété que les axes optiques principaux, eu égard au point de vue. Ils fixent, pour l'observateur, la position relative des points auxquels ils correspondent avec la même précision dont sont investis les axes principaux pour déterminer le point de vue. En un mot, tous les axes secondaires du cristallin sont des axes optiques qui se comportent entre eux comme les axes polaires eux-mêmes.

PHYSIOLOGIE. — *Mesure du volume des poumons de l'homme*, par M. *N. Gréhant*. — Plusieurs physiologistes ont déterminé le volume des poumons par le volume d'air qu'ils renferment après la mort, après une profonde expiration dont la valeur est inconnue. J'ai pensé, dit l'auteur, qu'il valait mieux faire cette mesure chez l'homme vivant, et j'ai trouvé dans la respiration de l'hydrogène le moyen que je cherchais.

Je fais passer un litre d'hydrogène purifié dans une cloche à robinet placée sur l'eau, munie d'un tube flexible que l'on introduit dans la bouche ; les fosses nasales étant fermées, je fais exécuter, après une expiration ordinaire, l'inspiration du gaz hydrogène, l'expiration dans la cloche, je ferme le robinet après cinq mouvements pareils pendant lesquels aucune communication n'a été établie entre les poumons et l'extérieur.

En mesurant l'hydrogène expiré, on trouve que le volume des poumons après l'inspiration est $4^{l},255$; le volume de l'air qui reste dans ces organes après une expiration égale est $3^{l},255$.

Le volume de l'air qui reste dans les poumons après l'expiration, ce que j'appelle la capacité pulmonaire, est invariable si l'expiration est égale à l'inspiration précédente.

Au lieu d'un litre d'hydrogène, on peut donc inspirer 1/2 litre ou un volume quelconque, mais connu, et c'est là un moyen de vérifier la méthode ; après une inspiration de 1/2 litre d'hydrogène, la capacité des bronches fut trouvée de $3^{l},259$, au lieu de $3^{l},255$, trouvée plus haut.

Le volume de l'air dans les poumons augmente régulièrement du volume de l'inspiration et revient à sa première grandeur par l'expiration égale ; des efforts passagers peuvent le faire varier davantage : ainsi chez une personne robuste dont la capacité pulmonaire est $3^{l},95$, l'inspiration la plus profonde après une expiration ordinaire est $2^{l},41$, et l'excès d'une expiration profonde sur une expiration ordinaire $3^{l},03$; la capacité pulmonaire présente un maximum $6^{l},36$, un minimum $0^{l},92$, ou résidu respiratoire ; la différence $5^{l},44$ est le capacité inspiratoire extrême de M. Hutchinson. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

ANATOMIE. — *Sur les ganglions périphériques des nerfs*, par M. *Remak*. — Je crois devoir noter que les petits ganglions mentionnés par M. Jacubowitsch dans un mémoire récent, sont connus depuis longtemps. J'ai été assez heureux pour découvrir en 1838 les petits ganglions du cœur, des poumons, de la langue, du larynx, de la vessie, en 1852 les petits ganglions de l'estomac. Dernièrement, M. Meissner les a découverts dans la paroi des intestins.

MÉDECINE. — M. *Fabre*, à l'occasion d'une communication récente de M. Morel sur la classification des diverses variétés du crétinisme, rappelle que dans un ouvrage publié en 1857, et présenté à l'Académie en 1858, il a insisté, comme le titre même l'indique, sur les rapports du goître et du crétinisme.

Plusieurs membres font remarquer que le fait étant depuis longtemps connu, pour l'ancien comme pour le nouveau monde, de toutes les personnes qui ont séjourné dans les pays à crétins, il n'y a pas lieu à s'occuper de la question de priorité relativement à des publications comparativement récentes.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Une notice sur les eaux minérales de Siradan (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Brugnière*. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Loire, de la Charente-Inférieure, de Saône-et-Loire, des Hautes-Pyrénées et du Gers. — *c.* Divers rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Guidoni* (de Calvi), *Faton* (de Vendôme), *Saint-Yves* (de Soignolles) et *Lemaire* (de Dunkerque). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Des observations sur la vaccine et sur l'origine du cowpox, par M. *Renault* (d'Alençon). (*Comm.*: M. Renault.) — *b.* Une observation de purpura hæmorrhagica compliqué de gangrène de la bouche, par M. le professeur *Barrallier* (de Toulon). (*Commission déjà nommée.*) — *c.* Une note sur un nouveau système de bandage herniaire, par M. le docteur *Miquel* (de Tours). (*Comm.*: MM. Huguier et Malgaigne.) — *d.* Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Gros*. (Accepté.) — *e.* Une note de M. *Mathieu* sur un instrument de son invention, destiné à extraire de la vessie les tiges métalliques simples ou doubles sans les plier ni les casser. (*Commission du prix d'Argenteuil.*)

M. *Velpeau* dépose sur le bureau : 1° trois notes de M. le docteur *Demeaux* (de Puy-Lévêque) ; l'une relative à la préparation de la charpie désinfectante ou *charpie coaltée* ; une seconde sur une modification apportée à la préparation de la poudre de plâtre et de coaltar ; la troisième concernant un polype intra-utérin, du poids de 750 grammes, extirpé par la torsion du pédicule. (*Commissaires* : MM. P. Dubois et Depaul.)

2° Une observation de tumeur utérine interstitielle, volumineuse, par M. le docteur *Bonnafous*, médecin de l'asile d'aliénés de Leyme. (*Commissaires* : MM. P. Dubois et Depaul.)

M. *Velpeau* offre ensuite en hommage, au nom de M. le docteur *Rochard*, un volume intitulé : *Traité des maladies de la peau.*

« Il est peu de médecins, dit M. Velpeau, qui ignorent que M. Rochard s'est occupé depuis plusieurs années de certaines maladies de peau, et qu'il les traite d'après des méthodes qui lui sont propres. Ce volume qu'il offre aujourd'hui au public est l'exposé très bien fait et très intéressant des doctrines et du mode d'opérer de M. Rochard. »

M. *Depaul* offre en hommage : 1° au nom de M. le professeur *Dupré* (de Montpellier), une brochure intitulée : *des Fluxions de poitrine de nature catarrhale* ; 2° au nom de M. *Depous* (de Valenciennes), une brochure relative aux morts subites pendant la grossesse et l'accouchement.

Lectures.

HYDROLOGIE. — M. *Boullay*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel, dont l'Académie adopte les conclusions.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Piorry* pense qu'en bonne guerre, il faut connaître l'ennemi qu'on doit attaquer. Avant de courir sus au vitalisme, il est donc nécessaire d'en tracer l'histoire, de dire ce qu'il a été et ce qu'il est.

La cause et le point de départ du vitalisme sont, d'après l'orateur, dans le penchant naturel de l'homme au mysticisme et aux abstractions. Les sauvages ont leurs fétiches et leurs amulettes; les anciens croyaient à la fréquentation des ombres; l'école de Cnide admettait le *quid divinum;* les ascendants d'Hippocrate étaient revêtus de l'autorité sacerdotale, et c'est de la voûte des temples où elles étaient suspendues que l'illustre vieillard de Cos a détaché les histoires des maladies qui ont servi à rédiger ses immortels ouvrages. Les chrétiens ont conservé, en l'exagérant, cette propension à croire aux miracles et à l'intervention des êtres surnaturels. Les neuvaines ont joué un grand rôle dans la soi-disant curation des malades depuis la conversion de Constantin; la croyance aux démons a été générale dans le moyen âge, et vous savez quel rôle immense on a fait jouer à la possession diabolique jusqu'au XVIIIe siècle. L'archée de Van Helmont, l'âme de Stalh, la nature de Sydenham, l'irritabilité hallérienne, le principe vital de Barthez, les propriétés vitales de Bichat, le magnétisme, l'homœopathie, les esprits frappeurs, etc., ne sont que les manifestations scientifiques et extra-scientifiques, successives, et toujours semblables au fond, du même besoin de merveilleux.

Tout le monde est d'accord sur un grand fait, à savoir que, dans les corps organisés vivants, les phénomènes qui s'y passent sont sous la dépendance de la vie, et sont accomplis par des organes également vivants; le sang est vivant, la fibrine est vivante, organisable; et les faits de guérison spontanée ne sont que l'évolution des actes mêmes que suscite et que nécessite la vie. Qui dit organe, dit une chose matérielle, organisée et susceptible d'accomplir une fonction; qui dit organisation dit un arrangement moléculaire harmonique et disposé pour l'accomplissement d'un acte déterminé. Encore une fois, sur ce point, tous les médecins sont d'accord.

Mais comment et sous l'influence de quelle force, de quel agent s'accomplissent les phénomènes de la vie? C'est ici qu'on se partage et qu'on cesse de s'accorder. Les vitalistes veulent tout expliquer; les organiciens, les chimistes, les mécaniciens s'en déclarent incapables et aiment mieux avouer leur ignorance.

Parmi les vitalistes, les uns veulent que la vie soit le résultat de propriétés spéciales dont ils gratifient arbitrairement la matière, et qu'une aptitude particulière soit dévolue à chaque appareil organique. Mais que sont les propriétés, que sont les aptitudes, en dehors de l'organe? Est-il raisonnablement possible de les concevoir isolées de la structure anatomique? Les aptitudes, les propriétés sont si étroitement liées à la disposition organique, que lorsque cette disposition change, les propriétés, les aptitudes de l'organe sont modifiées aussi.

D'autres admettent l'existence d'un principe, d'essence mal déterminée, qu'ils appellent *âme*, et qui préside à l'accomplissement de tous les actes de la vie. Ce principe, que j'appelle *psychatome*, je l'admets aussi; mais je ne le sépare pas de l'organisation, et je n'accorde pas qu'on puisse agir directement sur lui. Pour atteindre la vitalité, il faut nécessairement passer par l'organisme; pour modifier la fonction, je le répète, il faut modifier l'organe. Je ne puis comprendre les prétentions mystiques de ceux qui envisagent la vie abstractivement, qui individualisent les forces vitales, le principe vital, et qui ont la singulière idée d'agir immédiatement sur ces forces, sur ce principe. Comme si l'on pouvait agir sur l'élasticité sans agir sur le corps élastique; sur l'électricité sans agir sur le corps électrique, etc.

Évidemment l'opium, la belladone, le musc, le camphre, etc., n'agissent pas directement sur les forces organiques, sur le principe vital. Ils agissent sur les tissus, sur les organes. Comment? nous n'en savons rien, pas plus que nous ne savons comment l'oxygène agit sur le sang, ni de quelle manière les aliments nourrissent. Mais il ne faut pas désespérer des progrès de la physique, de la chimie et de la physiologie, et peut-être ces sciences nous expliqueront-elles un jour la raison de ces phénomènes, encore mystérieux pour nous.

Quelle est donc la lignée scientifique du vitalisme? Hippocrate, Galien, Celse, Boerhaave, Sauvages, Van Swieten, étaient-ils vitalistes? Mais non; tous ces illustres médecins appartiennent à l'école de l'observation, de la médecine expérimentale. Sydenham, le vitaliste Sydenham, appartient à la même école par son *Traité des épidémies*, qui est son plus beau titre de gloire.

Où sont les conquêtes du vitalisme? Quels sont ses exploits en thérapeutique? Que nous a-t-il donné d'efficace pour combattre les fièvres, les phlegmasies, les hémorrhagies, les névroses et toutes ces unités morbides, comme on les appelle, qui devraient être son triomphe? Qu'on parcoure tout le cadre nosologique, et l'on sera forcé de convenir que le bilan du vitalisme s'établit par zéro! Bonnes tout au plus pour satisfaire certains esprits superficiels et pour défrayer de vaines discussions scolastiques, les abstractions et les hypothèses du vitalisme doivent être bannies avec soin de l'enseignement clinique. Ces doctrines sont les ennemies de tout progrès en médecine. Gardons-nous de nous laisser séduire par le langage doré de ceux qui professent de semblables erreurs. Livrons-nous à l'étude attentive des faits; que l'observation soit toujours notre seul guide, et ne dédaignons jamais le concours de la chimie, de la physique et de la physiologie dans nos expériences.

M. *Bouillaud*, orateur inscrit, déclare qu'il ne parlera point en l'absence de M. Trousseau. Avant de monter à la tribune, il voudrait que M. Trousseau se prononçât et dît formellement s'il est vitaliste ou organicien.

M. *Malgaigne* demande la parole.

M. *Gimelle* déclare qu'il est vitaliste. Tout en reconnaissant les nombreuses et savantes découvertes qui, dans ces derniers temps, ont été faites par la chimie, il croit que les fonctions des êtres vivants ne sont pas mieux interprétées aujourd'hui que lorsque la chimie ne reconnaissait que quatre éléments. Il ne pense pas que les modifications subies par la matière dans l'organisme s'expliquent par les forces physiques et chimiques seules. « Je veux bien, dit-il, admettre votre qualification d'action chimique des organes et des divers sucs qu'ils fournissent sur les matières alimentaires pour les changer en sang; mais à une condition, c'est que, à la qualification d'action chimique, vous ajouterez le mot *vitale;* à moins que dans votre laboratoire, soit dans vos cornues, soit dans les organes d'un animal mort, en employant tous les moyens que vos connaissances chimiques peuvent vous donner, vous ne produisiez du sang.

» Si avec du sang le foie sécrète la bile, les reins l'urine, en vertu d'une action chimique qui n'aurait rien de vital, je ne vois pas pourquoi la chimie de laboratoire ne donnerait pas les mêmes résultats; mais jusqu'à présent elle ne nous a donné aucune de ces sécrétions qui s'effectuent tous les jours dans les organes vivants sous l'influence de l'action vitale. »

M. Gimelle demande, en terminant, à M. Poggiale la permission de rester vitaliste « tant, dit-il, que par vos admirables découvertes vous ne parviendrez pas à établir la synthèse des substances animales, dont vous aurez retiré les éléments par l'analyse chimique ».

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 18 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

CAUSES DES NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL.

M. *Bourguignon* lit le travail suivant :

Messieurs, j'ai lu à la Société, dans de précédentes séances, quelques articles sur les névralgies; j'ai l'intention de lui communiquer aujourd'hui un mémoire sur les causes des névralgies en général. L'étiologie des malades touche de près à l'étude de leur traitement, et j'ai pensé que ce travail ne serait pas pour vous sans quelque intérêt.

Je passerai successivement en revue, l'influence des causes générales *prédisposantes*, puis celle des causes *déterminantes*, propres à chaque forme de névralgies *idiopathiques, sympathiques* et *symptomatique*.

J'entends par névralgies *idiopathiques*, celles qui ne se rattachent à aucune lésion primitive, soit du système nerveux, soit des éléments organiques solides ou liquides de l'économie ; par névralgies *sympathiques*, celles qui sont dues à la maladie d'un des organes de l'économie, sans que le point du système nerveux névralgiquement affecté ait subi la moindre lésion appréciable; enfin, par névralgies *symptomatiques*, celles qui, bien que sans lésion primitive appréciable du système nerveux, se rattachent à des diathèses, à des intoxications, à des altérations du sang. On comprend facilement que cette division claire, méthodique, sera pour le traitement une source de précieuses indications, aussi m'efforcerai-je de ne jamais la perdre de vue dans l'étude des causes.

Je dois signaler parmi les causes générales et prédisposantes l'*hérédité*, l'*âge*, le *sexe*, la *constitution*, les *saisons* et *climats*, et les *mauvaises conditions hygiéniques*.

L'*hérédité*, si puissante dans la prédisposition aux maladies nerveuses en général, l'est également comme cause des névralgies; le livre publié par M. Lucas (1) fourmille de preuves qui le démontrent. On rencontre souvent cette névrose dans la descendance de parents affectés de névralgies diverses. Les sujets que j'ai vus le plus tourmentés de douleurs étaient issus de père et mère qui eux-mêmes en avaient fréquemment souffert, et le praticien doit tenir compte de ces influences éloignées, dans les cas douteux, qui pourraient mettre sa sagacité en défaut, surtout chez les enfants.

L'*âge* prédispose incontestablement plus ou moins aux névralgies. Ainsi, chez le vieillard de soixante et dix à quatre-vingt-dix-ans, par exemple, la sensibilité moins excitable ne s'exalte pas aussi vivement que chez l'adulte sous l'influence de causes identiques ; d'autre part, les conditions au milieu desquelles vivent l'homme et la femme de vingt à cinquante ans, les fonctions cataméniale et de reproduction dévolues à cette dernière me paraissent, bien plus que le nombre des années, donner une explication du plus grand nombre des névralgies observées pendant l'âge adulte; et je soupçonne que, si l'enfant pouvait nous rendre compte de ses sensations, l'immunité qu'on lui prête quant aux névralgies ne serait pas aussi absolue qu'on le croit généralement; du moins l'extrême facilité avec laquelle ses muscles entrent en spasme convulsif sous l'influence de causes qui surexcitent la sensibilité m'autorise à le penser.

Sexe. — Les conditions sociales dans lesquelles la vie de la femme se passe ; l'état nerveux, l'hystérie, la chlorose, la dyspepsie ; les hyperesthésies et les douleurs, qui sont la conséquence la plus ordinaire de ces états morbides, me paraissent la prédisposer plus que l'homme aux névralgies.

La *constitution*, les *mauvaises conditions hygiéniques* ont paru à Valleix, d'après les relevés de sa statistique, sans influence particulière appréciable sur les névralgies. A l'en croire, les névralgies se montreraient plus fréquemment chez des sujets robustes que chez ceux d'une faible santé : ainsi, sur 67 malades, 19 offraient une mauvaise constitution, et 48 une constitution robuste. Quant à moi, mon observation journalière proteste contre de pareilles assertions. Il suffit, ce me semble, de parcourir les hôpitaux pour constater que les sujets affectés de névralgie n'ont souvent que l'apparence d'une santé robuste : beaucoup ont une musculature développée, qui souffrent de maladies diathésiques, de névropathies diverses, et sont d'une résistance médiocre contre la fatigue. Ce que je dis des malades reçus dans les établissements nosocomiaux est également applicable aux malades de la clientèle privée.

Les faits auraient de même appris à Valleix que l'*habitation*, l'*alimentation*, la *profession*, n'ont point une influence prédominante sur les névralgies (*Guide du médecin praticien*, t. I, p. 647, 4e édition, revue par MM. Racle et Lorain). Je ne puis encore partager cette manière de voir. Un grand nombre de névralgies cervico-brachiale et fémorale n'ont point d'autres causes que la froide humidité des habitations. L'insuffisance et le mauvais choix des aliments amènent à la longue des gastralgies, des entéralgies fréquentes, puis ultérieurement, en raison de modifications produites dans les qualités du sang, une prédisposition aux névralgies cérébro-spinales. Quant aux professions, il me suffira de citer celles qui exposent les artisans à l'absorption des sels de plomb, aux intempéries de l'atmosphère, aux brusques changements de température, pour montrer qu'il en faut tenir compte plus que de toute autre cause.

Les *climats* et les *saisons* qui leur sont subordonnées, prédisposent incontestablement aux névralgies ; c'est ainsi que les coliques sèches s'observent presque exclusivement dans les régions tropicales, et que les saisons froides sont, dans tous les pays, favorables au développement des douleurs localisées dans les nerfs ganglionnaires ou cérébro-spinaux.

Je vais maintenant faire successivement connaître les causes *déterminantes* des névralgies *idiopathiques*, *sympathiques* et *symptomatiques*.

Les *causes déterminantes des névralgies idiopathiques* restent quelquefois inconnues; mais le plus souvent les conditions générales ou particulières au milieu desquelles vivent les malades permettent de les découvrir. Ce sera, suivant les cas, l'action trop prolongée sur une surface plus ou moins étendue du tégument, d'un courant d'air froid, d'un sol humide, etc.

Les *affections morales vives*, chez un sujet prédisposé, suffisent quelquefois pour faire éclater une névralgie. Je connais un homme, robuste d'ailleurs, habituellement gastralgique, qui ne peut pas éprouver un emportement, et il y est fort sujet, sans être saisi d'un accès de névralgie ; il est pris de la même affection, aussitôt qu'il s'approche d'une femme, avec l'intention de satisfaire des besoins sexuels dont il est tourmenté.

Mais, indépendamment de cette action brusque, momentanée et passagère que le moral exerce sur le système nerveux, et qui suffit pour causer une névralgie, quelle immense influence les *affections morales prolongées* n'exercent-elles pas sur le système et la maladie qui nous occupent! Tout le monde sait combien ces affections prédisposent aux maladies nerveuses, soit primitivement, soit secondairement ; tous les médecins ont vu des névralgies éclater sous l'influence de cette cause, soit parce qu'elle y prédisposait, soit parce qu'elle déterminait la maladie névralgique, qui est l'une des plus communes expressions du trouble alors éprouvé.

La nature du mouvement de l'âme ne fait rien à la question : une joie trop vive, un violent chagrin, l'amour, la colère, peu importe; on est vivement ému, et la névralgie se fait sentir. La seule différence appréciable qu'il y ait à noter ici, c'est que les passions, les affections vives et profondes sont plus propres à amener la prédisposition au milieu de laquelle la névralgie éclatera, et que les passions vives, rapides, intenses, aiguës, pour ainsi dire, doivent être considérées plutôt comme des causes déterminantes. De longues discussions d'affaires contentieuses, dans une réunion nombreuse et au milieu d'une atmosphère chaude et étouffée, produisent infailliblement de l'entéralgie, chez un de mes clients qui porte le travail jusqu'à l'extrême fatigue.

Tout près de là, nous devons placer les *abus* que nous faisons souvent des ressources de notre organisation. *Abus des forces musculaires*, quand nous demandons à nos jambes, à nos bras, à notre machine tout entière beaucoup plus qu'elle ne peut donner sans une excessive fatigue. J'ai vu nombre d'exemples de cette espèce, non-seulement pour des névralgies éclatant dans les membres dont on a abusé, mais encore attaquant des nerfs tout différents ; les rameaux des nerfs de la cinquième paire, par exemple, quand on avait trop marché.

Abus des organes. — Il ne s'agit pas seulement de la fatigue matérielle qu'on leur fait subir, mais des excitants avec lesquels on les met en rapport. Certaines névralgies de l'œil naissent pour avoir forcé cet organe à poursuivre des détails trop petits, à subir l'action d'une trop vive lumière ; des névralgies de l'oreille viennent après la perception violente de sons trop aigus ; des névralgies de l'estomac, après un abus de liquides ou de solides, dans lesquels dominent des acides et surtout des acides trop pénétrants. Remarquons, d'ailleurs, que les abus dont nous parlons peuvent

(1) Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*. Paris, 1850, 2 vol. in-8.

agir, comme les affections morales, de deux manières, comme cause prédisposante ou comme cause déterminante, suivant que l'action exercée aura été lente et chronique, ou brusque et instantanément violente. (Sandras.)

Les *causes déterminantes des névralgies sympathiques* sont mises en toute évidence par les métastases qui s'établissent tantôt entre les névralgies d'un seul et même système nerveux, tantôt entre les deux systèmes nerveux de relation et de nutrition. Je citerai comme exemple de causes déterminantes agissant entre des névralgies cérébro-spinales, la suppression des douleurs sciatiques provoquant par sympathie la névralgie cubitale (Cotugno); comme exemple de causes déterminantes des névralgies ganglionnaires sympathiques, les métastases si fréquentes entre les douleurs des reins et de la vessie, de la vessie et de l'utérus, de l'estomac et des intestins, du foie et de l'estomac, et indifféremment de ces divers organes entre eux, quand un trouble fonctionnel appelle vers l'un d'eux l'algésie fixée antérieurement sur un autre. Enfin, l'exemple le plus frappant des causes agissant par sympathie entre les nerfs ganglionnaires et cérébro-spinaux est la fréquence des douleurs cervico-brachiales dans les maladies du foie et du cœur; celle des douleurs rachialgiques, intercostales et sus-ovariennes, dans les affections utérines.

Dans ces circonstances, l'entité morbide *névralgie* existe et se déplace; un organe est plus ou moins matériellement affecté, et l'on peut concevoir sans trop de peine, en raison des nombreuses anastomoses des nerfs entre eux, en raison surtout du *circulus* du fluide nerveux qui distribue partout la sensibilité, cet échange, ce déplacement de l'hyperesthésie sous l'influence des causes déterminantes énumérées plus haut, comme propres aux névralgies idiopathiques. Mais il est des névralgies qui se relient sympathiquement à des troubles fonctionnels non névrosthéniques, dont on comprend plus difficilement les causes déterminantes: telles sont les névralgies succédant à la suppression d'une sécrétion physiologique ou morbide, menstrues, lochies, catarrhe utérin, affections cutanées sécrétantes ou non sécrétantes, leucorrhées, etc. Il y a, dans ces cas, un tel rapport entre l'exaltation de la sensibilité et le changement opéré dans ces états fonctionnels ou pathologiques que l'observateur peut quelquefois calmer ou raviver la douleur à volonté en provoquant la suppression ou le retour de la sécrétion. Les névralgies coïncidant avec la présence des vers intestinaux dépendent du même ordre de causes.

Le rapport établi entre les névralgies et les causes déterminantes ne peut être contesté; mais, quant à nous rendre compte du mode d'action de l'élément morbide qui trouble les fonctions nerveuses et produit l'algésie, cela ne nous est pas permis; nous ne devons chercher dans la connaissance de ces causes que des indications utiles à la thérapeutique.

Causes déterminantes des névralgies symptomatiques. — J'ai dit plus haut quel sens je donne ici au mot *symptomatique:* il ne s'agit point d'altérations organiques du système nerveux dont la névralgie ne serait qu'un symptôme, mais d'altérations générales du sang, troublant les fonctions de ce système, sans y produire de lésions appréciables, causant en un mot une névrose essentielle.

J'ai longuement insisté ailleurs, en décrivant les maladies nerveuses caractérisées par une exagération momentanée de la force motrice, sur l'influence que des modifications apportées dans la composition du fluide sanguin peuvent avoir sur les fonctions nerveuses. J'ai montré, après tant d'autres, que la présence de l'albumine dans le sang était une cause de convulsions éclamptiques; que l'intoxication saturnine pouvait produire l'épilepsie; l'alcoolisme et l'hydrargyrisme, le tremblement. J'ajoute ici que les troubles fonctionnels musculaires déterminés par ces altérations du sang se sont quelquefois étendus jusqu'à la sensibilité; aussi concevra-t-on sans peine que l'exaltation de cette sensibilité, portée jusqu'à la douleur, soit dans certains cas un symptôme de ces états morbides du sang, au même titre que l'exagération de la motilité, qui a pour résultat le spasme ou la convulsion.

Je range parmi ces états morbides dont la névralgie peut être un symptôme, et qui sont pour elle une cause à la fois déterminante et prédisposante, les altérations du sang portant soit sur la *quantité* relative des éléments solides ou liquides qui le composent, soit sur ses *qualités*, un principe morbide, diathésique, virulent, toxique ou autre, l'ayant modifié dans ses propriétés organiques. On comprend, mieux qu'on ne peut aujourd'hui l'expliquer, que le fluide sanguin, dans ces conditions antiphysiologiques et morbides, ne fournissant plus au système nerveux un plasma où il puisse trouver les éléments normaux de sa nutrition et de son excitabilité, il résulte de là des perturbations dans ses fonctions, et que la sensibilité, diminuée dans un point de l'économie, s'exalte dans un autre et y détermine de l'hyperesthésie, de la névralgie.

Quelle que soit l'interprétation du phénomène morbide, les faits sont incontestables, et je tiens à appeler sur eux seuls l'attention du lecteur.

Le sang, ai-je dit, peut être une cause de névralgie, quand il est altéré dans la *quantité* de ses éléments solides ou liquides: en effet, ces éléments anatomiques solides peuvent être ou augmentés ou diminués. Si les globules rouges sont diminués, il y a *chlorose*, *anémie;* si les globules blancs sont augmentés, il y a *leucocythémie*. Il est également reconnu que la partie aqueuse peut contenir en plus ou en moins les substances organiques, albumine, sucre, sels, qu'elle tient à l'état de dissolution. On admet, avec non moins de certitude, que la chlorose prédispose à l'état nerveux et l'état nerveux aux névralgies. Nous devrons donc rechercher, une névralgie étant donnée, si elle n'aurait pas pour cause un de ces états antiphysiologiques du sang, puisque c'est à annihiler cette cause que doit tendre le traitement.

Le fluide sanguin peut être altéré dans ses *qualités*, les proportions de ses éléments anatomiques nous paraissant normales, ou modifié à la fois dans ses qualités et dans la proportion de ces éléments; et dans ce dernier cas, la prédisposition aux névralgies est double et complexe. Je range au nombre des causes de ces altérations simples ou combinées les maladies aiguës inflammatoires, les affections diathésiques, virulentes, et par intoxication, savoir: les *fièvres inflammatoires* ou *continues*, le *rhumatisme*, la *goutte*, l'*herpétisme*, la *syphilis*, les *absorptions miasmatiques* et *métalliques*.

Je considère l'état *phlegmasique* du sang dans la pneumonie, dans certaines fièvres éruptives et diphthéritiques, dans quelques holopathies, soit aiguës, telle que la fièvre typhoïde, soit chroniques, telle que la phthisie, comme une cause de névralgies. On sait dans quel état algésique est jeté l'ensemble du système nerveux au début de ces maladies pyrétiques, et il n'est pas rare de voir une névralgie développée pendant leur cours persister après la convalescence et devenir une cause déterminante de névralgies ultérieures. M. Gubler a fixé l'attention sur les paralysies qui succèdent fréquemment à ces maladies aiguës. Des recherches cliniques conduiraient au même résultat, quant aux hyperesthésies; et j'ai, pour mon compte, été appelé à traiter des névralgies ayant ainsi pris naissance pendant le cours de ces affections. Chez un sujet, entre autres, une névralgie cervicale postérieure s'est produite au huitième jour d'une pneumonie dont il fut pris en Italie, et qui fut traitée par des saignées un peu copieuses, eu égard à sa constitution; car depuis lors des troubles nerveux de diverse nature se succèdent, et me paraissent se rattacher à ces évacuations sanguines que l'hématose a grand'peine à réparer.

(*La fin à un prochain numéro.*)

V

REVUE DES JOURNAUX.

De la guérison des loupes et de quelques autres kystes, sans opération sanglante, par le docteur COURTY.

Ce travail, que nous analysons sur le texte du *Bulletin général de thérapeutique*, est la reproduction d'un cours fait à la Faculté de médecine de Montpellier. Nous en résumons seulement la partie relative aux préceptes chirurgicaux donnés et suivis par l'auteur.

Après quelques considérations sur l'origine et la constitution des diverses espèces de kystes, après avoir rappelé que, si l'incision de

la peau et l'ablation de la poche kystique avec une pince donnent le moyen de guérir vite, elles amènent quelquefois une inflammation érysipélateuse, M. Courty expose comment il applique la méthode de traitement par destruction du kyste.

La plupart des chirurgiens qui emploient les agents de destruction, notamment la cautérisation, au traitement des loupes, appliquent ces agents sur la peau, ne différant pas beaucoup en cela des empiriques qui, à l'aide d'emplâtres soi-disant fondants, ou de prétendus pinceaux chimiques, déterminent sur la peau, dans une étendue variable, la formation douloureuse d'escharres plus ou moins larges, qui peuvent devenir, tout comme l'incision, le point de départ d'accidents inflammatoires. Qu'on emploie avec M. Legrand la cautérisation linéaire à la potasse caustique, ou avec M. Bonnet la cautérisation en surface à la pâte de Vienne ou de Canquoin, ou avec M. Maisonneuve la cautérisation en flèche, etc., la peau est toujours attaquée. Or, cette cautérisation est, quelquefois aussi, suivie d'érysipèles, et même, lorsque le fond du kyste se trouve ainsi mis à nu, sans être détruit comme la superficie, une production épithéliale, végétante, peut se développer sur ce fond et prendre bientôt l'aspect d'un épithélioma ou d'un cancroïde peu rassurant pour l'opérateur et nécessitant une nouvelle et sérieuse application du caustique.

L'auteur pose donc en principe que la peau doit être, autant que possible, respectée, et que l'agent destructeur doit être porté dans la cavité même du kyste.

Par quelle voie doit-on pénétrer dans le kyste?

Presque toujours sur les tannes, sur les petites loupes, souvent même sur les tumeurs volumineuses, on trouve un point noir indiquant le siége du goulot, de l'orifice, que l'on suppose généralement oblitéré, et qui n'est parfois qu'obturé. Rien n'est plus facile que de le désobstruer par la pression ou par l'action de quelque agent chimique ou mécanique très simple, un peu d'eau de savon, de solution alcaline, la pointe d'un stylet, d'une épingle ou d'une aiguille. On vide le kyste en l'exprimant. Tantôt la matière épaisse sort peu à peu sous la forme d'un ver; tantôt, plus fluide, elle s'échappe en jet et ne tarde pas à être expulsée entièrement par la pression des doigts.

Cet orifice vient-il à manquer, la pointe d'une aiguille, d'un petit trocart, lui substitue facilement et sans douleur une ouverture artificielle.

Enfin, le kyste est-il très volumineux, est-il multiple, une double ponction, entretenue par le séjour d'un séton pendant quelques jours à peine, suffit pour livrer accès dans la cavité unique ou multiloculaire, et pour donner le temps et la facilité d'en exprimer peu à peu tout le contenu, sans provoquer de douleurs et sans donner naissance à aucun accident inflammatoire.

Le kyste étant vidé, comment doit-on agir pour amener l'oblitération de sa cavité?

A la rigueur, on peut s'y prendre de deux manières : ou bien modifier sa face interne, l'irriter, l'enflammer et déterminer par le rapprochement et le contact l'adhérence des parois opposées; ou bien produire sa destruction plus ou moins rapide et son expulsion par l'orifice, l'enveloppe cutanée ne tardant pas à se rétracter et à combler peu à peu, soit par sa rétraction, soit par ses adhérences profondes, le vide causé au-dessous d'elle par l'expulsion du kyste. Ce dernier mode est de beaucoup préférable au premier.

« Dans le principe, c'est-à-dire il y a environ quinze ans, je me contentais, dit l'auteur, de tendre à la simple modification des parois du kyste. Dans ce but, après avoir expulsé tout le contenu, j'injectais dans la cavité divers liquides. J'avais adopté, de préférence à tous les autres moyens, une forte solution de potasse caustique (1 gramme, et quelquefois plus, sur 50 grammes d'eau), portée dans la cavité à l'aide d'une petite seringue de verre. Cette solution avait l'avantage de dissoudre d'abord toute la matière grasse ou sébacée qui restait adhérente aux parois, puis d'irriter ces parois et de les disposer à l'adhésion. Des pressions méthodiques, continues ou intermittentes, favorisées par la tendance naturelle à la rétraction de la peau et du kyste, qui n'étaient plus distendus par le contenu, amenaient peu à peu l'adhérence des diverses portions de la poche, qui arrivaient à être mutuellement en contact, et la guérison radicale finissait par être obtenue après un temps variable de quinze à cinquante jours environ. Jamais la douleur ni aucun autre accident n'entravèrent le traitement. Depuis lors, et grâce aux progrès incessants de la cautérisation appliquée aux opérations chirurgicales, je substituai peu à peu à la potasse caustique, dont je ne me servis plus que pour laver parfaitement la poche, des agents plus énergiques et plus faciles à manier. La pâte de Canquoin, et notamment les divers sparadraps Canquoin, tels que l'école lyonnaise les a vulgarisés dans la pratique, me parurent remplir parfaitement le but que je me proposais, et je n'ai pas cessé de les employer dans le traitement des loupes.

» Voici comment on s'y prend. On taille un morceau de sparadrap au chlorure de zinc, d'une longueur proportionnée à la capacité du kyste, assez étroit pour passer par l'ouverture; on peut faciliter sa pénétration en le roulant en cylindre, de manière que la substance caustique occupe la face externe de ce long et grêle cylindre. Il est toujours facile de le pousser dans l'intérieur, l'orifice naturel de la loupe se prêtant assez à son passage pour peu qu'on y aide avec une sonde cannelée, un stylet, la tête d'une épingle; l'orifice artificiel, s'il existe, s'y prêtant d'autant mieux qu'il doit avoir, d'après la manière dont nous le pratiquons, des dimensions plus considérables. Pour les tannes, il suffit d'un morceau de Canquoin aussi petit qu'un grain de mil ou qu'une lentille; pour les loupes plus volumineuses, il faut donner au cylindre une longueur de 1 à 3 centimètres. Si l'ouverture cutanée paraît insuffisante, on y laisse engagée l'extrémité du caustique, au lieu de le précipiter entièrement dans la cavité du kyste.

» La pression exercée sur la loupe au moins deux fois par jour fait sortir, dès ce moment, une matière purulente, accompagnée quelquefois de petits lambeaux du kyste et des restes du sparadrap caustique. Mais ici deux cas se présentent : ou le kyste est petit, bien mobile sous la peau qui le recouvre; ou bien il est très grand, adhérent à ce tissu par un grand nombre de points.

» Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'il ne dépasse pas le volume d'une grosse noix, ce qui n'est déjà pas si petit, il suffit souvent d'une cautérisation pour amener la guérison. Que ce soit, d'ailleurs, après une seule ou plusieurs introductions de caustique, cette guérison arrive habituellement par l'expulsion du kyste mortifié. Par l'effet de la pression, on le voit se présenter à l'ouverture, par où il est facile d'en achever l'extraction avec des pinces, lorsque son expulsion ne se fait pas naturellement. On recueille alors la poche kystique intacte, à l'aspect blanchâtre ou gélatineux des tissus fibreux mortifiés. Il n'est pas besoin de dire que l'oblitération complète de la cavité, la rétraction de la peau et son adhérence aux parties profondes, suivent de près cette expulsion....

» Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le kyste est volumineux, ancien, multiloculaire, etc., on ne peut espérer une terminaison aussi rapide ni aussi franche. Il faut compter alors sur l'expulsion successive des lambeaux du kyste qui se mortifient graduellement, ou sur l'adhérence des points de la poche qui bourgeonnent suffisamment, à la suite de l'action irritative du caustique, pour se souder les uns aux autres. L'introduction successive, à quelques jours d'intervalle, de plusieurs morceaux de sparadrap Canquoin, la pression méthodique exercée sur la loupe d'une manière continue ou intermittente, l'attention à la tenir toujours vidée des produits qui s'y sécrètent, le soin de favoriser la rétraction de la peau et le contact des surfaces opposées, finissent par amener peu à peu un résultat aussi avantageux que celui qu'on obtient à moins de frais et en moins de temps dans le premier cas. » (*Bulletin de thérapeutique*, 15 juin 1860.)

Préparation du chlorure de zinc en cylindres,
par M. Sommié.

La forme cylindrique, pour certains topiques, prend de l'extension. Nous avons les nitrates d'argent blanc et noir, la potasse caustique et le sulfate de cuivre. M. Sommié conseille de préparer des cylindres de chlorure de zinc de la manière suivante :

On ramollit de la gutta-percha dans l'alcool bouillant et on l'incorpore, dans un mortier de porcelaine chauffé, avec du chlorure

de zinc bien divisé. Le mélange se fait à parties égales. On le roule rapidement sur un porphyre à la manière des pastilles. Le cylindre étant réduit au diamètre d'une plume, est divisé en plusieurs longueurs, et chaque fragment est effilé à ses extrémités. On les tiendra enfermés dans des flacons à large ouverture, au milieu de la chaux pulvérisée.

Ces flèches se maintiennent rigides, d'une causticité régulière, faciles à manier. Elles fonctionnent comme une éponge qui exsuderait lentement le chlorure de zinc, se liquéfiant au contact de l'air et de la peau.

Pour la pâte de Canquoin, ou chlorure de zinc en plaque, le gluten est préférable à la farine comme excipient; il est plus élastique et moins hygrométrique. (*Ibid.*)

Cause de mort par submersion, par M. BEAU.

On sait les discussions qui se sont élevées sur la cause de la mort par submersion. On a accusé tour à tour l'introduction de l'eau dans l'estomac, sa pénétration dans les bronches, l'affaissement du poumon, l'abaissement de l'épiglotte, la syncope, l'asphyxie. On n'attache plus aucune importance aujourd'hui, et avec raison, à la déglutition d'une certaine quantité d'eau, et encore moins au prétendu affaissement du poumon, à l'abaissement de l'épiglotte. Quant à la syncope et à l'asphyxie, il est évident qu'elles n'ont comme cause de mort qu'un rapport indirect avec la submersion en ce sens qu'elles pourraient être produites par d'autres causes.

Il est bon de savoir, en médecine légale, qu'un individu, au moment où il tombe à l'eau, peut être pris d'une syncope mortelle par elle-même; mais c'est un fait qui n'appartient pas plus à la submersion qu'à l'assassinat ou à une chute d'un endroit élevé. Reste donc l'entrée de l'eau dans les voies respiratoires. Il n'est pas douteux que l'asphyxie à laquelle succombent la plupart des noyés ne procède directement du non-renouvellement de l'air dans les poumons; mais l'eau qui se fait jour dans les bronches, à défaut d'air, contribue-t-elle à amener la mort? Voilà la question qui a divisé les physiologistes. Au fond, elle ne peut avoir d'importance, on pourrait presque dire de sens, que si l'on accorde à l'eau spumeuse formée dans les tubes bronchiques une influence particulière, non pas seulement sur l'hématose, mais bien sur la circulation elle-même; car on comprend aisément qu'un peu d'eau dans les bronches ne peut exercer, *en tant qu'obstacle*, une influence appréciable à l'hématose chez un individu placé sous l'eau. Mais, même au point de vue de la circulation, l'opinion de Haller est aujourd'hui à peu près abandonnée. La quantité de liquide spumeux que contiennent généralement (parfois il n'y en a pas du tout) les bronches des noyés est trop faible pour qu'il y ait lieu d'en tenir grand compte. D'ailleurs Goodwyn a montré que si, par une ouverture faite à la trachée, chez les chiens et les lapins, on injecte dans les bronches une quantité d'eau très supérieure à celle qu'on rencontre chez les noyés, les animaux éprouvent bien des symptômes d'asphyxie, mais reviennent assez rapidement à la santé.

Ainsi la mort, chez les noyés, est due simplement à l'asphyxie par défaut d'air respirable. Mais il reste toujours à expliquer pourquoi un individu plongé dans l'eau et qu'on doit supposer chercher instinctivement à y respirer, n'introduit qu'une petite quantité d'eau dans les bronches. Est-ce que, dans cette condition, les mouvements respiratoires ne s'exécutent plus, ou, s'il y a effort pour respirer, est-ce qu'il y a constriction de la glotte? C'est cette difficulté que M. Beau a entrepris de lever par ses recherches expérimentales, dont voici le résumé :

Premier ordre d'expériences. — Un chien est plongé rapidement dans un baquet plein d'eau transparente; il est maintenu en submersion à la partie supérieure du liquide, de telle sorte que son dos fait face à la paroi inférieure du baquet, et que les pattes et le museau sont dirigés en haut. Dans le premier moment de surprise produit par cette immersion, il fait une inspiration plus ou moins complète suivie immédiatement d'une expiration saccadée qui n'est pas autre chose que de la toux, et qui est marquée par l'expulsion d'une assez grande quantité d'air sortant des lèvres et du nez sous forme de bulles qui viennent crever à la surface du liquide. A partir de ce moment, on n'observe plus de mouvements respiratoires ni de bulles. L'animal fait des efforts et il s'agite à l'aide de mouvements énergiques du tronc et des membres; mais il n'y a plus ni inspiration ni expiration. On voit que les lèvres se ferment d'une manière permanente et convulsive.

Au bout de deux minutes environ, les mouvements cessent complétement; mais pourtant l'animal n'est pas encore mort, et si on le sortait de l'eau dans ce moment, il reviendrait à la vie. Il faut le maintenir submergé pendant deux ou trois minutes de plus pour qu'il soit mort réellement.

Enfin l'animal est mort; il est tiré de l'eau, et l'on fait son autopsie.

On remarque d'abord que les lèvres sont fermées et serrées l'une contre l'autre; on observe également que la glotte est fermée de manière à fermer le passage de l'air.

Il y a un peu d'eau écumeuse dans les petits rameaux des bronches; il y a de l'air dans toute la trachée et même souvent dans les gros troncs bronchiques. La quantité de liquide écumeux varie suivant les individus, tantôt un peu plus, tantôt un peu moins.

J'ajouterai qu'on constate aussi un peu d'eau dans l'estomac, de l'emphysème dans le poumon, etc.; mais tous ces faits ne nous intéressent que d'une manière secondaire; aussi n'en sera-t-il plus guère question.

Deuxième ordre d'expériences. — On submerge un chien comme nous l'avons dit dans le *premier ordre d'expériences;* quand, au bout de deux minutes, l'animal a cessé de se débattre et qu'il a perdu connaissance sans pourtant être réellement mort, on le sort de l'eau : il ne tarde pas à exécuter quelques mouvements de respiration et à ouvrir les yeux; bientôt il se relève et se met sur les pattes, et peu à peu, sans toux ni suffocation, il reprend ses forces et ses mouvements ordinaires, et il est en voie d'un rétablissement aussi complet que rapide.

Si, dans les premiers moments de ce retour au libre exercice des principales fonctions, on sacrifie l'animal en portant le scalpel sous la moelle entre l'axis et l'altas, on le tue avec la rapidité de la foudre, et si on ouvre immédiatement la poitrine et les bronches, on trouve de l'eau écumeuse dans les voies aériennes, comme chez les animaux morts par submersion.

Troisième ordre d'expériences. — On fait une ouverture à la trachée d'un chien et on la maintient béante à l'aide d'une canule; on plonge ensuite l'animal dans l'eau, le dos tourné en bas et les pattes en haut, et on le maintient submergé à la partie supérieure du liquide, comme dans le *premier ordre d'expériences.*

A peine l'animal est-il submergé, qu'une première inspiration fait pénétrer de l'eau dans sa poitrine, probablement tout à la fois par la glotte et par la canule; mais immédiatement on observe un mouvement de toux à l'aide duquel l'animal rejette des bulles d'air par la bouche et par la canule. A partir de cette expulsion de bulles, et comme dans le premier ordre d'expériences, il n'y a plus de mouvements respiratoires; l'animal s'agite, fait des efforts de lutte contre le milieu dans lequel il suffoque, mais il n'y a plus de liquide aspiré. Au bout de deux minutes, les mouvements cessent entièrement; on attend encore trois minutes pour extraire l'animal de l'eau : il est mort. On fait son autopsie.

On trouve les lèvres de l'animal serrées l'une contre l'autre; la glotte aussi est resserrée jusqu'à disparition de son orifice. Il y a de l'eau écumeuse dans la partie inférieure des bronches; la quantité n'en est pas plus grande que dans le premier ordre d'expériences.

Quatrième ordre d'expériences. — On fait une ouverture à la trachée d'un chien et on la maintient béante à l'aide d'une canule, comme dans le cas précédent. On plonge l'animal dans l'eau de manière que l'eau arrive dans la poitrine seulement par l'ouverture de la canule, et que par conséquent le corps et le cou de l'animal soient submergés, à l'exception de la tête. A peine cette immersion incomplète a-t-elle lieu, qu'une première inspiration fait entrer dans les bronches, par la canule, de l'eau qui est rejetée en partie par la toux avec une certaine quantité de l'air des bronches expulsé sous formes de bulles. Les mouvements respiratoires s'arrêtent, l'animal fait des efforts et s'agite; mais, au bout de quelques secondes, les mouvements respiratoires reparaissent; l'animal fait des inspirations et des expirations qui alternent de la manière la plus régulière et sans toux; à chaque expiration, il sort de la canule des bulles qui s'accumulent et, persistant à la surface du liquide, finissent par y former une couche d'écume. On remarque qu'à mesure que cette inspiration d'eau se fait, et que l'échange entre l'air des bronches et l'eau du baquet devient plus complète, la quantité des bulles diminue à chaque expiration; bientôt il ne sort plus que de l'eau par la canule. Enfin tout mouvement cesse, et l'animal paraissant bien mort au bout de cinq minutes, on le sort de l'eau et on fait son autopsie.

On constate que la trachée et les bronches sont littéralement remplies

d'eau. L'eau n'est pas écumeuse; les lèvres et la glotte ne sont pas resserrées convulsivement, comme elles l'étaient dans les précédentes expériences.

Cinquième ordre d'expériences. — Nous avons établi plus haut (dans le deuxième ordre d'expériences) que lorsqu'un chien, après une immersion complète, a cessé de se mouvoir et qu'il paraît mort, si on le sort de l'eau au bout de deux minutes, il reprend néanmoins peu à peu l'usage de ses mouvements respiratoires et se rétablit complétement. On pourrait croire que dans cette expérience l'animal revient à la vie et exécute des mouvements du moment qu'il ne sent plus le contact de l'air sur toute la superficie de son corps, mais ce serait une erreur; car il se rétablit aussi complétement et aussi vite si on dégage seulement les orifices naturels de la respiration, c'est-à-dire l'extrémité du museau, en maintenant le reste du corps sous l'eau.

Sixième ordre d'expériences. — On met la trachée-artère à nu sur un chien, on l'étreint dans une ligature que l'on serre assez pour que la trachée-artère soit complétement imperméable à l'air. L'animal fait des efforts et s'agite comme en état de submersion; pendant deux minutes environ, il ouvre les lèvres et le nez comme pour aspirer de l'air. Au bout de cinq minutes, il est mort. On fait son autopsie.

On ne trouve rien dans les bronches; les poumons sont congestionnés, emphysémateux.

Si l'on a suivi l'intention de ces divers ordres d'expériences, on a pu voir qu'ils tendent à établir finalement que chez les noyés la mort arrive parce qu'il y a, par suite d'une irrésistible horreur de l'eau, arrêt des mouvements de la respiration, resserrement des sphincters respiratoires, — soit qu'il y ait aspiration d'une petite quantité d'eau au moment de l'immersion, et dont le but manqué d'appeler de l'air, soit que cette aspiration d'eau fasse totalement défaut. « Il y a donc, dit l'auteur, *hydrophobie d'aspiration* chez les noyés, comme il y a *hydrophobie d'ingestion* chez les enragés. » Le dernier ordre d'expériences démontre plus spécialement que la mort, ici, est comparable à celle qui résulte de la strangulation. (*Archives générales de médecine*, juillet 1860.)

Recherches historiques et critiques sur l'auscultation céphalique chez les enfants, par M. le docteur Rilliet.

Le mémoire que M. Rilliet a publié sous ce titre est consacré, en majeure partie, à l'exposé des opinions de MM. Fisher, Hennig et Wirthgen, qui ont acquis dernièrement un intérêt nouveau, grâce aux recherches étendues et scrupuleuses de M. Roger. Nous empruntons au travail de M. Rilliet quelques détails sur la valeur du bruit de soufflet encéphalique dans les cas d'hydrocéphalie, qui ressortent plus directement de l'expérience personnelle du médecin genévois.

Suivant M. Rilliet, le souffle céphalique n'existe pas dans l'hydrocéphalie chronique, c'est la conclusion d'études répétées et suivies. Il faut seulement remarquer que toutes les observations de M. Rilliet sont relatives à des enfants atteints d'hydrocéphalie arachnoïdienne acquise et non congénitale.

Toutes les observations d'hydrocéphalie avec absence de souffle qu'a pu faire M. Rilliet sont des cas d'hydrocéphalie acquise et non congénitale. La disparition du souffle doit alors être expliquée par la tension céphalique et la compression vasculaire. Que l'hydrocéphalie soit aiguë ou chronique, pourvu qu'elle soit acquise, les conditions de la disparition du souffle ne sont pas sensiblement différentes. En effet, il doit y avoir dans les cas de cette espèce tension exagérée du crâne et compression des vaisseaux.

Dans l'hydrocéphalie congénitale, au contraire, les circonstances ne sont plus les mêmes : le liquide et le solide, l'eau, l'encéphale et les vaisseaux ont eu un développement originel, gradué et corrélatif; par conséquent, les conditions d'amplitude vasculaire, de tension encéphalique et de compression artérielle ou veineuse ne sont pas identiques avec celles de l'hydrocéphalie acquise, où l'épanchement surprend l'encéphale et les vaisseaux à une période où ils sont parachevés. On comprend, dès lors, que le souffle céphalique n'existe que dans les cas d'hydrocéphalie chronique. Il serait intéressant, à cet égard, de s'assurer si, dans les cas où l'on ponctionne des têtes hydrocéphaliques qui ne sont pas le siége d'un bruit de souffle, ce bruit apparaît après l'évacuation d'une partie du liquide.

Quand il s'agit d'expliquer la présence ou l'absence du souffle céphalique, il ne faut d'ailleurs pas oublier que deux ordres de faits se trouvent en présence : ceux qui tendent à produire et à exagérer ce bruit, et ceux qui tendent à le faire disparaître; ou, en d'autres termes, qu'il existe des conditions de production et d'accroissement, et des conditions de transmission et de propagation. Si ces deux ordres de conditions sont réunis, le bruit sera perçu au maximum. C'est le cas chez les rachitiques, dont la tête est volumineuse. Si les conditions d'exagération sont très prononcées, tandis que celles qui s'opposent à la transmission sont diminuées, il sera possible que les premières l'emportent sur les secondes, et que le bruit soit assez énergique pour que l'obstacle à la transmission soit vaincu. C'est peut-être dans ces conditions que l'on pourrait percevoir un bruit de souffle dans l'hydrocéphalie chronique congénitale. (*Gazette médicale de Paris*, 1859, nos 49 et 50.)

Remarques sur l'emploi des acides et des alcalins dans les diverses formes de dyspepsie, par M. le docteur E. Wells.

M. Wells fait remarquer qu'il y a des sujets dyspeptiques chez lesquels l'administration de certaines préparations alcalines est rendue impossible par les accidents dont elle est suivie invariablement, et que la même difficulté s'oppose à l'emploi des acides chez d'autres sujets, qui sont le plus souvent goutteux. En cherchant à déterminer les indications dans les cas de ce genre, M. Wells croit avoir obtenu des résultats assez précis qui peuvent se résumer ainsi : les alcalins sont surtout indiqués lorsque la douleur siége à l'extrémité cardiaque de l'estomac; la douleur qui occupe l'extrémité pylorique et qui indique un dérangement du foie cède au contraire plus volontiers aux acides. Ceux-ci rendent encore plus de services que les alcalins lorsque la dyspepsie s'accompagne d'éruptions cutanées.

Parmi les préparations alcalines, la magnésie convient surtout dans les cas qui s'accompagnent de constipation, et le carbonate de potasse dans les conditions opposées. Les alcalins sont préférables aux acides lorsque l'on a affaire à des cas de dyspepsie accompagnés d'irritation intestinale.

Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, on peut se guider, pour le choix du médicament, sur l'état des urines. L'excès d'acide urique indique l'emploi des alcalins, celui des phosphates réclame plutôt l'usage des acides; ceux-ci sont également indiqués dans les cas d'oxalurie. (*British Medical Journal*, 24 décembre 1859.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, etc., professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Bazin, et recueillies par M. L. Sergent, interne des hôpitaux, vol. in-8. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye.

Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Hardy, et recueillies par M. Moysant, 1re partie, 2e édit. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, par M. Gibert, 3e édition, 2 vol. in-8. Paris, 1860, chez Henri Plon.

(Suite et fin. — Voir le numéro 27.)

« Dans mon enseignement comme dans mes écrits, mon but principal a été de bien faire connaître les maladies de la peau, *spéciales* et usuelles, celles que tout praticien est appelé journellement à traiter, et dont trop souvent il ignore même le nom. J'ai pris soin d'éviter les redites et tout double emploi en éloignant de mon cadre les descriptions qui se rapportent à des maladies bien

connues et bien étudiées dans tous les livres et dans tous les hôpitaux; j'ai rejeté comme superflues pour le praticien bien des notions relatives aux maladies exotiques, rares, ou sur lesquelles il règne encore beaucoup d'incertitude et d'obscurités. J'ai laissé de côté bien des détails relatifs aux dépendances de la peau. Enfin, je me suis attaché avant tout au côté pratique du sujet, renvoyant aux ouvrages publiés par de plus savants que moi ceux qui voudront approfondir davantage une étude aussi intéressante. J'ai insisté, au contraire, avec un soin tout particulier sur les détails thérapeutiques, et j'ai pensé qu'on serait bien aise de trouver dans mon livre les formules les plus usitées à l'hôpital Saint-Louis. »

Ainsi parle M. Gibert dans la préface de son *Traité pratique des maladies de la peau*. « Je me suis attaché, dans cette *troisième édition*, ajoute-t-il, à perfectionner de plus en plus la partie usuelle et pratique de cet ouvrage. Une expérience clinique plus étendue m'a permis de me prononcer plus hardiment sur les questions de thérapeutique qui y sont exposées, et les études microscopiques nouvelles sont venues éclairer et compléter les points restés obscurs dans les précédentes éditions.... Bien connaître les formes de la maladie, arriver à la distinguer de toutes celles qui peuvent la simuler, lui opposer les modes de traitement les plus efficaces, voilà le but de notre enseignement oral comme celui de notre enseignement écrit. »

M. Gibert adopte la classification de Willan, qu'il trouve infiniment plus claire, plus simple, plus facile, et aussi plus philosophique et plus *naturelle* que celle d'Alibert, et même que les classifications récemment proposées par MM. Devergie, Bazin et Hardy. Autant j'aimerais entendre dire que la classification botanique de Tournefort est plus philosophique et plus naturelle que celle de Jussieu. Néanmoins, dans la même page, dans le même alinéa, M. Gibert avoue nettement que son estime pour la classification anatomique repose principalement sur les avantages de clarté et de précision qui la distinguent des classifications rivales. « Sans doute, dit-il, nous admettons que les affections diathésiques de la peau peuvent être divisées en trois groupes principaux : *dartreuses*, *scrofuleuses* et *syphilitiques;* mais nous préférons de beaucoup, pour l'étude, rejeter au second plan les divisions fondées sur les considérations de cause intime et de nature, et établir notre classification sur la considération des *formes cliniques* qui frappent les sens, sont faciles à saisir et nous mènent à un diagnostic assuré. » Et, afin qu'on n'en puisse douter, l'auteur ajoute : « Quant au groupe, assurément très rationnel, des affections *parasitaires*, il nous a paru plus simple pour l'élève de l'avoir disséminé dans les divers ordres auxquels se rattache la forme élémentaire de l'éruption provoquée et entretenue par le parasite... que d'en faire l'objet d'une division spéciale. » Ainsi, M. Gibert reconnaît et proclame la légitimité des distinctions nosologiques basées sur la nature et la cause intime de la maladie; il admet qu'il existe des affections certaines d'origine dartreuse, scrofuleuse, syphilitique et parasitaire; mais, néanmoins, il préfère à toutes les autres la classification de Willan, qui « offre l'immense avantage de s'appuyer sur une base matérielle, sensible, essentiellement usuelle et pratique, tandis que celles qui cherchent à prendre en considération la nature ou la cause prochaine tombent presque nécessairement dans la confusion et dans l'hypothèse. » Chose digne de remarque! lisez ce que MM. Duchesne-Duparc, Hardy et Bazin ont dit de la classification anatomique des dermatoses, et vous verrez qu'ils lui font des reproches à peu près semblables.

Mais les objections les plus graves qu'on ait adressées à la classification de Willan, c'est de « faire jouer à la lésion initiale un rôle trop exclusif et trop absolu, et de ne pas tenir assez compte de son développement ultérieur »; de rompre l'unité de certaines affections cutanées, et de séparer, en les plaçant arbitrairement dans des genres différents, des lésions appartenant aux diverses phases d'évolution d'une même maladie (tel est l'eczéma, qui revêt au début la forme vésiculeuse, et, dans sa dernière période, la forme squameuse); c'est de rapprocher, dans le même ordre, des espèces fort disparates; c'est surtout de ne pouvoir conduire à aucune induction thérapeutique.

Ces reproches nous semblent assurément très fondés; à tel point que M. Gibert, tout habile dialecticien qu'il est, n'est pas parvenu, selon nous, à les détruire. Lui qui a tant à cœur de faire une œuvre éminemment usuelle et pratique, comment n'a-t-il pas été frappé de ce qu'il y avait d'opposé à ces deux qualités dans une classification qui range dans un même groupe des affections dissemblables et qui réclament un traitement différent! Peut-on nier qu'il existe une étroite relation entre la nature d'une maladie et le remède qui la guérit, et n'est-il pas contraire aux règles d'une saine nosologie de méconnaître les affinités qui rattachent entre eux les états morbides curables par une même médication? En d'autres termes, les phlegmasies ne réclament-elles pas les antiphlogistiques? Les hémorrhagies n'appellent-elles pas les hémostatiques? Les antispasmodiques et les calmants ne conviennent-ils pas aux diverses espèces de névroses?

Or, la classification de Willan permet-elle de préciser ainsi les indications thérapeutiques suivant les différents ordres de maladies cutanées? Prenons quelques exemples dans le livre même de M. Gibert. L'éminent dermatographe place l'urticaire et la pellagre parmi les exanthèmes. Existe-t-il quelque affinité morbide, quelque relation pathogénique entre ces deux affections, et viendra-t-il jamais à la pensée de les traiter par des moyens analogues? La gale, l'herpès et l'eczéma figurent dans l'ordre des vésicules; et pourtant M. Gibert reconnaît que la gale est une affection parasitaire, « qui ne réclame aucun remède interne et qui guérit radicalement par le seul emploi de quelques topiques, » tandis que l'eczéma est une maladie le plus souvent constitutionnelle, qui nécessite l'emploi simultané des topiques et des modificateurs généraux; quant à l'herpès, il est tantôt purement accidentel et local (*herpes præputialis*), tantôt symptomatique ou critique (*H. labialis*), tantôt d'origine dartreuse (*H. zoster et phlyctænoides*), tantôt enfin de nature parasitaire (*H. circinatus*); de là des indications thérapeutiques très différentes pour des lésions classées pourtant dans un même groupe! Nous en dirions autant et plus encore à propos de l'ecthyma, de l'acné, de l'impétigo, du favus et des teignes diverses, que M. Gibert range dans l'ordre des pustules.

A propos des *teignes*, nous avons vu avec plaisir que M. Gibert était entièrement converti au microscope, et qu'il partageait pleinement les idées de son collègue, M. Bazin, relativement à la nature parasitaire du favus, de l'herpès tonsurans, du porrigo decalvans, de la mentagre, voire du pityriasis versicolor. Déjà, l'année dernière, M. Duchesne-Duparc, si accoutumé pourtant à jurer par Alibert, s'était rallié aux doctrines phytodermiques, au moins en ce qui concerne la porrigine et le favus (1). Peu à peu la contagion de l'exemple gagnera tous les dermatographes, et les plus réfractaires finiront par faire adhésion à la classe si légitime des dermatoses parasitaires.

Nous croyons avoir démontré suffisamment combien est défectueuse, au point de vue nosologique, la classification adoptée par M. Gibert, et combien elle est illusoire et même décevante au point de vue pratique. Si la classification n'a pas eu le privilége de mériter nos louanges, nous ne saurions, en revanche, trop en accorder au soin que l'auteur a mis à exposer méthodiquement les symptômes et la marche de chaque affection, à décrire d'une manière précise les lésions si variées dont la peau peut être le siége, et à formuler les divers moyens de traitement que l'expérience a montrés les plus efficaces. Les descriptions données par M. Gibert nous ont paru tellement claires et tellement complètes que nous comprenons qu'il n'ait pas « voulu salir son ouvrage de ces images grossières et ridicules commandées par le génie industriel de l'époque. » Néanmoins, nous croyons avec l'auteur que, « en médecine, et particulièrement en pathologie *cutanée*, pour bien connaître les choses, il faut les avoir *vues*. »

— Le tome deuxième de l'ouvrage de M. Gibert traite de la syphilis. Les premières pages sont consacrées à l'historique de la maladie. L'auteur déclare hautement qu'il se range derrière l'opinion d'Astruc, dont il ne fait, d'ailleurs, que reproduire sommairement « les arguments solides, la critique judicieuse et éclairée. »

(1) *Traité pratique des dermatoses*, Paris, 1859, chez J.-B. Baillière.

Suivant lui, par conséquent, la syphilis était inconnue des anciens; elle n'est point une dégénérescence de la lèpre; elle est d'importation indienne; elle a fait son apparition en Europe vers la fin du xv[e] siècle.

Comme on le voit, dès l'abord M. Gibert se met en opposition avec M. Ricord, pour qui l'ouvrage d'Astruc est un « immense roman. » La guerre est déclarée. Saint-Louis conduit la croisade contre les Sarrasins du Midi. Ici, on combat pour l'unité symptomatique de la syphilis; on proclame qu'il n'y a qu'un seul phénomène primitif, le *chancre;* que le chancre *mou* ne constitue jamais qu'un phénomène local; que le chancre *induré* seul est infectant; que le chancre est l'unique porte de la syphilis; que les accidents dits *secondaires* ne sont point contagieux et qu'une première infection met à l'abri d'une seconde. Là, au contraire, on nie l'unicité de la vérole; on professe que tous les chancres sont infectants; on admet d'autres formes d'accidents primitifs que le chancre, à savoir : les bubons, les tubercules plats, la blennorrhagie et même certaines excroissances; enfin on déclare que les accidents secondaires sont infectants et que l'immunité n'est pas nécessairement acquise aux sujets déjà infectés.

Les doctrines du Midi jetèrent, dès leur début, un si vif éclat, elles eurent un si grand retentissement, elles furent comme environnées d'un prestige si merveilleux, qu'elles exercèrent sur toute une génération médicale l'empire d'une irrésistible séduction. On se laissait fasciner par la parole du maître, on se laissait gagner par les dehors ingénieux et simples des théories nouvelles. Au milieu de cet enthousiasme, quelques esprits froids et circonspects, résistant à l'entraînement général, osèrent protester contre cette sorte de fétichisme et élever la voix en faveur des traditions du passé. Mais leurs réclamations se perdirent au milieu des clameurs de la foule idolâtre. L'opposition ne se tint pas pour battue; elle était faible par le nombre; mais elle était forte par le talent, par les convictions, et surtout par la pensée qu'elle était en possession de l'orthodoxie et qu'elle combattait pour la vraie foi.

Elle se recruta silencieusement; elle travailla dans l'ombre; elle ne recula devant aucun labeur; elle multiplia les expériences; elle amassa des matériaux imposants, et, quand tout fut prêt pour la lutte, elle démasqua ses batteries, et elle fit feu de toutes pièces sur l'ennemi. Longtemps le combat fut vif et acharné, et la victoire indécise; mais plus tard la discorde se mit dans le camp du Midi, et la défection commença dans l'armée huntérienne. On n'a pas oublié le jour où son illustre chef, abandonné de ses meilleurs soldats, fut réduit à déposer son épée soumise sur la tribune académique.

C'était le triomphe de Saint-Louis. Les bulletins de cette glorieuse campagne se trouvent, pour ainsi dire, consignés dans le livre de M. Gibert. L'auteur, faisant l'application du *væ victis!* épargne le moins qu'il peut la doctrine vaincue. Il adopte l'ancienne division de la syphilis en primitive et consécutive; mais il rejette la division de la syphilis consécutive en plusieurs périodes dites *secondaire*, de *transition* et *tertiaire*, parce qu'elle n'est pas fondée, comme on l'a dit, sur une succession régulière et invariable, chez tous les sujets, des diverses formes d'accidents syphilitiques.

Il étudie les chancres, les bubons, les tubercules plats, la blennorrhagie, les excroissances et les végétations, chez l'homme, chez la femme et chez l'enfant, d'abord comme accidents *primitifs*, puis comme phénomènes *consécutifs;* il aborde ensuite l'histoire des symptômes consécutifs proprement dits, de ceux qui ne se montrent jamais sous la forme primitive, savoir : les affections cutanées ou syphilides, les maladies des os (douleurs ostéocopes, périostoses, exostoses, caries), l'alopécie, les névroses, la paralysie, les lésions viscérales et la cachexie syphilitique. M. Gibert se pose résolûment en défenseur du groupe des syphilides, sans craindre que ses adversaires en dermatographie ne s'en fassent une arme contre la classification de Willan.

Après cette étude analytique des accidents de la syphilis, l'auteur donne une description synthétique et générale de la maladie, dont il suit les manifestations successivement au crâne et au visage, dans les organes des sens, à l'anus et dans la région génitale. Il insiste sur la syphilis buccale et sur la syphilis utérine. Il considère la bouche comme la voie commune et vulgaire de la contagion pour les accidents consécutifs. La syphilis utérine est décrite par M. Gibert avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui : il rapporte plusieurs observations de femmes atteintes d'ulcérations syphilitiques, primitives ou consécutives, du museau de tanche, et il regarde toujours comme tels les ulcères arrondis et granulés.

Un long et intéressant chapitre est consacré à la solution des problèmes les plus difficiles et les plus obscurs de la syphiliologie. L'auteur aborde tour à tour l'histoire de la syphilis larvée et de la syphilis cachectique, et, d'après les faits cliniques les plus probants, il établit que les cas de ce genre, bien constatés jusqu'ici, « se rapportent tantôt à des désordres organiques bien caractérisés, tels que : la phthisie, des lésions encéphaliques, hépatiques, des hydarthroses, des tumeurs blanches, des abcès, etc.; tantôt à des désordres fonctionnels sans lésion appréciable des organes, et survenant sous la seule influence de l'intoxication vénérienne générale (névroses, névralgies, paralysies, etc.). »

Les questions relatives à la contagion secondaire, à la syphilis inoculée et à la syphilisation, sont traitées avec une grande érudition et discutées avec une sage réserve. L'auteur, devenu plus scrupuleux depuis son dernier rapport à l'Académie (séance du 24 mai 1859), apprécie en ces termes la moralité des inoculations syphilitiques : « Malgré la réussite de quelques expériences tentées dans mes salles à l'hôpital Saint-Louis, alors qu'elles étaient motivées par la double demande de l'autorité administrative et scientifique, j'avoue que la pratique de l'inoculation, en général, et de la syphilisation, en particulier, m'inspirent une assez grande répugnance pour que, dans la crainte d'autoriser des essais imprudents, peut-être même entachés d'immoralité, je préfère à de plus longs développements sur ce sujet, renvoyer le lecteur au prochain ouvrage sur la matière que doit publier l'inventeur lui-même. »

Le traitement de la syphilis fait l'objet d'un chapitre spécial; il y est exposé avec des développements qui ne laissent rien à désirer.

En résumé, M. Gibert a écrit un excellent livre sur la syphilis. Dégagé de toute entrave d'école, faisant bon marché des théories, et profitant des erreurs où l'esprit de système avait jeté ses adversaires, l'auteur a pris le plus sage parti, celui d'écrire seulement ce que lui avaient révélé l'observation des faits et l'expérience clinique.

A. Linas.

VII

VARIÉTÉS.

— Le Conseil général de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a tenu le 28 juin dernier sa séance semestrielle, à laquelle assistaient M. Cazeneuve, directeur de l'École de Lille, et M. le professeur Mabit (de Bordeaux), vices-présidents du Conseil; M. Lejeune, président de la Société locale de Laon; M. Lhomme, président de la Société locale de Bourges; M. Houzelot, secrétaire de la Société locale de Meaux, et M. Pénard, président de la Société locale de Versailles.

M. le secrétaire général a présenté l'exposé de la situation de l'Association et de ses progrès depuis le 31 octobre dernier. En voici le résumé :

Sociétés locales agrégées, existant au 31 octobre dernier.	25
Société centrale	1
Sociétés locales approuvées, et dont le président a été nommé par l'Empereur depuis octobre dernier. .	9
Sociétés locales constituées et dont le décret de nomination du président n'est pas encore promulgué. .	7
Sociétés préexistantes à l'Association générale et qui s'y sont agrégées	4
Total au 28 juin. . . .	46 Sociétés

locales, embrassant 39 départements.

Après cet exposé, qui a embrassé l'indication des efforts tentés dans les départements et leurs résultats divers, la situation prospère du personnel et des finances de la Société centrale, l'état de la caisse générale

qui se trouve déjà en possession d'un capital dépassant 20,000 francs, le Conseil a délibéré sur les questions à l'ordre du jour.

Une carte géographique de la France, sur laquelle les départements, teintés de nuances différentes, indiquent facilement leur situation vis-à-vis de l'Association, a été mise sous les yeux du Conseil et un exemplaire remis à chaque membre.

— L'Association générale des médecins de France a, dans sa réunion du 6 juillet dernier, statué sur l'admission des membres dont les noms suivent : MM. Goupil, Gaume, Contour, Frémy, Falret père, Falret fils, Voisin père, Rufz, Marx et Dumont (Gaston).

— L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, réunie le 4 juillet en assemblée générale à Strasbourg, a voté son annexion à l'Association générale.

— Par un décret du 25 juin 1860, M. Drouet (Jean), chirurgien-professeur de la marine, a été promu au grade de second chirurgien en chef de la marine.

— Le concours pour une place de chirurgien au bureau central des hôpitaux de Paris s'est terminé le 30 juin, par la nomination de M. U. Trélat.

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu le 26 juin dernier, sous la présidence de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à mademoiselle Poulle, élève aux frais du département de la Seine.

— Nous avons annoncé que M. le docteur Rouget avait été présenté en première ligne par la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de physiologie vacante par la retraite de M. Lordat. Le candidat présenté en seconde ligne est M. Moutet, agrégé de la Faculté de Montpellier.

Le conseil académique de Montpellier a dressé à son tour sa liste de présentation. M. Rouget a été également présenté en première ligne, et MM. Jacquemet et Moutet, *ex æquo*, en seconde ligne.

— Au dernier concours ouvert à la même Faculté pour l'agrégation en sciences accessoires, ont été nommés MM. G. Planchon et Saint-Pierre.

— M. le docteur de Puisaye, médecin-inspecteur adjoint de l'établissement d'Enghien (Seine-et-Oise), est nommé médecin-inspecteur titulaire du même établissement, en remplacement de M. le docteur Boulland, démissionnaire ; M. le docteur Lebreton, médecin-inspecteur de l'établissement de Bagnols (Orne), est nommé médecin-inspecteur adjoint de l'établissement d'Enghien.

— Une nouvelle réunion scientifique et professionnelle vient, grâce à l'initiative de MM. les docteurs Lubanski, Scoffier et Vérany, de se former à Nice, sous le nom de *Société internationale de climatologie médicale*.

— Les deux plus grandes sociétés médicales de Berlin, la Société de médecine scientifique et celle des médecins berlinois, sont sur le point de se fusionner. Une tentative de fusion, faite il y a un an, avait échoué au moment de se terminer.

— La variole fait depuis deux ans de si terribles ravages à Cambridge (Angleterre) (6,500 décès en 1858), que l'autorité s'est décidée à frapper d'une peine les parents qui auraient négligé de faire vacciner leurs enfants. La proportion des vaccinations aux naissances a varié, dans cette ville, pendant les deux dernières années, entre 28 et 34 sur 100.

— Dans une assemblée de la commission pour la statue de John Hunter, tenue le 6 juin dernier, l'exécution en marbre de cette œuvre, qui doit être placée dans le muséum du Collége des chirurgiens, a été confiée au ciseau de M. Henry Weekes. La commission a exprimé l'intention que le portrait en pied de Hunter, par Reynolds, et qui est le chef-d'œuvre de cet artiste, servît autant que possible de modèle au sculpteur.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— M. le docteur Pourcelot, ancien membre du Conseil général du Doubs, vient de mourir à Saint-Hippolyte (Doubs).

— Un service funèbre réunissait jeudi, à la chapelle de la Charité, les nombreux amis d'un interne qui, bien jeune encore, avait su déjà prendre rang parmi les plus distingués, M. Pradaud (Jules-Guillaume-Étienne), né le 11 février 1836, à Exeideuil (Dordogne).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physiologie comparée.* — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera son cours mardi 17 juillet à onze heures précises et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure. Il traitera cette année de la *Physiologie cérébrale*. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — 1860. — Janvier. De la découverte de la paralysie générale et des doctrines émises par les premiers auteurs, par *Baillarger*. — Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies, et caractérisée principalement par le refus d'aliments, par *Marcé*. — Rapports médico-légaux, par *Aubanel*. — Monomanie raisonnante suivie de dépression mélancolique et hypochondriaque, par *Girard de Cailleux*. — Étude médico-légale sur l'hystérie, par *Legrand du Saulle*. — Observations déduites de la statistique des aliénés, publiée par ordre du ministre du commerce, par *Renaudin*. — Avril. D'une variété de pellagre propre aux aliénés, par *Teilleux*. — Des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés, par *Dumesnil*. — Rapports médico-légaux, par *Girard de Cailleux* et *Billod*. — De l'asile d'aliénés de Bassens en Savoie, par *Caffe*.

BULLETIN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS. — Années 1856-1859. — N[os] 53-56. Réflexions sur la nature et le traitement de la diphthérite, par *Simonot*. — Deux observations d'hémorrhagie intestinale pendant la fièvre typhoïde, par *Thore*. — Compte rendu des travaux de la Société pendant les années 1856-59, par *Perrin*.

Livres.

COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE BRAIDISME, OU HYPNOTISME NERVEUX CONSIDÉRÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LA PSYCHOLOGIE, LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE, par le docteur *J.-P. Philips*. In-8 de 180 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

DE LA GOUTTE, ET DU DANGER DES TRAITEMENTS EMPIRIQUES QUI LUI SONT TROP GÉNÉRALEMENT OPPOSÉS ; DE SON TRAITEMENT RATIONNEL, par le docteur *Potton*. In-8 de 80 pages. Paris, F. Savy. 2 fr.

DE LA DYSENTÉRIE ET DE SON TRAITEMENT PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE 1859, par le docteur Leriche, In-8 de 14 pages. Paris, F. Savy. 50 c.

DU LARYNGOSCOPE, ET DE SON EMPLOI EN PHYSIOLOGIE ET EN MÉDECINE, par le docteur *J.-N. Czermak*, professeur de physiologie à l'Université de Pesth. Édition française publiée avec le concours de l'auteur. In-8, avec 2 planches gravées et 31 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

EXAMEN DE QUELQUES NOUVEAUX PROCÉDÉS OPÉRATOIRES POUR LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES (MÉTHODE AMÉRICAINE), par *E. Follin*. In-8, avec des figures intercalées dans le texte. Paris, Labé. 2 fr.

FALSIFICATIONS ET AUTRES DÉFECTUOSITÉS DES PRINCIPALES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES ET ALIMENTAIRES, par *Norbert Gille*. In-18. Bruxelles, Tircher. 3 fr.

LA GRAVELLE ÉTUDIÉE A CONTREXÉVILLE (1857-1858-1859), par le docteur *Legrand du Saulle*. Brochure grand in-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

MALADIES SYPHILITIQUES DU SYSTÈME NERVEUX, par *Gustave Lagneau fils*. In-8. Paris, Labé. 7 fr.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE ET DES ORGANES DE L'AUDITION, par *J.-P. Bonnafont*. In-8 de 668 pages, avec 22 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 9 fr.

TRAITÉ DE LA RADESYGE (SYPHILIS TERTIAIRE), par *W. Boeck*. Christiana. Brochure in-4. Paris, Victor Masson. 3 fr.

ACYCLIA IRIDEREMIA UND HEMIPHAKIA CONGENITA. ZUR LEHRE VON DEN ANGEBORENEN KRANKHEITEN DES MENSCHLICHEN AUGES (Les maladies congénitales de l'œil), par *F.-A. de Hammon*. Grand in-4. Iena, Frommann. 6 fr. 75

ANATOMISCHE UND PHYSIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE FUNCTIONEN DES PLEXUS CŒLIACUS UND MESENTERICUS (Recherches anatomiques et physiologiques sur les fonctions du *plexus cœliacus und mesentericus*), par *J. Budge*. Grand in-4. Iena, Frommann. 5 fr. 50

DIE CHEMISCHE DIAGNOSTIK IN KRANKHEITEN (Le diagnostic chimique dans les maladies), par *W. Valentiner*. Grand in-8. Berlin, Schneider. 4 fr.

DIE VOLKSKRANKHEITEN IN IHRER ABHÆNGIGKEIT VON DEN WITTERUNGS-VERHÆLTNISSEN, EIN STATISTISCHER VERSUCH NACH ZEHNJÆHRIGEN BEOBACHTUNGEN IM K. K. ALLGEMEINEN KRANKENHAUSE ZU WIEN (Les épidémies dans leur rapport avec la température), par *K. Haller*. Grand in-4. Vienne, Gerold. 8 fr.

DIE UNFRUCHTBARKEIT DES WEIBES, FINGERZEIGE ZU IHRER GEDEIHLICHEN BEHANDLUNG (La stérilité de la femme et son traitement efficace), par *L. Martins*. In-8. Erlangue, Enke. 4 fr. 50

PATHOLOGIE UND THERAPIE DER PSYCHISCHEN KRANKHEITEN (Pathologie et thérapeutique des maladies mentales), par *M. Leidesdorf*. In-8. Erlangue, Enke. 4 fr.

UEBER IDIOTIE, MIT BESONDERER RUECKSICHT AUF DAS STADTGEBIET SALZBURG. PATHOLOGISCH-ANATOMISCHE UND STATISTISCHE STUDIEN ZUR NATURGESCHICHTE DIESER VOLKSKRANKHEIT (Sur l'idiotie), par *F.-V. Zillner*. Grand in-4. Iena, Frommann, 12 fr.

TRANSACTIONS OF THE OBSTETRICAL SOCIETY OF LONDON. Vol. I[er], pour l'année 1859. Grand in-8, avec planches. Londres, Longman.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an.

TOME VII. — PARIS, 20 JUILLET 1860. — N° 29.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial, en date du 11 juillet 1860, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Rouget, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Lordat, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— M. le docteur Quissac, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité près cette Faculté, jusqu'au 1er novembre 1868. Il est attaché à la quatrième section.

— Par arrêté du 16 juillet 1860 sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (1re et 2e sections, sciences anatomiques et physiologiques et sciences physiques), pour entrer en activité de service le 1er novembre 1860, MM. les docteurs F.-G. Planchon et P.-H.-C. Saint-Pierre.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie, publiés par M. Ar. Verneuil, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. Fréd. Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir les numéros 24, 27 et 28.)

Mémoire sur les polypes des narines, et principalement sur ceux qui descendent derrière la cloison du palais, par Icart, lieutenant de M. le premier chirurgien du roi, chirurgien-inspecteur des bains et eaux minérales de Rennes, chirurgien-major de l'hôpital de Castres.

Je n'ai pu trouver l'époque précise à laquelle ce mémoire fut envoyé à l'Académie, mais on peut la calculer approximativement,

FEUILLETON.

Littérature médicale.

M. Moreau (de Tours) : La psychologie morbide. — Vicomte de Lapasse : Essai sur la conservation de la vie. — M. Descuret : La médecine des passions. — Le baron de Feuchtersleben et M. Foissac. — Hygiène de l'âme. — M. Ch. des Étangs : Du suicide politique.

(Suite. — Voir le numéro 21.)

Sur la question de l'influence réciproque du physique et du moral de l'homme, on trouve représentées dans les livres que nous analysons les trois doctrines auxquelles l'observation des faits et le raisonnement peuvent conduire des esprits divers ; doctrines dont aucune ne rejette la coexistence de deux termes, ni leur réciprocité d'action, mais dont l'une attribue la prépondérance à l'élément physique, l'autre à l'élément intellectuel et moral, et la dernière établit entre les deux éléments une sorte d'équilibre. M. Moreau, M. de Feutchtersleben et M. Foissac sont les représentants de ces trois doctrines. Pour être exact, il faudrait placer près du nom de M. de Feutchtersleben celui de M. Descuret, qui marche à côté de lui, et même en avant de lui, dans la voie du spiritualisme ; mais M. Descuret effleure si légèrement le problème spécial dont il s'agit, que son opinion est écrite dans l'esprit de son livre plutôt que dans le texte.

L'idée fondamentale de la doctrine de M. Moreau est large et féconde. Nous n'osons dire qu'elle soit absolument neuve ; mais nulle part elle n'a été embrassée avec cette plénitude, développée avec autant de force, ramenée aussi strictement aux exigences de la démonstration expérimentale, poursuivie enfin avec la même hardiesse dans ses conséquences ultimes. Mécontent, non sans raison, des déductions fournies par la forme apparente ou le volume du cerveau, c'est-à-dire par le cerveau mort, M. Moreau en demande d'autres, pour ainsi dire, au cerveau vivant; et voici de quelle manière il explique lui-même son procédé : « Nous nous appliquons à découvrir les conditions organiques d'où dépendent certains états de l'âme, certaines dispositions d'esprit... On les a vainement

car le même dossier renferme un rapport analytique de Dufouart, daté du 2 avril 1778, rapport tout à fait insignifiant, pour le dire en passant, et l'une des observations du mémoire est datée de la fin de l'année 1770 (obs. de M. de Voisins). Au reste, Icart s'occupait de la question depuis longtemps déjà, car il avait publié en 1767 (1) le récit d'une opération pratiquée par lui en 1763, et dès cette époque il promettait un travail *in extenso* sur la matière. Malgré le rapport de Dufouart, le manuscrit d'Icart dormit longtemps dans les cartons de l'Académie, et ce ne fut que le 13 juillet 1785 que le comité qui s'occupait de la publication d'un 6e volume se mit à discuter sur les polypes des narines qui descendent derrière la cloison du palais, *d'après Icart et Brasdor*. Ce dernier lut dans les séances du 20 juillet et du 10 août un mémoire original (2) qui n'a jamais été imprimé, et que nous ne connaissons que par l'extrait concis qu'en ont donné Sabatier, puis Royer. (*Malad. chirurg.*, t. V, p. 97, édit. Phil. Royer.)

Le travail d'Icart ne compte pas moins de quarante-huit pages d'un grand format; il ne renferme pas d'historique. L'auteur annonce qu'il ne veut pas donner un traité complet sur la matière, mais qu'il s'occupera surtout des *polypes qui descendent derrière la cloison du palais*, qu'il rapportera des observations, et qu'il présentera enfin à l'Académie une tenette qui lui est particulière, et dont il se sert depuis quinze ans avec succès. Ce qui fait le mérite principal de cette œuvre, c'est le nombre considérable des observations qu'elle renferme, et qui sont relatives, non-seulement aux polypes naso-pharyngiens, mais encore aux polypes muqueux, au décollement et à l'épaississement de la pituitaire.

Après la lecture de cette longue monographie, on reste convaincu qu'Icart connaissait parfaitement le côté pratique de la question. Malheureusement la partie théorique est beaucoup moins parfaite, et la composition du mémoire est très défectueuse. En effet, on rencontre à chaque instant des explications étiologiques qui rappellent les exagérations de l'iatromécanisme et les élucubrations qu'on lit dans Verden et dans Garengeot. Ces billevesées sont gravement reproduites en maints endroits avec une grande prolixité; on trouve encore des répétitions nombreuses, une grande confusion et un défaut d'ordre qui rendrait l'analyse fort laborieuse. Cependant, quoique mal coordonnées, les remarques critiques et les appréciations justes sont nombreuses; les faits, au nombre de dix, prouvent tous quelque chose : c'est pourquoi je n'ai pas reculé devant l'ennuyeuse tâche d'extraire le bon grain de cette masse quelque peu indigeste.

« Les autours, dit Icart, recommandent pour la cure des polypes le fer, le feu, les corrosifs, la ligature. Tous ces moyens peuvent donner des succès; mais pour guider le jeune chirurgien dans leur choix, il faudrait bien distinguer les différentes espèces de polypes et appliquer à chacune d'elles un traitement particulier. » Il énumère alors les différentes variétés anatomiques qu'offrent ces polypes, qui peuvent être gros ou petits, longs ou courts, remplir une seule narine ou les deux à la fois, être indolents ou douloureux, mous ou durs, à base large, immobile, s'insérer aux cornets, ou, ce qui est plus fréquent, à l'ethmoïde, avoir un pédicule court ou long, arriver jusqu'à la lèvre supérieure ou descendre derrière la cloison du palais, écarter les os ou carier ceux sur lesquels ils s'insèrent; toutes variétés qui exigeraient des changements dans le traitement. Les causes sont externes ou internes : les premières sont des chutes ou des coups sur le nez, qui détachent la pituitaire; le sang s'amasse entre elle et les os et forme une tumeur; la membrane, décollée, se relâche, s'allonge, s'épaissit et forme le polype. Cette cause est plus commune qu'on ne le croit, l'expérience en a convaincu Icart, et le récit des malades confirme cette opinion. Les polypes de cause interne sont dus à l'engorgement des glandes de la pituitaire (cette hypothèse est ici longuement développée). Les vices scrofuleux, vérolique, scorbutique et cancéreux sont souvent cause de l'engorgement et de la dépravation de cette membrane, et donnent naissance à différents sarcomes. Le plus redoutable, le plus commun, le plus difficile à guérir de ces vices est le cancéreux. Tout polype d'abord bénin, formé par l'engorgement des glandes, peut, quoique la cause première ne soit pas cancéreuse, dégénérer en cancer incurable par les irritations, l'action des médicaments, les opérations, etc. »

Après cette étiologie, Icart, comme de la Fage, distingue les polypes en deux classes :

1° Les vasculaires formés par l'engorgement des glandes;

2° Les vésiculaires formés par le décollement et le prolongement de la pituitaire.

Les polypes vasculaires sont rapides dans leurs progrès et dangereux dans leurs suites; ils deviennent squirrheux, s'ulcèrent souvent, acquièrent une grosseur effrayante, présentent une surface inégale et raboteuse, font souffrir les malades et mettent leur vie en danger (ici recommence la théorie sur les causes et les effets de la dépravation des glandes, une page entière y est consacrée). Parmi les auteurs, les uns considèrent le mal comme local, parce que les sujets conservent souvent leur embonpoint, et qu'après l'extirpation ils jouissent, sans user d'aucun remède, d'une santé parfaite; les autres croient la maladie générale, parce qu'après les opérations les polypes reparaissent avec plus de violence. Ces deux opinions sont trop exclusives; on ne peut nier qu'il y ait des polypes incurables, mais on ne peut admettre davantage que la récidive soit constante. La plupart des polypes peuvent être guéris alors même qu'ils présentent des signes cancéreux, pourvu qu'ils ne soient causés ni entretenus par ce vice, qu'ils ne soient pas adhérents dans toute leur étendue, et que, d'ailleurs, l'opération soit praticable.

(1) *Ancien Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Roux*, t. XXVI, mai 1767, p. 459.

(2) *Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie de chirurgie*, etc., par Louis, publiés par M. Frédéric Dubois, Paris, 1859; — voir les *Notes et éclaircissements*, p. 70. — M. F. Dubois et moi-même avons vainement cherché le mémoire de Brasdor. Cette importante pièce a disparu. Cela est d'autant plus regrettable qu'il renfermait des observations favorables à la ligature, et que l'auteur, depuis de longues années, étudiait la maladie dont nous nous occupons.

---

cherchées, ces conditions, et véritablement on ne pouvait s'attendre à les rencontrer dans des propriétés de la matière, telles que l'étendue, la pesanteur, propriétés dont l'idée est la négation même, absolue, de celle que l'on se fait du principe pensant, sans même s'arrêter à la texture intime, à la trame superficielle ou profonde des organes....; il faut pénétrer plus avant encore dans l'enveloppe matérielle, jusqu'à ces limites où la matière est pour ainsi dire près de vous échapper et où vous touchez déjà à l'esprit; il ne faut s'arrêter enfin qu'à ces *propriétés de la matière organisée et vivante* qui, par leur nature, semblent, comme on l'a dit, appartenir autant à l'esprit qu'à la matière. » En deux mots, l'auteur ira demander ses moyens de détermination à des manifestations de la vie en acte; de telle sorte que, s'il arrive que des maladies dites mentales, la folie et l'idiotie, procèdent manifestement des mêmes évolutions organiques que telle ou telle autre affection nerveuse où l'intellect et le moral ne soient pas engagés, il faudra bien reconnaître à cette identité d'origine une identité de nature; il faudra, disons-nous, placer dans ces conditions organiques de la vie du système nerveux la source des dérangements de l'esprit. Or, le moyen de cette recherche est dans la *prédisposition*. « C'est cet état, dit M. Moreau, que nous considérons comme l'origine, le fait primordial et générateur des phénomènes d'*idéogénie* qui font l'objet de nos études; fait moitié physiologique, moitié pathologique, dont la *folie* et l'*idiotie*, lorsqu'il s'agit du système nerveux en général et du cerveau en particulier, expriment le plus haut degré de développement. » Cette prédisposition peut se traduire par deux ordres de faits : par la préexistence de diverses affections du système nerveux, et par les antécédents d'hérédité. Que dit, sous ce double rapport, l'observation? Elle dit, d'une part, que sur un total de 56 idiots et imbéciles, on a pu compter 132 états pathologiques résidant presque tous dans le système nerveux (hystérie, convulsions, strabisme, paralysie, etc.); que la folie s'annonce plus ou moins longtemps à l'avance par des manifestations névropathiques (lésions de sensibilité, sensation d'*auras*, accidents convulsifs, etc.); que les anomalies de l'intelligence, enfin, « ont pour origine les mêmes conditions organiques que tous les autres trou-

Un polype peut avoir tous les signes d'un cancer décidé sans que la tumeur soit cancéreuse. D'ailleurs, où est l'impossibilité de guérir un polype cancéreux? Ne guérit-on pas le cancer au sein, au testicule et ailleurs? L'observation suivante vient à l'appui de ce que j'ose avancer (1).

(*La suite au prochain numéro.*)

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du traitement de la dyspepsie par l'acide arsénieux, mémoire présenté à l'Académie de médecine, par le docteur V. Germain (de Château-Thierry).

Le hasard m'ayant un jour conduit dans le laboratoire de l'Académie de médecine, je vis appendu à la muraille un tableau, résultat des travaux de M. Ossian Henri, et indiquant les quantités relatives d'arsenic qui sont contenues dans les différentes eaux minérales de la France. De plus, je fis cette remarque que la plupart de ces eaux guérissaient les affections les plus disparates. Après avoir médité ce fait, alors nouveau pour moi (car dans la plupart des livres qui se sont proposé pour but de traiter des eaux minérales, il n'est nullement question de l'arsenic; ce principe est rarement cité parmi les corps minéraux que les eaux tiennent en dissolution, et il n'y a pas bien longtemps encore que les analyses les plus exactes négligeaient le dosage de l'arsenic dont la quantité indéterminée était indiquée par le mot « traces ») après avoir, dis-je, médité ce fait, j'étais arrivé aux conclusions suivantes :

1° Autant les eaux minérales sont efficaces, autant les eaux fabriquées artificiellement sont sans vertu.

2° Les eaux minérales guérissent des affections très disparates, mais ces guérisons ne sont que secondaires. Le fait primitif, c'est l'amélioration de la santé générale consécutive à la réapparition de l'appétit et d'un sommeil réparateur. L'organisme amélioré se débarrasse en quelque sorte spontanément du mal dont il était affecté.

3° Aucune des matières contenues en dissolution dans les eaux minérales, si ce n'est l'iode et le fer, n'est capable de modifier la constitution, et ces deux corps, administrés pharmaceutiquement, ne produisent jamais les bons effets des eaux minérales qui les contiennent naturellement.

C'est alors que je conçus l'idée que l'arsenic pourrait bien être l'agent auquel étaient dues les merveilleuses modifications de l'organisme, produites par les eaux minérales, et je me demandai si, administré à petite dose et pendant un temps prolongé, c'est-à-dire à la manière dont il est absorbé par les malades qui vont prendre les eaux minérales pendant une saison, l'arsenic ne pourrait pas produire les heureux résultats que l'on va chercher à Plombières, à Vichy, au Mont-Dore, aux Eaux-Bonnes, etc. Je commençai à l'essayer, et comme je considérais la dyspepsie comme le point de départ de presque toutes les maladies chroniques, c'est surtout contre cette affection que je dirigeai mes tentatives. J'employai l'acide arsénieux, espérant que le médicament serait plus efficace n'étant enchaîné à aucune autre substance. Je ne l'administrai jamais qu'à la dose d'un seul milligramme par jour, si ce n'est dans un cas dont le résultat fut malheureux. Je le fais prendre en pilule, au commencement de l'un des repas. Je ne fais jamais rien changer au régime des malades, auxquels je n'adresse d'autre recommandation que d'éviter les excès, et de s'abstenir d'aliments notoirement indigestes.

Dans ce travail, que je présente à l'Académie, la meilleure partie et la plus intéressante sera celle qui renferme les observations que j'ai pu recueillir. Elles sont sincères, et ne sont pas le résultat d'un triage. Ce sont *toutes mes observations*, et je n'ai pas écarté les insuccès pour les laisser dans l'ombre. Chaque fois que j'ai employé ce traitement, sauf une seule, j'ai réussi, même dans le cas désespéré d'Angélique Lallemand, dont j'hésitai pendant quelque temps à entreprendre la cure, tant le succès me paraissait improbable.

Obs. I. — Novembre 1858. Françoise Déduit, âgée de quarante-six ans, domestique. Sa santé, depuis un an, s'était gravement altérée par suite de vives contrariétés. Inappétence habituelle; après le repas, digestions lentes et pénibles; constipation très opiniâtre à laquelle succédait, environ tous les mois, une diarrhée violente qui durait vingt-quatre à trente-six heures et qui l'affaiblissait beaucoup; douleurs erratiques; névralgies diverses que la malade appelait ses rhumatismes. Je mets cette fille à l'usage de l'acide arsénieux, dont elle prend 1 milligramme chaque jour. Au bout de huit jours, la constipation disparaît pour faire place à une convenable liberté du ventre sans transition de diarrhée. La malade va une fois à la selle par jour et spontanément. L'appétit se développe à partir de ce moment. Les douleurs disparaissent complétement. Après le trentième milligramme, l'appétit est très vif et le ventre toujours convenablement libre; on constate un certain embonpoint. Françoise Déduit cesse le traitement. Depuis ce temps, la santé est parfaite.

Obs. II. — Mademoiselle Lucie A..., après avoir fait une très grave maladie, il y a une quinzaine d'années, était toujours restée très souffrante, et sa santé était arrivée à un point de délabrement très grand. Elle a trente-deux à trente-trois ans. Elle est extrêmement amaigrie et ne peut supporter la plus légère fatigue. Elle ne prend plus depuis longtemps que des aliments très peu nutritifs : poisson, viande blanche,

(1) J'ai reproduit avec quelques détails l'opinion d'Icart sur les prétendus polypes cancéreux. Nous voyons où l'on en était à cette époque relativement aux signes du cancer. Une tumeur dure, douloureuse, ulcérée, saignant au contact, était réputée un cancer, et il était indiqué formellement de n'y point toucher. Cette théorie, qui a dû laisser mourir sans secours un grand nombre de malades atteints de polypes fibreux, régna longtemps, et se trouve dans les meilleurs auteurs de la fin du siècle dernier et du commencement de ce siècle, entre autres dans Pott, Bell et d'autres. L'idée de la dégénérescence cancéreuse des polypes de la gorge et du nez régnait encore il y a quelques années. Icart, en proposant d'opérer les polypes prétendus cancéreux, semble s'excuser de sa hardiesse.

bles fonctionnels des centres nerveux; elle montre, d'autre part, comme source de la folie héréditaire, non pas seulement la folie elle-même, mais un très grand nombre de lésions du système nerveux. Ce dernier point de vue a reçu dans la Psychologie morbide des développements considérables auxquels nous regrettons de ne pouvoir nous arrêter. Sur presque tous les points nous serions, quant au fait, entièrement d'accord avec l'auteur; nous pourrions même fortifier sa démonstration en lui montrant, avec M. Piorry et par des exemples précis, le fait de l'hérédité conservant ce caractère protéique dans presque toute la pathologie, mais surtout dans les ordres de maladies qui affectent des systèmes entiers ou de grands appareils. Quoi de plus varié, par exemple, que les formes d'affections respiratoires qu'on observe chez les ascendants ou les descendants de phthisiques; que les genres de difformités présentés par les ascendants ou les descendants d'un microcéphale! Nous ne chicanerons M. Moreau que sur le mot de transformation, par lequel il exprime, ainsi que l'avait déjà fait M. Baillarger en traitant du même sujet, le changement réalisé entre la maladie de celui qui donne et la maladie de celui qui reçoit. Il nous semble que les observations mêmes de notre confrère doivent le faire reculer devant cette interprétation; car si la folie peut descendre d'une centaine d'états morbides pour le moins, ce serait donc une centaine de transformations qu'elle pourrait subir. Et comme, ainsi que nous le disions à l'instant, le même fait s'étend à une grande partie de la pathologie, il n'y aurait, pour ainsi dire, plus de types nosologiques. Que le fait même de l'hérédité implique un fonds commun pour toutes ces maladies, à la bonne heure; mais de ce que cette prédisposition commune n'aboutit pas à l'unité morbide, induire qu'il y a eu transformation de l'état morbide primitif, c'est faire une supposition non-seulement arbitraire, mais qui ne s'accorde même pas très bien avec les conditions propres d'une transmission par hérédité. La nature s'imite dans ses déviations comme dans ses manifestations normales; elle s'imite dans la réédition d'un cancer ou de la folie comme dans la réédition des yeux ou de la bouche, c'est-à-dire qu'elle s'imite plus ou moins fidèlement; mais la folie du fils n'est pas plus la névralgie transformée du père

fruits cuits et encore en très petite quantité. Elle ne peut boire que de l'eau. Inappétence constante; les digestions sont toujours laborieuses; la constipation est très opiniâtre, et ce n'est qu'à force de lavements que quelques boulettes dures sont évacuées. Gargouillements très fatigants dans le ventre. Cette demoiselle commence, dans le mois de décembre 1858, à prendre chaque jour 1 milligramme d'acide arsénieux. Au bout d'un mois, elle en est arrivée à prendre une nourriture fortifiante, viande rouge de boucherie, bierre et vin. Le moral est devenu meilleur, plus d'accès de désespoir; l'appétit commence à se faire sentir; le sommeil est bon. La malade signale qu'elle éprouve, quand elle est couchée, des sensations alternatives de chaud et de froid. Les selles, quoique encore difficiles, s'effectuent chaque jour sans lavement; le gargouillement ne se fait plus sentir que rarement; les urines déposent abondamment. Le traitement est continué, mais vers le quarantième jour, un rhume violent vient se jeter à la traverse et se prolonge un mois, pendant lequel le traitement est suspendu. Au bout de ce temps, la malade a reperdu l'embonpoint qu'elle avait reconquis. Pendant tout le temps que dura ce rhume, j'avais fait suspendre par prudence l'usage de l'arsenic, parce que j'ignorais s'il ne fallait pas lui faire une part dans cette inflammation catarrhale. Le rhume guéri, la malade prend encore 30 milligrammes d'acide arsénieux. A la fin de mars, la santé est bien meilleure. Mademoiselle A.... commence alors l'usage du fer et continue son régime fortifiant. Au mois de septembre suivant, elle m'écrivait:

« J'ai bon appétit; je digère facilement toute espèce d'aliments; je ne » suis plus constipée comme autrefois; je dors bien; je n'ai plus l'esprit » préoccupé; je recherche les amusements et je m'en trouve bien; je me » fatigue moins vite et j'ai repris un peu d'embonpoint. »

Obs. III. — Femme Richard (d'Aulnois), vigneronne, âgée de cinquante ans. Depuis six mois, vomissements inévitables après qu'elle a avalé quelque chose, excepté de l'eau pure ou sucrée. Ces accidents, qui ont commencé subitement et sans que j'aie pu en trouver aucune cause, durent depuis six mois. Cette femme, qui avait beaucoup d'embonpoint, est arrivée à un état d'émaciation effrayant. Condamnée et abandonnée comme étant atteinte d'un cancer du pylore, elle se réclame de moi. J'y vais le 24 décembre 1858 pour la première fois. Je constate à l'épigastre l'existence d'un corps mobile, douloureux au toucher, sans grande dureté, et que je prends pour l'estomac contracté. La malade n'a jamais ressenti de douleurs lancinantes dans ce point, jamais elle n'a eu de vomissements de sang ni de vomissements noirs (marc de café). La teinte cachectique jaune paille n'existe pas.

Pilules composées de 1 milligramme d'acide arsénieux uni à 1 centigramme d'extrait de belladone deux fois par jour. Je recommande de ne rien prendre que de l'eau sucrée le premier jour et de se mettre le lendemain à l'usage du lait coupé.

Je ne vois cette malade que tous les deux jours.

26 décembre. Elle n'a plus vomi, elle a mieux dormi. J'ordonne du bouillon. La malade, enchantée de son état, prend le soir une soupe: violente indigestion. Je ne suis pas prévenu. Le 28, je la trouve très abattue. Les vomissements ont duré vingt-quatre heures et ne se sont arrêtés que la veille au soir. Je crois qu'ils ont été entretenus par les fortes infusions de thé et de feuilles d'oranger que l'on a fait prendre à la malade. Je la rassure et lui recommande de recommencer le traitement. Tout va bien jusqu'au 1er janvier. Ce jour-là, la malade, qui a repris quelques forces, s'est levée dans l'après-midi; elle a préparé un lapin. Or, au milieu de la liesse générale de la maison, elle essaye de manger un morceau de gibelotte. Nouvelle indigestion, moins violente cependant et moins longue que la précédente. Il faut encore recommencer, mais, cette fois, tout va bien. Elle prend successivement du potage au lait et à la semoule, des potages gras au tapioca, puis au pain, un œuf à l'écaille. Enfin, elle était arrivée à manger quelques bouchées de viande rôtie sans que les vomissements reparussent, lorsque, le 10 janvier, je constate un peu d'hébètement et de séchcresse de la langue. Je fais cesser les pilules. Le lendemain, 11, délire tranquille, pouls fréquent, langue très sèche. Affaissement. Elle meurt le 12 au matin. De quoi est-elle morte? De l'arsenic, de la belladone ou d'une affection intercurrente indéterminée? L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. IV. — Madame Félix, gouvernante, cinquante-cinq ans, dyspeptique depuis très longtemps. Constipation opiniâtre. Après les repas, regurgitations aigres très fréquentes et souvent des vomissements. Elle commence le 16 août 1859 à prendre chaque jour 2 milligrammes d'acide arsénieux en deux fois, à douze heures d'intervalle. Au bout de huit jours, la constipation cesse; les fonctions de l'estomac s'accomplissent beaucoup mieux. A partir de ce moment, une seule pilule par jour. Le traitement est abandonné au bout de vingt jours. Cette dame, à ce moment, se portait fort bien. Depuis, sa santé s'est plusieurs fois dérangée, mais ses fréquents écarts de régime en sont la cause. Somme toute, elle se porte bien mieux qu'autrefois.

Obs. V. — Madame Salomon, sage-femme, dyspeptique, hypochondriaque. Chez elle, point de constipation, diarrhée constante. 20 milligrammes en vingt jours amènent une amélioration très grande. La diarrhée cesse et les intestins fonctionnent parfaitement, à la grande joie de la malade. Plus tard, madame Salomon se plaint de nouveau de douleurs d'estomac. Je lui donne chaque jour une pilule contenant 3 milligrammes de poudre de noix vomique; elle n'en éprouve aucune amélioration et réclame avec instance les premières pilules, dont elle ignore la composition. Les douleurs d'estomac disparaissent rapidement. Depuis ce temps la santé est très bonne. Cette malade a été tellement enchantée du remède, qu'elle voulait en envoyer à ses connaissances, et j'ai été obligé de lui en faire faire pour sa fille qui habite l'Algérie.

Obs. VI. — Avril 1859. Fayolle, tonnellier. Cet homme est dyspeptique. Diarrhée abondante, vomissements glaireux tous les matins, crampes d'estomac continuelles. Ses souffrances l'ont beaucoup affaibli et il ne peut plus travailler. Il a employé tous les remèdes connus et secrets. 20 milligrammes d'acide arsénieux en vingt jours, et le malade ne veut pas continuer plus longtemps le traitement, tant il se trouve bien portant. Il recommence à travailler et en même temps à se livrer aux excès inhérents à son état et à sa position sociale.

En décembre, il revient me voir. Je lui rends quinze pilules d'un milligramme. Depuis ce temps, il se porte très bien et résiste parfaitement à la fatigue. Il fait un peu moins d'excès.

Obs. VII. — Femme Fayolle est aussi très dyspeptique, mais de plus elle est mal réglée et est atteinte d'une affection dartreuse de la face qu'aucun traitement n'a pu guérir jusqu'ici, peut-être parce qu'elle ne suit pas avec assez de persévérance les différents traitements auxquels elle a successivement essayé de se soumettre. Chez elle, la dyspepsie était accompagnée de constipation. 30 milligrammes d'acide arsénieux en trente jours amènent son état de santé à un point tel que la malade refuse de continuer davantage. Depuis ce temps les fonctions de l'estomac sont parfaites.

Obs. VIII. — Juin 1859. M. Henry Le Roy, mon beau-frère, se plai-

---

que la bouche du premier n'est la bouche transformée du second. Au reste, ce n'est, au point de vue de la question actuelle, qu'une différence de mot; l'essentiel est que la diversité des maladies qui sont le fruit de l'hérédité soit bien telle que l'affirme M. Moreau. On peut discuter sur l'étendue de cette diversité; plusieurs critiques ont déjà fait à cet égard des réserves; mais ce n'est plus là qu'une difficulté accessoire.

Dans ces conditions, quel peut être le rôle, quelle peut être la portée de l'éducation?

M. Moreau s'explique sur ce point d'une façon catégorique: « L'éducation n'a et ne peut avoir aucune prise sur la virtualité, les dispositions, l'activité native des facultés intellectuelles, morales, affectives. Elle s'empare de ces dispositions, de cette activité telles que la nature les a faites, petites ou grandes, débiles ou puissantes, et leur imprime des directions variées, en favorise même jusqu'à un certain point le développement en les plaçant dans des conditions favorables; mais elle ne les crée pas. En d'autres termes, la vitalité psycho-cérébrale est essentiellement innée et se rattache à des conditions primitives d'organisation; elle est, pour ainsi dire, la matière première sur laquelle l'influence éducatrice puisse opérer, mais sans rien changer à son énergie première, sans la diminuer ni l'agrandir. » Et plus loin: « Comment croire, si l'on se donne la peine d'y réfléchir un instant, que les facultés morales puissent subir, par cause étrangère ou externe, en dehors d'un mouvement spontané, intérieur, d'autres modifications que celles que nous avons dites? »

Quelle différence entre ce langage et celui du baron de Feuchtersleben! L'auteur allemand, à qui M. Adrien Delondre, dans l'*Étude* placée en tête du livre, a raison de reprocher une profession trop timide du spiritualisme qui le domine tout entier, dote l'âme d'une force capable d'agir sur tout l'être, sain ou malade, et conséquemment de gouverner en partie la santé. Bulwer avait dit: « Presque jamais, surtout dans la jeunesse, *une maladie n'est incurable tant que l'esprit n'est pas frappé*. Que l'être le plus délicat et le plus chétif s'adonne à un travail continuel, *il n'aura pas le temps d'être malade*. L'oisiveté le tuera. L'acier qui ne sert pas se rouille. »

guait depuis quelque temps de n'avoir plus d'appétit. Il est tourmenté d'une diarrhée continuelle. Il n'a plus de force, son caractère est devenu morose et irritable. Trente pilules en trente jours font disparaître la diarrhée, réveillent l'appétit, et la gaieté revient à M. Le Roy à mesure que les autres symptômes s'amendent successivement.

Obs. IX. — Juin 1859. M. Tillet, maire de Bonneil, cinquante et quelques années. Point d'appétit, constipation opiniâtre, douleur à l'épigastre, toux nerveuse qui inquiète beaucoup le malade. M. Tillet prend 25 milligrammes d'acide arsénieux en vingt-cinq jours, au bout desquels sa santé ne laisse rien à désirer. Je n'ai ordonné aucun médicament contre le point épigastrique ni contre la toux, et tous deux ont rapidement disparu. Dans le mois de janvier 1860, M. Tillet vient me revoir; il se plaint d'inappétence et de constipation. Je lui ordonne vingt pilules, qui suffisent pour remettre les fonctions digestives dans la voie normale.

Obs. X. — Madame Boucand, vigneronne au Mont-de-Bonneil, cinquante-cinq ans. Inappétence complète, amertume de la bouche, constipation opiniâtre, affaiblissement tel que la malade peut à peine se lever. J'ordonne trente pilules de 1 milligramme chacune. Au bout de quinze jours, la malade va très bien et me demande si elle doit continuer à prendre ses pilules, n'en éprouvant plus le besoin.

Obs. XI. — Octobre 1859. Angélique Lallemand, cinquante-deux ans, domestique, est dans un état de cachexie effrayant. Depuis vingt-huit ans, les fonctions de l'estomac se font mal. Or, dans ce long espace de temps, elle n'a pas eu un moment de répit. L'oreille droite suppure abondamment, probablement par suite d'une carie du rocher; de temps en temps, la malade éprouve des douleurs de tête intolérables. Au printemps de 1859, la dyspepsie augmente et les vomissements commencent; depuis ce temps, ils n'ont pas cessé et se reproduisent plusieurs fois par jour. Crampes d'estomac très violentes. La malade ne mange plus que du fromage de Gruyères, c'est le seul aliment qui ne la fasse pas vomir à coup sûr. Facies décoloré et bouffi. Si la malade parvient, à force d'énergie, à rester levée quelques heures, les jambes enflent. La constipation est très grande; la malade prend plusieurs lavements par jour. Elle commence à prendre 1 milligramme d'acide arsénieux chaque jour. Au bout de quelques jours, elle va à la selle spontanément; il y a un peu de mieux dans l'état général, elle reste un jour sans vomir, et l'espoir lui revient. Ce mieux ne se soutient pas; la malade retombe dans son premier état et au bout de trente jours la position n'a pas changé. Survient alors une tourniole qui, vu l'état d'éréthisme nerveux de la malade, lui cause des douleurs atroces. Pendant tout le temps que dure cet accident, c'est-à-dire quinze jours, le traitement est suspendu, et comme les douleurs sont excessives, la malade prend pendant près de huit jours de l'opium à haute dose. Aussitôt qu'il lui est possible de le faire, Angélique recommence le traitement. Cette nouvelle période dure encore environ trente jours, mais déjà un mieux sensible est manifeste. La constipation est encore opiniâtre, mais les vomissements ne surviennent plus que tous les deux ou trois jours. Ces trente jours écoulés, la malade est prise d'un violent mal de gorge qui dure huit jours, pendant lesquels le traitement est encore suspendu. Débarrassée de ce nouvel accident, Angélique se remet rapidement; la constipation cesse entièrement, l'appétit est franc, les digestions sont bonnes, et quoiqu'elle ne mange pas indifféremment de tout, elle se permet des aliments indigestes, par exemple de la soupe aux choux, ce qui prouve que les fonctions de l'estomac sont bien rétablies.

Elle a pris en tout environ 75 milligrammes d'acide arsénieux. Depuis ce temps, la santé de cette fille est bonne relativement; il lui reste ses maux de tête. Je l'ai mise au régime du fer et de l'iode. Quant à son affection de l'estomac, elle ne s'en ressent plus du tout.

Obs. XII. — Novembre 1859. Choveaux, épicier, était tourmenté depuis longtemps par une gastralgie accompagnée de constipation. Il a pris de l'arsenic d'après les conseils de son pharmacien, qui connaissait mes succès. Il m'a dit avoir été débarrassé de sa gastralgie au bout de vingt-cinq jours. Il prenait 1 milligramme par jour.

Obs. XIII. — Aout 1859. Saudoyer, ouvrier en cuivre, cinquante ans environ. Gastralgie très violente, diarrhée habituelle. Cet homme souffre tellement qu'il a pris la vie en dégoût et est arrivé à désirer la mort. Il avoue méditer de se suicider. 10 milligrammes d'acide arsénieux suffisent pour améliorer si bien sa position qu'il ne veut pas continuer plus longtemps le traitement. Depuis ce temps, cet homme jouit d'une santé parfaite. Il a pris de l'embonpoint.

Obs. XIV. — Décembre 1859. Mademoiselle Dru, soixante et dix ans, dépérit chaque jour. Elle ne peut manger sans avoir des aigreurs et des douleurs d'estomac qui lui font redouter de prendre de la nourriture. 30 milligrammes d'acide arsénieux en trente jours amènent un changement complet dans sa santé; depuis lors, plus de gastralgie. Maintenant, mademoiselle Dru peut manger impunément de toute espèce d'aliments, même les plus indigestes, sans en être incommodée. La constipation existe encore, quoiqu'elle soit moins opiniâtre qu'autrefois.

Obs. XV. — Décembre 1859. Madame T...., âgée de plus de soixante ans. A cette époque, cette dame n'a plus d'appétit, elle est ordinairement très constipée, sa faiblesse est grande, elle s'essouffle facilement. Esprit naturellement triste. Je lui fais prendre 1 milligramme d'acide arsénieux par jour. Tout s'amende rapidement, l'appétit revient, la gaieté avec lui. Cette dame cesse le traitement au bout de trente jours. Je lui conseille ensuite l'usage de l'eau ferrugineuse, et maintenant la santé est aussi bonne que possible.

Obs. XVI. — Février 1860. Thérèse, trente-cinq ans, domestique. Santé très délabrée, chlorose, appétit irrégulier et capricieux, constipation opiniâtre. Les nuits sont mauvaises, la malade a sans cesse le cauchemar. 1 milligramme d'acide arsénieux par jour. Au bout d'une vingtaine de jours, le ventre fait une tentative pour se vider, mais un bouchon très volumineux et très dur s'oppose à la débâcle, et il se produit pendant quelque temps des coliques très violentes qui rappellent la hernie étranglée. Enfin, l'obstacle cède.

Plus tard, usage de l'eau ferrugineuse; maintenant la santé est très bonne.

Obs. XVII. — Madame X..., avril 1860, vingt-cinq ans. Point d'appétit, constipation. 15 milligrammes. Dès le huitième, la constipation cesse; au quinzième, l'appétit est revenu et la santé ne laisse rien à désirer.

Au mois de février 1860, je fis part de mes expériences au docteur Humbert (de Paris). Il prit des pilules, en fit prendre à son beau-père et à sa belle-mère, atteints d'affections chroniques différentes, et tous s'en trouvèrent bien. Son beau-père retrouva promptement le sommeil qui le fuyait depuis longtemps, et ce fut pour lui un grand soulagement.

A la même époque, je remis des pilules d'un milligramme à un pharmacien de Paris. Il expérimenta par lui-même et par deux

M. de Feuchtersleben applaudit à cette pensée, et il se plaît à nommer les grands penseurs qui ont mené une longue carrière, Platon, Sophocle, Kant, Fleury, Goethe. « Il est bon, remarque-t-il, de montrer les individualités brillantes, *symboles de la puissance de l'esprit sur la matière*, qui sont placées dans le temple de l'histoire comme des images vénérables. » Et ce que fait la volonté, la culture intellectuelle le peut également. Elle aussi peut solliciter, dominer, gouverner les forces organiques, mais à la condition qu'elles seront bien dirigées; autrement leur exercice deviendrait une cause de dépérissement physique, et c'est parce que la culture de l'esprit est devenue un *raffinement* que notre génération est si débile et si maladive. « Lorsque nous aurons récréé notre imagination par les jouissances de l'art, fortifié notre caractère par des convictions morales, élargi et orné notre existence par la culture intellectuelle, alors nous résisterons avec facilité aux influences ennemies qui ne cessent de nous assaillir de toutes parts. Nous nous apercevrons, avec une satisfaction profonde, que les forces physiques et intellectuelles tendent toutes vers un but unique, qui est de nous perfectionner et de nous rendre heureux; que la vie, l'art et la science sont des rayons du même soleil dont le sourire embellit l'existence. »

Entre M. Moreau et M. de Feuchtersleben nous avons placé M. Foissac. L'auteur de l'HYGIÈNE PHILOSOPHIQUE de l'âme ne méconnaît pas assurément la nécessité d'une nature bien préparée pour qu'une culture intellectuelle et morale, même la mieux dirigée, porte ses fruits. « Ni la bonne éducation, avait dit Fontenelle, ne fait le grand homme, ni la mauvaise ne le détruit. » Et l'on peut dire que, de même, l'éducation n'ouvrira ni les esprits, ni les cœurs absolument fermés; mais, pour le commun des hommes, M. Foissac accorde à l'éducation une prise forte et durable sur l'organisme. Horace avait dit : « L'enfant reçoit, comme la cire, l'empreinte du vice, et il garde avec la même facilité celle de la vertu. »

On comprend aisément combien il est malaisé de poser des règles précises dans un sujet aussi indéterminé. Personne ne dénie à l'éducation une influence quelconque; seulement chacun limite cette influence à une certaine mesure qu'il croit donnée par l'expé-

médecins de ses amis, dont l'un exerçait dans un hôpital. Il m'a dit que tous les essais avaient parfaitement réussi. Je regrette de ne pas être autorisé à citer les noms de ces messieurs.

Toutes les affections dont je viens de rapporter le traitement étaient des maladies chroniques de l'estomac. J'ai aussi essayé l'arsenic contre cet état aigu que l'on a appelé embarras gastrique, et j'ai complétement échoué. Cette affection, durant peu de temps, se guérissant parfaitement sans aucun traitement, je ne pouvais essayer contre elle l'arsenic à un milligramme par jour. La guérison survenant après un pareil traitement, il eût été impossible de décider si le mal avait cédé à l'action de l'arsenic ou s'il avait cessé parce que, en vertu des lois de la nature, le moment était venu où les organes devaient fonctionner de nouveau normalement. Aussi contre cette affection ai-je administré l'arsenic à la dose d'un milligramme toutes les deux heures environ. Je n'ai observé aucun changement dans l'état des malades qui, au bout du temps ordinaire, ont paru guérir spontanément.

Que conclure des expériences que je viens de relater, si ce n'est que l'arsenic guérit sûrement, je dirai même nécessairement, l'affection, si bizarre dans ses manifestations, que Broussais appelait la gastrite chronique. Une chose qu'il importe avant tout de noter, car ce fait est gros, dans l'avenir, de conséquences théoriques et pratiques, c'est la manière toute physiologique dont ce corps agit sur l'organisme Au bout d'un certain temps, il fait cesser la constipation; mais elle n'est pas remplacée par la diarrhée. Le malade va à la selle régulièrement et, selon l'expression du comique, d'une manière louable. Ce changement ne manque jamais de lui causer une grande joie. De même si le malade était tourmenté par la diarrhée, quand celle-ci a cessé, il ne survient pas pour cela de la constipation. Ces faits prouvent que l'arsenic n'agit pas d'une manière palliative, mais bien comme je le disais, d'une manière physiologique, en reconstituant l'organisme et en rendant aux organes la possibilité de fonctionner régulièrement. L'action de l'arsenic doit être analogue à celle du fer et de l'iode. C'est un altérant ou plutôt un reconstituant. Les travaux modernes ont suffisamment prouvé que le fer et l'iode sont moins des corps médicamenteux que des aliments. En effet, ces substances se retrouvent dans presque toutes les choses solides ou liquides qui servent à notre alimentation. S'ils font défaut ou s'ils s'y trouvent en quantité insuffisante, immédiatement l'organisme fonctionne mal, et bientôt la chlorose ou le vice scrofuleux apparaît avec ses innombrables manifestations. L'arsenic aurait-il un rôle aussi incessant à jouer dans l'entretien de la santé, et jusqu'à présent aurait-il fait à notre insu partie de notre alimentation? Une chose est certaine, c'est que ce corps est très répandu dans la nature, et il est possible que les eaux potables en retiennent en dissolution des quantités très faibles dont l'action incessante suffirait pour maintenir les organes digestifs dans un fonctionnement parfait.

Ces réflexions, que me suggère le mode d'action de l'arsenic sur l'organisme, peuvent n'être que de vaines rêveries; mais, quelle que soit leur valeur, l'efficacité de la médication arséniée ne m'en paraît pas moins mise hors de doute par les observations que j'ai rapportées plus haut. Et quelle immense carrière s'ouvre devant elle si l'avenir prouve que mon esprit, en suivant les malades qui font le sujet de ces 17 observations, n'a été le jouet d'aucune illusion!

Si telle est la puissante action de la médication arséniée sur notre organisme, c'est par elle que l'on devra commencer le traitement du plus grand nombre des maladies chroniques. Chez les malades de cette catégorie, les fonctions de l'estomac se font généralement mal, et, quoique certains d'entre eux n'accusent pas au début la lésion des fonctions de l'estomac, c'est, le plus souvent, sinon toujours, par là que le mal a commencé. Pour un grand nombre, l'estomac n'a jamais bien fonctionné, et, comme les souffrances ne prédominaient pas vers cet organe, ils ne se sont aperçus de rien. Dans l'observation VIII, M. Le Roy ne se plaignait pas de l'estomac; mais, en l'interrogeant avec soin, il était manifeste que les digestions étaient mauvaises : bâillements, pandiculations, envies de dormir après le repas, chaleur à la face, gonflement de l'abdomen, fréquentes envies de boire ; tous ces phénomènes passaient inaperçus pour le malade, dont l'attention était absorbée tout entière par sa diarrhée continuelle et l'affaiblissement progressif de ses forces. Du reste, il est très commun de voir des personnes digérer lentement et péniblement, et néanmoins prétendre avoir un très bon estomac, parce qu'elles digèrent toute espèce d'aliments indistinctement, tenant pour rien les phénomènes peu marqués dont je viens de parler.

La dyspepsie accompagne souvent la chlorose; j'oserais même dire que presque toujours, dans ce cas, elle en est la cause. Que l'on observe bien exactement les cas de chlorose qui ne sont pas améliorés par le fer, et l'on verra que toujours alors cette maladie est compliquée de dyspepsie. Dans d'autres cas, où les fonctions digestives sont intactes et où, par exemple, la chlorose est entretenue par l'abondance et la trop longue durée de la menstruation, l'alimentation bien dirigée et l'emploi du fer pourront, pendant le temps qui sépare deux époques, reconstituer le sang de manière que la constitution, sous l'influence de pertes successives, n'aille pas se délabrant de plus en plus. Dans la chlorose compliquée de dyspepsie au contraire, le fer agit avec beaucoup moins de sûreté d'action. En effet, ce n'est pas seulement le fer qui manque au sang des chlorotiques, c'est le cruor, et cette partie essentielle du sang ne pourra se reproduire qu'autant que des digestions régulières permettront à l'organisme de puiser dans une alimentation suffisante et bien élaborée, les éléments de cette reconstitution. Dans cette espèce si commune de chlorose, et pour laquelle l'esprit ingénieux des pharmaciens a imaginé tant de préparations martiales différentes, la première indication à remplir, c'est la guérison de la dyspepsie. Ce résultat, on l'obtiendra au moyen de l'arsenic, et alors avec ou sans fer la chlorose ne tardera pas à disparaître.

---

rience, et qu'il prend plus ou moins dans ses doctrines. Comment fixer cette limite quand les circonstances dont elle dépend sont elles-mêmes variables à l'infini? Assurément, nous ne saurions souscrire à cette antithèse de l'apophthegme *mens sana in corpore sano* que pose M. de Feuchtersleben, et qu'il aurait pu exprimer en disant : *corpus sanum sub mente sana;* mais M. Moreau, partant d'un bon principe, suivant-nous, ne s'est-il pas laissé entraîner à des conséquences excessives? Le cerveau est l'instrument de la pensée; la pensée est donc ce que l'a faite le cerveau, non le cerveau en tant que volumineux ou pesant, mais en tant que vivant. D'accord, et pour le remarquer en passant, l'auteur autrichien et M. Foissac disent au fond la même chose, car tous deux ne séparent pas l'âme de son *substratum* matériel. Je crois bien aussi que tous deux, sommés de s'expliquer dans les termes catégoriques employés par M. Moreau, lui accorderaient que l'éducation ne change pas les qualités *natives* du cœur et de l'esprit; mais, cette réserve accordée, nous voyons encore à l'éducation une puissance considérable, dépassant manifestement celle que lui accorde M. Moreau. Il faut, pour en bien juger, commencer par se placer hors des circonstances anormales ou pathologiques. Un cerveau héréditairement atteint d'une lésion ou d'une simple prédisposition qui aura fatalement son effet, pourra bien être réfractaire à toute action éducatrice. Mais, chez l'homme sain, encore bien que l'organisation cérébrale commande en lui, comme dans l'homme malade, les dispositions intellectuelles et morales originelles, cette organisation ne sera-t-elle pas susceptible de se perfectionner et de se prêter ainsi au perfectionnement de l'intelligence et des idées morales? Les organes ne se développent-ils pas par l'exercice, et si une gymnastique de la pensée et du sentiment, dirigée en conformité des aptitudes individuelles, comme le demande d'ailleurs M. Moreau, vient habilement et de bonne heure distribuer la vie cérébrale de manière à développer les bons penchants, à assoupir les mauvais, peut-on douter qu'elle n'obtienne de précieux et remarquables résultats? Pourquoi ce qui a lieu rapidement dans le cerveau ne pourrait-il s'accomplir d'une manière successive? Que signifient les grands courants d'opinion qui traversent parfois les peuples ou

La chlorose n'est pas la seule affection dans laquelle l'arsenic soit appelé à rendre de grands services. La phthisie réclamera aussi son secours. Combien de malheureux poitrinaires n'ont vu leur maladie survenir qu'après que l'organisme a été miné depuis longtemps par l'influence incessante de la dyspepsie! Ils auraient pu échapper, selon toute probabilité, à une mort prématurée si, dès le début, on avait pu rétablir l'intégrité des fonctions digestives. Pour beaucoup de phthisiques arrivés au bord de la tombe, la dyspepsie a été le premier pas fait sur cette pente fatale. Comment s'opère la guérison des phthisiques au premier degré, si ce n'est par le rétablissement du fonctionnement régulier des organes digestifs? Que l'on consulte les nombreux écrits que viennent de faire paraître les médecins du Mont-Dore, et l'on verra que ces eaux, qui contiennent par litre un milligramme et quart d'arséniate de soude, n'ont une aussi puissante action curative sur les maladies de poitrine que parce qu'elles commencent par rendre aux malades l'appétit et le sommeil perdu depuis longtemps; le reste vient tout naturellement ensuite.

Il est un médicament qui jouit d'une haute réputation contre les affections des organes digestifs, c'est le sous-nitrate de bismuth, et il paraît, à son apparition dans la thérapeutique, avoir eu des succès incontestables. En est-il encore de même maintenant? Je crois pouvoir affirmer le contraire. Presque tous les malades qui font le sujet de mes observations en avaient pris beaucoup et longtemps, sans en avoir éprouvé aucun soulagement. Peut-être peut-il encore être employé utilement contre les diarrhées chroniques, mais c'est vainement qu'on lui demandera de rendre l'appétit à ceux qui l'ont perdu. Pourquoi donc le sous-nitrate de bismuth a-t-il perdu la vertu antidyspeptique qu'il a possédée autrefois? L'étude de l'histoire de ce médicament pourra éclairer cette question.

Aussitôt que l'usage s'en fut un peu répandu, les fabricants de produits chimiques eurent à cœur de le livrer aux officines aussi pur que possible, et ils mirent tous leurs soins à le débarrasser complétement de l'arsenic auquel il est associé par la nature dans de faibles proportions. Depuis ce temps, le bismuth a perdu à peu près toute sa vertu, et ses succès sont devenus beaucoup plus rares, si tant est qu'il en ait encore.

L'emploi de l'arsenic peut-il présenter des dangers? Sans doute, si on l'employait à haute dose, il pourrait faire naître certains symptômes qui caractérisent son action: comme les nausées, la diarrhée, un état fébrile, etc.; mais à la dose d'un milligramme par jour, il ne paraît pas possible qu'il puisse amener d'accident. J'ai vu un homme atteint de mentagre qui a été mis au régime arsénié à la dose de 5 milligrammes par jour, pendant plus de six mois, sans qu'il ait présenté aucun symptôme d'intoxication. Angélique Lallemand, qui fait le sujet de notre observation II, en a pris un milligramme pendant soixante-quinze jours, avant même que l'action curative du médicament ait commencé à se faire sentir. Ce n'est pas qu'il soit sans danger de l'employer à la dose de 5 milligrammes par jour, comme on pourrait le conclure d'après l'observation de cet homme atteint de mentagre. J'ai vu une petite fille atteinte de chorée, chez laquelle la dose de 3 milligrammes n'a pu être dépassée sans qu'il survînt aussitôt des vomissements. Si j'ai adopté la dose quotidienne d'un milligramme, c'est parce que cette quantité m'a paru le mieux se rapporter à celle qui est contenue dans les eaux minérales dont on fait usage, et d'après la manière dont se sont en général comportées les affections que j'ai traitées, je crois que cette dose est suffisante, et je n'ai pas éprouvé le besoin de l'augmenter.

Il n'est pas de science pour laquelle la voie des hypothèses soit plus dangereuse que pour la médecine; et cependant, si elle a trop souvent conduit notre esprit à l'erreur, c'est aussi par elle qu'il lui est donné d'aller au progrès. Si l'on se demande comment agit l'arsenic, il pourrait paraître assez spécieux de dire que son action se porte sur le foie et modifie avantageusement les fonctions de cet organe, fonctions si importantes au point de vue de la digestion, et cette manière de voir peut paraître d'autant plus plausible que les recherches modernes ont mis hors de doute que si l'on ne pouvait pas dire que l'arsenic se concentrait dans le foie, il y séjournait du moins plus longtemps que partout ailleurs.

D'un autre côté, il ne m'est pas permis d'oublier que j'ai toujours observé son action remarquable sur le système nerveux. A peine quelques milligrammes ont-il été absorbés, et alors même qu'il n'est encore survenu aucun changement appréciable dans la santé du malade, que celui-ci se prend déjà à espérer. Ordinairement, il ne fait pas grande attention à ce changement qui survient dans son moral. Si on le lui fait remarquer, il trouve un motif plausible en dehors du médicament; mais pour moi qui ai toujours vu ce fait se reproduire, je le considère comme très important, et je me suis demandé si l'arsenic n'agissait pas primitivement sur le système nerveux, et ne mettait pas celui-ci en état de mieux diriger toutes les opérations de l'organisme. Son action sur le système nerveux n'est pas douteuse quand il est employé contre les fièvres intermittentes. Je trouverai beaucoup plus de médecins pensant avec moi que l'affection paludéenne est une névrose d'une espèce particulière, que de médecins se ralliant à l'idée d'une lésion de la rate. On vient tout dernièrement de le vanter dans la chorée, maladie par excellence du système nerveux locomoteur. Enfin M. Bourguignon, dans une séance de la Société de médecine du département de la Seine, en faisant part de quelques succès qu'il avait obtenus contre l'hystérie, le déclarait un nervin de premier ordre. (Voy. *Gaz. hebd.*, 1859, p. 238.)

Quel que soit du reste le mode d'action de ce métalloïde, l'important n'est pas tant de savoir comment il agit que de connaître les cas dans lesquels il peut être employé avantageusement. C'est ce que j'ai essayé de mettre en lumière; puissé-je avoir réussi.

---

les assemblées? Instincts qui surgissent tout à coup, flammes qui s'allument et qui se propagent comme l'incendie. Imitation, dira-t-on; mais le cerveau n'est pas plus inutile à l'imitation qu'à l'habitude, et l'éducation qu'est-ce autre chose qu'une habitude dirigée?

Enfin nous voudrions que, dans la question de l'éducation, on envisageât séparément l'intellect proprement dit et le sentiment. Il nous a toujours paru que l'influence de l'éducation n'était pas la même sur l'un et sur l'autre; différence corrélative, d'ailleurs, à celle, si importante et si tranchée, de ces deux facultés de l'homme pensant. La pensée est toujours active; elle est active ou elle n'est pas; rien de moins contestable; il est bien vrai encore que les vérités générales de l'ordre intellectuel s'imposent à l'esprit comme les vérités de l'ordre moral: *deux choses égales à une troisième sont égales entre elles*, ou *prendre le bien d'autrui est un mal*, sont des vérités auxquelles on s'attache d'instinct, sans qu'il soit besoin de consulter la logique. En ce sens, on peut dire que, par rapport à elles, le *moi* est passif; s'il ne les conçoit qu'en vertu de son énergie propre, il ne peut pas ne pas les concevoir; il s'y adapte, mais il ne les crée pas. Maintenant, que le *moi* passe de la contemplation à l'acte, qu'il veuille réaliser une œuvre purement intellectuelle ou se déterminer dans une question de morale, et aussitôt sa position cesse d'être la même à l'égard des objets de son activité. Dans le premier cas, il lui faut calculer, combiner, inventer; il accomplit, comme on dit, une *opération*. Dans le second, il n'a toujours qu'à écouter au dedans de lui-même; la voix intérieure pourra le tromper ou lui-même pourra faire effort pour l'étouffer; mais rien, hormis cette voix, ne l'instruira, et, à quelque détermination qu'il s'arrête, il aura obéi à un *sentiment*. Pour faire acte d'intelligence, il ne suffit pas de vouloir, il faut pouvoir; pour faire un acte moral, la volonté suffit. En deux mots, une notion générale et une détermination de la volonté, voilà toute la substance d'un acte moral; une notion générale, un effort de la volonté ne suffisent qu'à la plus grossière partie des actes intellectuels; pour le reste, il faut encore l'usage des facultés les plus délicates: mémoire, imagination, réflexion, etc.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

THÉRAPEUTIQUE. — *Note sur l'oxygène employé comme antidote de l'éther et du chloroforme*, par M. *Ch. Ozanam*. — Après avoir démontré que l'oxygène ranime autant qu'il est possible la vie éteinte par l'inhalation des gaz carbonés, il importait, dit l'auteur, d'en faire l'application directe à l'éther et au chloroforme. Ce sont, en effet, ces substances que l'on emploie journellement, et le chirurgien aura souvent à combattre les accidents produits par leur emploi.

Nous avons choisi pour l'oxygène les circonstances les plus défavorables, afin de mieux faire ressortir son efficacité; nous commencions par chloroformer l'animal, le laissant ensuite se réveiller naturellement, puis on le chloroformait de nouveau pour le réveiller par l'oxygène.

Dans les différentes expériences que j'ai faites, j'ai constamment vu l'animal se réveiller plus promptement avec l'oxygène qu'avec l'air atmosphérique, et la différence de temps est parfois de plus de moitié. Les résultats ont été les mêmes, que l'on ait expérimenté avec l'éther ou avec le chloroforme.

Plusieurs des animaux avaient été chloroformés au point que les battements du cœur étaient imperceptibles, la respiration très affaiblie, et la mort imminente; et cependant, à peine soumis à l'action bienfaisante de l'oxygène, la respiration est devenue forte et régulière, le réveil a constamment été plus prompt. Enfin, pour rendre le résultat plus net et plus évident, j'ai institué une expérience dans laquelle l'animal respirait à la fois un courant d'éther en vapeur et un courant d'oxygène pur.

En faisant respirer à la fois la vapeur anesthésique et le gaz oxygène, l'animal met deux ou trois fois plus de temps pour s'endormir que lorsqu'il respire seulement l'air atmosphérique, qui ne contient qu'un tiers de gaz vivifiant. Ces résultats viennent confirmer les travaux de M. Duroy entrepris sur le même sujet il y a quelques années.

Tant que la respiration et la vie ne sont pas abolies, l'oxygène se montre efficace; mais dans les cas de mort subite, comme cela est arrivé dans une de nos expériences, l'oxygène se montre impuissant : on a beau entourer l'animal d'une atmosphère d'oxygène, en faire pénétrer par les narines dans la trachée, la mort est bien réelle, l'effet vivifiant de l'oxygène ne peut plus se produire.

Puisque l'oxygène est, de tous les corps, le plus efficace pour combattre les effets de l'éther et du chloroforme, il serait bien important que le chirurgien, au moment de faire une opération et de chloroformer le malade, eût toujours à sa disposition une certaine quantité d'oxygène pour ranimer le patient.

Sans doute, on n'évitera pas ainsi tous les accidents, mais on en évitera un grand nombre, car l'homme résiste plus à l'action du chloroforme que de faibles animaux, et tant que la respiration persiste, quelque faible, quelque rare qu'elle soit, l'oxygène se montrera efficace. (*Comm.* : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

M. *Bobœuf*, à l'occasion des communications récentes de M. *Lemaire* sur les emplois divers du *coaltar saponiné*, envoie la copie d'un mémoire qu'il dit avoir adressé en septembre 1859 à M. Chevreul, membre de la commission des désinfectants, mémoire qu'il croit à tort avoir été présenté à l'Académie.

Dans ce manuscrit, comme dans celui que l'Académie a reçu un peu plus tard, et qui est mentionné au *Compte rendu* de la séance du 19 décembre, l'auteur s'occupe de procédés de conservation et de désinfection des substances animales, procédés spécifiés dans des brevets dont l'un remonte au 15 juillet 1857. — Son but en faisant ces diverses communications n'est pas seulement de revendiquer la priorité à l'égard de MM. Corne et Demeaux; il se propose surtout d'appeler l'attention sur ce point que le *coaltar* étant un produit de composition essentiellement variable, les préparations dans lesquelles on le fait entrer ne peuvent être accueillies avec confiance dans la thérapeutique, puisque les résultats auront toujours quelque chose d'incertain; tandis qu'en employant les dissolutions aqueuses des huiles essentielles fournies par ces houilles, ou mieux, des dissolutions des phénates alcalins qui sont toujours identiques, on obtiendra des résultats constants et invariables.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département de la Somme. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un travail sur les maladies qu'on observe habituellement à Saint-Sauveur, par M. le docteur *Fabas*. — c. Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon et d'Encausse, par MM. les docteurs *Barrié* et *Camparau*. (*Commission des eaux minérales*)

2° L'Académie reçoit : *a*. L'observation d'un cas de purpura hæmorrhagica traité avec succès par le perchlorure de fer, par M. le docteur *Mignot*. (*Commission déjà nommée.*) — *b*. Une note sur un nouvel appareil pour bains, par M. le docteur *Sénier*. (*Comm.*: M. Guérard.) — *c*. Une observation de ligature de la carotide commune exécutée dans un cas d'anévrysme de la carotide interne, par M. le docteur *Le Brun*. (*Comm.*: MM. Velpeau, Jobert, Robert.) — *d*. Une note sur la théorie de l'action hémoplastique du perchlorure de fer, par M. le docteur *Burin du Buisson*. (*Comm.*: M. Trousseau.) — e. Un mémoire intitulé : *Traitement rationnel de la descente de l'utérus et des affections les plus communes de cet organe*, par M. le docteur *Clément Ollivier*. (*Comm.*: MM. P. Dubois, Huguier, Depaul.) — *f*. Une note sur une

---

On pressent dès lors combien pourra être différente la puissance de l'éducation appliquée aux choses de l'esprit ou aux choses du cœur. On comprend à merveille que des vérités morales déposées de bonne heure et souvent réveillées dans la tête d'un jeune enfant y soient acceptées, y germent et s'y enracinent comme les vérités vulgaires de l'ordre intellectuel; et, de même que dans ce dernier ordre, on voit souvent les mêmes hommes changer d'opinion sur les matières les plus importantes, on pourra retourner, pour ainsi dire, une conscience peu éclairée. On n'a jamais vu l'imbécillité se transformer en génie; les exemples ne sont pas rares, au contraire, d'individus et même de personnages célèbres qui ont passé plus ou moins brusquement du vice à la vertu ou de la vertu au vice, sous le coup de grandes perturbations de l'existence. Que si en même temps on s'attache dans l'éducation des enfants à donner du ressort à leur volonté, on les amènera peu à peu à mettre leur vie d'accord avec les sentiments moraux qu'on leur aura inculqués. Et n'est-ce pas ainsi encore qu'on voit des incrédules ou des indifférents passer rapidement, sous l'action persistante de suggestions étrangères, à la pratique, et même parfois à l'excès des sentiments religieux? Qu'est-ce que cela, sinon une influence de l'éducation? Il est bien entendu que nous mettons hors de cause ici ces monstruosités morales héréditaires qui installent pendant plusieurs générations le crime dans une même famille. D'accord avec M. Moreau sur ce principe, nous le sommes aussi sur ses conséquences dans ce triste cas.

A. DECHAMBRE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : *au grade d'officier* : M. de Laqueille de Boussas, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de cuirassiers de la garde. *Au grade de chevalier* : M. Luc, médecin aidé-major de 1re classe de la marine.

opération de lithotritie faite sur un sujet dont la vessie offrait des particularités remarquables d'anatomie pathologique, par M. le docteur *J.-J. Cazenave*, correspondant de l'Académie à Bordeaux.

M. *Huguier* offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *Philippe Pinel*, un volume intitulé : *Traité des maladies médicales et chirurgicales de la moelle.*

Lectures.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. *Ségalas* donne lecture d'une note : *Sur le mode de déplacement des corps étrangers de l'urèthre.* Dans la note, d'ailleurs très intéressante, qu'a lue M. Civiale dans l'avant-dernière séance, dit l'auteur, il y a un passage qui, s'il restait sans réponse, consacrerait une erreur. Voici ce passage : « Il est constaté que le déplacement des corps étrangers dans l'urèthre diffère suivant leur point de départ. Les graviers, les fragments calculeux et tout autre corps s'engagent dans l'orifice interne, cheminent d'arrière en avant, à part même l'impulsion donnée par les contractions vésicales, tandis qu'ils vont naturellement d'avant en arrière lorsqu'ils pénètrent par l'orifice extérieur. » Si M. Civiale eût cherché la raison de ce qu'il annonçait d'une façon si générale, poursuit M. Ségalas, il se serait bien vite aperçu qu'il s'écartait de son exactitude habituelle. Il ne faut, en effet, que jetter les yeux sur la nombreuse série des corps étrangers qui, venus du dehors, se rencontrent dans l'urèthre, pour remarquer qu'il en est plusieurs qui, loin de cheminer vers la vessie, tendent à se porter d'arrière en avant. J'en ai présenté moi-même il y a peu de temps deux exemples (celui d'un officier et celui d'un soldat qui s'étaient introduit dans l'urèthre des épingles doubles à cheveux, lesquelles s'étaient engagées d'arrière en avant dans le gland). Quel est le chirurgien qui n'a pas vu des bougies coniques de cire ou de gomme élastique être rejetées au dehors plus ou moins de temps après avoir été poussées jusqu'à la prostate, en vue de combattre des rétrécissements de l'urèthre, sans s'exposer à irriter la vessie ? D'une autre part, que de fois des graviers ou des fragments de calculs engagés dans la partie profonde de l'urèthre ne sont-ils pas rentrés dans la vessie?

Il m'est arrivé à diverses reprises d'être obligé d'aller chercher dans l'urèthre des graviers ou des fragments de pierre qui, sortis de la vessie, y séjournaient depuis plus ou moins de temps, et provoquaient des accidents plus ou moins graves. Cela a dû arriver aussi à M. Civiale, car il recommande l'extraction des corps placés dans de telles conditions.

Ce n'est donc pas l'origine des corps étrangers de l'urèthre qui détermine le sens de leur déplacement. La direction qu'ils prennent dépend de leur forme, de leur volume, de leur position actuelle, et de plusieurs autres circonstances.

Les corps de petit volume qui occupent la partie antérieure de l'urèthre tendent à sortir par le méat urinaire. C'est ce qui se voit tous les jours pour les graviers et les fragments calculeux; c'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer bien des fois pour des parcelles emplastiques détachées tantôt des bougies de cire molle, tantôt de la sonde à empreinte, et une fois pour une cuiller à nitrate d'argent restée dans le canal après une cautérisation. On comprend, du reste, que la forme arrondie doit singulièrement favoriser ce mouvement des corps étrangers d'arrière en avant.

Les corps étrangers qui, comme certaines bougies, certaines sondes, sont longs, déliés, cylindriques, et ont été poussés jusqu'à la portion membraneuse du canal, peuvent être saisis, pour ainsi dire, par cet anneau musculeux et être attirés vers la vessie, les muscles bulbo-caverneux y aidant, ainsi que cela a lieu pour le bol alimentaire soumis à l'action des muscles du pharynx.

D'ailleurs, le mouvement vers la vessie est souvent favorisé par la position déclive de ce réservoir relativement à l'urèthre, et aussi par l'écartement plus ou moins grand de ses parois. Ajoutez que quand l'extrémité externe des corps étrangers est près du méat urinaire et qu'il survient une turgescence du pénis, ce qu'il est naturel de supposer pour tous les cas où des idées lubriques ont présidé à l'introduction, cette extrémité disparaît facilement derrière l'ouverture et trouve ensuite un point d'appui, soit sur les lèvres, soit dans la fosse naviculaire, pendant le retrait de l'organe qui succède à la turgescence, et qu'il en résulte pour ce corps une nouvelle impulsion vers l'intérieur.

D'un autre côté, les rétrécissements de l'urèthre peuvent favoriser la marche des corps étrangers vers l'intérieur par un mécanisme semblable à celui que nous venons d'indiquer pour les lèvres du méat urinaire, et doivent gêner ou même arrêter l'avancement de ceux, en beaucoup plus grand nombre, qui se dirigent vers l'extérieur. Aussi n'y a-t-il pas peut-être de praticien qui, pour faciliter ou provoquer l'expulsion de ces corps, ne se soit trouvé dans la nécessité de combattre des rétrécissements. Et puis les manœuvres imprudentes des malades, ou même de quelques chirurgiens inexpérimentés, ne sont-elles pas trop souvent une circonstance qui accélère la marche des corps étrangers dans la direction prise vers la vessie? Nul doute que ce ne soit à des manœuvres semblables qu'ait été due d'abord, dans la partie antérieure de l'urèthre, la marche vers la vessie des corps étrangers de petit volume et d'origine externe, tels que les épingles, les aiguilles, les haricots que l'on a extraits de ce viscère, et qu'ensuite une fois arrivés dans la portion membraneuse, ils n'aient été entraînés vers le réservoir par la contraction musculaire des parois du canal. De cette manière, en tenant compte de la position qu'occupent les corps étrangers dans l'urèthre et des conditions dans lesquelles ils s'y trouvent, on conçoit sans peine leurs divers déplacements.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Bouillaud*. Je ne me suis décidé à prendre la parole dans cette discussion qu'à l'occasion des questions soulevées par le discours de M. Trousseau, questions qui touchent au système tout entier de la médecine, et à l'occasion desquelles M. Trousseau a émis des assertions que la majorité, ou plutôt l'universalité des médecins, n'hésiteraient pas à repousser.

Il y avait pourtant dans le discours de M. Trousseau une certaine obscurité, des contradictions apparentes qu'il m'était impossible de concilier. Pour en avoir l'explication, je me suis vu obligé de suspendre mon jugement, et d'attendre que M. Trousseau ait bien voulu nous dire lui-même quel est son *credo* médical.

Mon incertitude était d'ailleurs partagée dans cette enceinte comme au dehors. Ici c'était M. Poggiale, c'était M. Devergie qui pensaient que M. Trousseau n'a pas de conviction arrêtée. Dans la presse médicale, le camp des organiciens accueillait à bras ouverts et par un concert d'acclamations ce nouveau converti. Plus de doute, M. Trousseau est organicien, matérialiste; il l'a dit trop explicitement pour qu'il puisse reculer. Certain journal vitaliste, dans un article quelque peu mélancolique, se montre peu satisfait de cette conversion; mais pour d'autres, en dépit de ses affirmations formelles, M. Trousseau est toujours vitaliste.

Tout le monde avait-il donc raison? Ou bien, au milieu de toutes ces contradictions, qui donc se trompait? M. Trousseau voudra-t-il bien nous le dire?

M. *Trousseau*. Très volontiers. Je crois qu'il n'y a chez l'animal vivant aucune manifestation qui ne suppose un *substrātum*, c'est-à-dire un tissu ou un organe.

Je suis donc organicien.

Je crois, comme Descartes, que chez l'homme et chez les animaux il y a un principe immatériel et libre, mais qui ne se mêle pas du pot au feu de l'économie.

Je suis donc anémiste.

Je crois que la matière vivante a des manifestations qui lui sont propres, qui n'appartiennent qu'à elle. Je les appelle forces vitales ou propriétés vitales.

Je suis donc vitaliste.

M. *Bouillaud*. J'accepte avec empressement les explications de mon honoré collègue, et je vois avec bonheur que je suis de son école. Comme lui, je crois qu'il y a en nous une âme immatérielle, mais qu'elle n'a rien à faire à la physiologie, qui est le revenu des corps vivants purement et simplement. Je n'en reste pas encore surpris de l'étrange bonheur qu'a eu M. Trousseau de réu-

nir l'approbation des partisans d'opinions foncièrement contradictoires.

Je laisse, pour le moment, ces questions pour celle de l'action du fer dans la chlorose. Je crois, comme M. Trousseau, qu'il ne faut pas confondre la chlorose avec les diverses anémies. C'est une opinion que je soutiens depuis bien longtemps. Mais a-t-on réellement confondu avec la chlorose les diverses cachexies dont M. Trousseau nous a donné l'énumération? Quel est le médecin qui a pu faire une assimilation aussi monstrueuse? M. Trousseau aurait bien fait de nous le dire, car enfin il s'agit ici de maladies spécifiques qui n'ont aucun point de contact avec la chlorose ou l'anémie.

Il y a un point sur lequel j'ai le regret de me trouver en opposition complète avec M. Trousseau. Je ne comprends pas la chlorose dont il nous a donné un aperçu, qu'il a imaginée, créée de toutes pièces.

M. Trousseau croit-il sérieusement qu'une jeune fille devienne chlorotique parce que la suppression des règles lui fait garder du sang qu'elle aurait autrement perdu; et que cette chlorose guérit parce que le retour des règles occasionne une perte de sang? Ce sont là des idées qui ont cours dans le monde; mais je m'étonne que M. Trousseau puisse partager ces tristes préjugés, qui ont engendré tant de traitements absurdes. Mon honorable collègue a évidemment confondu ici. C'est la chlorose qui est la cause de l'aménorrhée, et qui s'accompagne invariablement d'une diminution des globules du sang. Quant à la chlorose de M. Trousseau, je déclare que je ne l'ai jamais rencontrée, et je saurais un gré infini à M. Trousseau de vouloir bien m'en faire voir un seul exemple.

Je ne reviendrai pas sur les analyses insuffisantes et peu concluantes de M. Reveil, que M. Trousseau a citées à ce propos. Je ferai seulement remarquer à M. Trousseau qu'en essayant de démontrer que la chimie n'a pas à intervenir ici, c'est précisément à la chimie qu'il s'adressait pour trouver ses arguments.

Ceci m'amène à dire quelques mots des applications des sciences physiques à la médecine, qui ont été si diversement appréciées ici. A mesure que ces sciences faisaient des progrès et des découvertes, la médecine trouvait là des faits qui lui appartenaient, qui s'ajoutaient aux autres pour la compléter, et elle prenait son bien. C'est ce que faisait déjà Hippocrate, le premier chimiâtre (dans le livre *De l'air, des eaux et des lieux*). Il ne s'agit donc pas là d'éléments étrangers à notre science. Les sciences physico-chimiques ne sont pas, comme on le dit, des sciences *accessoires*, mais des sciences *constituantes* de la médecine. Je partage pleinement, à cet égard, l'opinion défendue par M. Poggiale; je l'ai soutenue, en principe, dès 1836, et contre un homme que je n'ai guère l'habitude de combattre, contre Bichat.

Aussi ai-je peine à comprendre comment M. Gimelle a pu déclarer la guerre aux chimistes. Vous voulez qu'on vous fasse du sang; mais, quand on en aura fait, vous demanderez qu'on vous fasse un homme, comme l'a dit un spirituel journaliste. D'ailleurs, l'expérience que vous réclamez, nous la faisons à tout moment. Nous *faisons du sang* tous les jours, chez les anémiques et les chlorotiques, en leur donnant du fer. Il est vrai que nous avons besoin pour cela du laboratoire spécial que la nature a fait; mais ce n'est pas à nous de créer notre laboratoire. Il me suffit que j'aie le creuset convenable pour réaliser notre expérience.

Ce n'est donc pas là un argument sérieux. Vous-même ne pouvez vous refuser à reconnaître les actes physiques et chimiques qui président à la nutrition et à la p oduction de la chaleur animale; il est donc manifeste qu'il se passe dans l'économie vivante des actes physiques et chimiques, ce qui ne préjuge d'ailleurs pas qu'il ne puisse s'y passer autre chose. Cela est tellement vrai, tellement évident, que M. Trousseau lui-même, j'en suis convaincu, ne tardera pas à devenir chimiâtre.

Me voici arrivé à la question des forces, des principes, des causes, qui président aux divers phénomènes de la nature vivante ou morte, question vieille comme le monde et qui a occupé tous les grands savants. Voyez Descartes, la plus grande imagination scientifique qu'il soit possible de trouver : de toutes pièces, avec la matière, il crée un monde, un homme, un fœtus; organicien par excellence, il ne veut pas de l'âme, dont il n'a que faire. Et pourtant, en dépit de lui-même, il est obligé de chercher quelque chose en dehors de la matière; pour l'animer, pour la rendre vivante, il imagine un certain feu sans lumière; il lui faut ce qui se passe quand le foin humide entre en fermentation.

Newton, en arrivant par une hypothèse à affirmer la force et la pesanteur, ne faisait que formuler une pensée qui avait cours dans la science. Ce qui lui appartient en propre c'est la découverte de la gravitation universelle, c'est d'avoir reconnu une force unique là où l'on en avait vu plusieurs, c'était un travail de généralisateur. Quant à cette force elle-même, Newton renonçait à en connaître la cause. Il avouait que l'intelligence a ses colonnes d'Hercule, et il ne l'a oublié qu'une seule fois; c'était quand il voulut réduire à une force identique la cause qui fait tomber la pomme de l'arbre, qui fait rouler les astres dans leur orbite, et qui met en mouvement l'animal.

Ce qui avait dicté à Newton sa découverte c'était un certain sens intellectuel qui nous est inné, dont l'exercice est nécessaire comme l'est celui de nos cinq sens, et qui nous force à remonter partout aux principes. Mais en exerçant ce sens à l'occasion des questions du vitalisme, de l'anémisme, etc., il faut être bien convaincu d'une chose, c'est qu'il ne convient d'admettre une force, un principe nouveau autre que ceux que nous connaissons dans les forces physico-chimiques, qu'alors qu'il est péremptoirement démontré que ces forces ne suffisent pas à l'explication des phénomènes.

Pour les phénomènes psychologiques, nous pouvons affirmer qu'il en est ainsi. Le problème est moins facile à résoudre pour la physiologie, qui, par certains points, touche nécessairement de très près aux phénomènes psychologiques. On a pourtant créé peu de chose à cet égard depuis que Bichat et Barthez ont affirmé, l'un les propriétés vitales, l'autre la force vitale. Pour Bichat, il ne s'agissait réellement pas de forces.

La contractilité, la sensibilité, propriétés des tissus, n'étaient pas la cause de la contraction ou de la sensation. Marchant en apparence sur les traces de Newton, Bichat ne faisait que constater un fait; il n'en donnait pas l'explication. Bichat était pourtant, au fond, plus vitaliste que Barthez. Barthez, en admettant son principe vital, ne voulait pas créer une entité; c'était seulement, pour lui, ce qui ne se trouve pas dans le cadavre et ce qui existe chez l'être vivant, quelque chose qui ressemble à l'*x* d'un problème, une inconnue.

Pour Barthez, il n'y avait entre ce principe et l'âme aucun rapport. Aujourd'hui, comme du temps de Stahl, les vitalistes ne sont pas d'accord là-dessus, et nous avons vu finalement un homme d'infiniment d'esprit, M. Lordat, se tirer d'embarras en admettant l'existence de deux âmes, l'une matérielle, l'autre immatérielle.

Pour moi, je n'accepte définitivement aucun système de ce genre. En dernière analyse, il me reste une inconnue. Je vois bien que l'homme, la plus belle matière qui soit sortie des mains de la divinité, est doué de facultés qui ne sont qu'à lui; qu'il y a en lui quelque chose qui préside à tous les phénomènes de l'économie vivante, et en particulier au fonctionnement de son double système nerveux. Mais quel est cet agent suprême? Dans quels rapports se trouve-t-il placé à l'égard de l'organisme? Je l'ignore.

Présentation.

M. *Guyon* présente deux instruments de son invention destinés, l'un à faciliter la trachéotomie, l'autre à l'opération de la fistule vésico-vaginale.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 20 JUILLET 1860.

Discussion sur le mémoire de M. *Lagneau* fils sur les maladies syphilitiques du système nerveux.

Communication de M. le docteur *Bourguignon* sur les injections du sulfate d'atropine.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le traitement des obstructions des voies lacrymales par la méthode de M. Bowman, par le docteur P. Pridgin Teale.

M. Teale a traité un assez grand nombre d'obstructions des voies lacrymales par la méthode que M. Bowman a fait connaître, il y a trois ans, dans le nº 1 des *Ophthalmic Hospital Reports*, et qui a été mise depuis en usage par un assez grand nombre d'oculistes, tels que MM. Vose Solomon, Graefe, Arlt, Donders, Desmarres. Les procédés de M. Teale diffèrent un peu de ceux de l'auteur de la méthode. Voici en quoi ils consistent :

On introduit un stylet cannelé de Critchett par le point lacrymal inférieur, après l'avoir élargi préalablement s'il est rétréci ; on fait parcourir à ce stylet toute la longueur du conduit lacrymal, en le ramenant dans une direction horizontale, et on le fait pénétrer dans le sac lacrymal, de façon à l'appuyer solidement contre la paroi interne du sac. On fend ensuite, avec un couteau de Beer, par la face conjonctivale, toute la longueur traversée par le stylet; pour rendre la section plus complète, on peut, au moment où la pointe du couteau a pénétré dans le sac, la dégager en imprimant au stylet un mouvement de rotation, et pousser ensuite le couteau jusqu'à ce que sa pointe se trouve arrêtée par la paroi interne du sac.

On obtient ainsi une ouverture plus large que par le procédé de M. Bowman, qui ne fend le conduit lacrymal que jusqu'à la caroncule. L'introduction subséquente des stylets est dès lors plus facile et moins pénible pour le malade, et l'on peut, dès le début du traitement, employer des stylets plus volumineux.

La solution de continuité du conduit lacrymal n'a que peu de tendance à se cicatriser, parce que les voies lacrymales sont presque toujours dans un état d'inflammation chronique, peu favorable à la réunion immédiate. Cette difficulté peut cependant se présenter, et M. Teale l'a rencontrée dans un cas où, le point lacrymal étant rétréci, la muqueuse était à l'état normal ; il suffit, dans ces conditions, de toucher la surface de la section avec un crayon de sulfate de cuivre.

Après s'être ainsi frayé un passage dans le sac lacrymal, on introduit dans le canal nasal, jusque sur le point obstrué, un stylet assez fort, et si l'obstacle cède sans trop de difficulté, on le pousse jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur le plancher de la fosse nasale. Si, avec des efforts modérés, on ne réussit pas à franchir l'obstacle, il est avantageux de ne revenir à ces tentatives qu'au bout de quelques jours. Pendant ce temps, l'irritation et le gonflement, dont les parties sont presque toujours le siége, se calment, et l'on peut procéder alors au cathétérisme avec plus de hardiesse.

Les stylets employés par M. Teale sont de deux espèces : il se sert, en premier lieu, des stylets nos 1 à 6 de M. Bowman, qui sont à calibre uniforme partout et courbés suivant deux directions différentes, conformément à la direction du canal nasal. M. Teale emploie en outre des stylets boutonnés, correspondant, relativement au diamètre de l'olive, aux stylets 3 à 6 de M. Bowman, et enfin un stylet boutonné dont l'olive a le double du diamètre du stylet nº 6. Ces stylets boutonnés sont courbés dans un sens seulement, la partie rétrécie qui supporte l'olive s'adaptant facilement à la direction irrégulière du canal nasal. M. Teale s'en sert de préférence, parce qu'il croit avoir remarqué qu'ils font moins souffrir le malade que ceux de M. Bowman, tandis que ceux-ci méritent la préférence lorsque l'obstacle est assez résistant pour réclamer une pression énergique.

Une fois que le cathétérisme du canal nasal a réussi, on le répète à intervalles d'une semaine environ, puis de plus en plus éloignés, tant que l'épiphora persiste. On peut considérer le traitement comme terminé lorsque l'épiphora a disparu depuis un mois, sauf à le recommencer en cas de récidive.

Les cas dans lesquels M. Teale a employé ce mode de traitement sont groupés par lui dans les trois catégories suivantes : 1° ceux dans lesquels le sac lacrymal est distendu, et où il n'y a pas de fistule ; 2° ceux où la distension du sac a été suivie de fistule ; 3° ceux dans lesquels il n'y a ni distension du sac ni fistule.

La première série (distension du sac sans fistule) comprend un assez grand nombre de cas qui, en l'absence de toute inflammation aiguë, échappaient aux anciens procédés opératoires, et dans lesquels les malades restaient par conséquent continuellement sous l'imminence de l'inflammation du sac et de la formation d'une fistule. C'est dans les cas de ce genre que le traitement donne les résultats les plus brillants; la guérison est rapide et les récidives très exceptionnelles. Ces cas correspondent au premier degré de la tumeur lacrymale. Le canal nasal est ordinairement obstrué dans un point seulement, près de son origine, et conserve son calibre normal dans le reste de son étendue. Quelquefois cependant il est rétréci et sensible dans toute sa longueur. La nature des rétrécissements circonscrits est encore douteuse, parce qu'on a rarement l'occasion de faire des dissections dans ces conditions; quelques-uns n'opposent qu'une résistance très modérée au passage de la sonde, tandis que d'autres donnent à l'opérateur une sensation analogue à celle d'un obstacle osseux, et ne cèdent qu'à une très forte pression. Ces derniers ont en général très peu de tendance à récidiver, dès qu'ils ont été franchis par la sonde.

Lorsque le rétrécissement est très circonscrit, et lorsqu'en même temps le reste du canal paraît sain, le traitement mécanique par les stylets est parfaitement suffisant; il n'en est pas de même des cas qui s'accompagnent d'inflammation, de gonflement des parties molles ou du périoste; ici le succès de la dilatation doit être assuré par l'emploi simultané des moyens locaux et généraux appropriés, et, malgré ces précautions, il faut s'attendre à un traitement plus prolongé et à des récidives plus faciles.

Dans les cas réunis dans cette série, les conduits lacrymaux sont souvent dilatés, ce qui facilite singulièrement les premiers temps de l'opération ; rarement ces conduits sont rétrécis, de telle façon qu'il soit impossible d'évacuer le contenu du sac, en le comprimant, par les points lacrymaux. On peut alors essayer, avant l'opération, de dilater les parties rétrécies, à l'aide de stylets fins; mais si on n'y réussit pas promptement, on peut sans crainte, après avoir introduit le stylet cannelé jusqu'au rétrécissement, opérer la section en poussant hardiment le couteau jusque dans le sac lacrymal.

Lorsque le sac se trouve de nouveau distendu après que le stylet a parcouru tout le canal nasal, il faut recommander au malade de le vider plusieurs fois par jour en le comprimant.

Les résultats favorables obtenus dans les cas où la distension du sac ne s'est pas encore accompagnée d'inflammation, doivent faire admettre, comme règle générale, de ne pas attendre pour opérer que cette complication soit survenue. Néanmoins on obtient encore des succès rapides et brillants par le même traitement, lorsque le sac s'est enflammé et menace de suppurer ; les accidents inflammatoires s'apaisent rapidement, et l'on prévient facilement la formation des fistules. On peut d'ailleurs, dans ce cas, faire une simple incision du sac par la peau, sans qu'il en résulte une cicatrice bien apparente ; mais on obtient ce résultat bien plus sûrement par la méthode de M. Bowman. M. Teale a même réussi à ouvrir ainsi par sa face profonde un abcès formé au-devant du sac, sans communication avec lui, et à prévenir ainsi la formation d'une cicatrice cutanée, toujours difforme.

La deuxième série de faits comprend les cas de fistule lacrymale consécutive à la distension du sac; ils sont au nombre de cinq. Trois fois la fistule, récente, datant au moins d'un mois, était guérie un mois environ après le début du traitement. Une fois seulement la fistule s'ouvrit de nouveau peu de temps après s'être cicatrisée, et la cicatrisation se fit en peu de jours d'une manière définitive. Dans un cas où la fistule existait depuis plusieurs années, le traitement ne produisit qu'une amélioration insuffisante, et il fallut recourir à la destruction du sac lacrymal par le cautère actuel.

Il ressort des faits de cette série que la méthode de M. Bowman triomphera facilement des abcès et des fistules du sac lacrymal, pourvu que ces lésions ne soient pas trop anciennes.

Les résultats ont été beaucoup moins avantageux dans les faits

de la *troisième série* (épiphora sans tumeur ni fistule lacrymale). Dans ces cas, les parois du sac sont affaissées ou peut-être même épaissies, de sorte qu'il reste fort peu d'espace pour les larmes. Le canal nasal est rétréci dans toute son étendue et très sensible au passage du stylet. Assez souvent les conduits lacrymaux sont rétrécis, soit dans un point limité seulement, soit dans toute leur étendue. Le cathétérisme est par conséquent difficile, parce qu'il rencontre des obstacles à chaque temps du traitement. Le traitement est long, et le cathétérisme doit être répété pendant un grand nombre de semaines ou même de mois. Le sac n'a d'ailleurs pas de tendance à être affecté d'inflammation aiguë, et les malades ne sont pas menacés d'être atteints d'une fistule. L'épiphora constitue tout le mal, et l'intensité de cet accident paraît être en rapport avec le degré d'irritation des conduits lacrymaux. Lorsqu'ils sont rétrécis au niveau des points lacrymaux, leur revêtement muqueux est habituellement en assez bon état, et l'écoulement des larmes est modéré. Il arrive assez souvent que le malade, après avoir obtenu quelque amélioration par le premier temps du traitement, se refuse au cathétérisme, redoutant les douleurs que cette opération occasionne. On peut se contenter de ce résultat lorsque les malades sont très craintifs ou très sensibles; mais, à part ces circonstances particulières, on aurait tort de s'en tenir à l'amélioration incomplète obtenue par la simple section du conduit, parce qu'il est rare qu'on ne puisse obtenir une guérison radicale en poursuivant le traitement avec persévérance.

Il résulte de ces faits et de ceux rapportés par MM. Bowman et Solomon, dit M. Teale, que le clou peut être banni désormais sans inconvénient du traitement des obstructions des voies lacrymales. La nouvelle méthode, il est vrai, ne donne souvent un résultat définitif qu'au bout de plusieurs mois de soins assidus; mais les anciens procédés exigeaient un traitement plus prolongé encore, et ils avaient des inconvénients auxquels la méthode de M. Bowman échappe complétement. (*Medical Times and Gazette*, numéros de janvier 1860.)

Études sur l'emphysème vésiculaire du poumon, sur l'asthme et sur leur guérison par le bain d'air comprimé, par M. Bertin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les considérations cliniques développées par M. Bertin dans ce travail, se rapportent surtout à la distinction qu'il faut faire entre l'emphysème simple et ses complications habituelles, le catarrhe pulmonaire et l'asthme. L'auteur rapporte plusieurs exemples d'emphysème simple, exempt de toute complication; mais il reconnaît comme tout le monde que les cas compliqués sont de beaucoup les plus fréquents. Au reste, la partie la plus intéressante de son mémoire est celle qui est relative au traitement de l'emphysème par le bain d'air comprimé.

Déjà antérieurement, dans ses *Études cliniques* publiées en 1855, M. Bertin a fait connaître des faits de guérisons radicales obtenues par ce moyen, et il assure que le temps les a toutes confirmées. De nouvelles observations ajoutées à cette première statistique font monter le chiffre des faits à 105, ce qui paraît suffisant pour bien préciser ce que l'on peut attendre du bain d'air comprimé.

Les malades se trouvent répartis, suivant leur âge, de la manière suivante : 7 avaient moins de 20 ans, 41 étaient âgés de 21 à 40, et 57 avaient plus ou moins dépassé ce dernier âge.

Indépendamment des 3 cas d'emphysème simple que M. Bertin rapporte en détail, il s'en trouvait 10 qui, par leurs causes occasionnelles, pouvaient être considérés comme étant aussi des exemples d'emphysème simple d'abord, mais compliqué plus tard d'asthme catarrhal ou nerveux. Ils ont été fournis par des sujets exerçant des professions où de grands efforts de voix sont nécessaires: c'étaient des instituteurs, des avocats ou des prédicateurs. Un d'entre eux joignait à cette cause de fatigue pulmonaire une bronchite d'abord aiguë, puis devenue chronique; usé par l'âge et la souffrance, un autre était atteint d'un catarrhe chronique qui l'avait jeté dans un état cachectique des plus déplorables. Chez les huit autres, la toux et l'expectoration méritaient peu d'attention, tandis que la dyspnée et tout ce qui se rattachait à elle de malaise et d'anxiété prédominaient d'une manière très prononcée. Pas plus que chez les deux premiers, on ne pouvait affirmer si la dyspnée avait précédé la toux; mais il était du moins facile de constater que celle-ci n'occupait pas la première place parmi les éléments de la maladie.

Sur ces 12 malades, un seul était atteint d'un emphysème partiel. Dans les 92 cas où l'emphysème s'était produit à la suite de la toux ou de la dyspnée, il n'y en avait au contraire que 65 où les deux côtés du thorax se trouvaient affectés, et 27 dans lesquels un seul poumon était pris.

D'après cela, dit M. Bertin, la toux, quelque ébranlement qu'elle cause à tout le tissu du poumon, serait moins apte à produire l'emphysème vésiculaire que ne le sont les efforts de voix trop soutenus. Étudier les effets thérapeutiques du bain d'air comprimé sur l'emphysème simple ou primitif, c'est donc les étudier dans les cas les plus graves, dans ceux où son action doit être le plus difficilement ressentie, et dans lesquels, par conséquent, ses succès seraient les plus démonstratifs.

Or, les 13 cas de ce genre ont été tous guéris; un seul, et c'est celui où l'emphysème n'affectait qu'un des côtés de la poitrine, a communiqué ces dispositions à des atteintes de dyspnée, bien qu'il n'existât plus aucun des symptômes particuliers à la dilatation permanente des vésicules pulmonaires. Ainsi, le bain d'air comprimé guérit réellement l'emphysème essentiel.

Peut-on se promettre un résultat aussi avantageux, quand l'emphysème est survenu à la suite de fréquents accès d'asthme catarrhal ou nerveux? Et dans ces cas où la maladie est souvent moins étendue, les complications qui existent ne peuvent-elles pas suffire pour la rendre plus grave et la soustraire à l'action curative de l'air comprimé?

« Voici, dit M. Bertin, ce qui résulte à cet égard des faits que j'ai résumés : sur 92 cas de cette nature, je possède 67 exemples de guérison complète et durable ; les autres 25 n'ont pas été rangés dans la même catégorie, soit parce que leur traitement, interrompu trop tôt, avait laissé subsister quelques traces d'emphysème, soit parce que les maladies qui les compliquaient persistaient encore avec quelque énergie, et que quelques-uns de leurs symptômes particuliers ne permettaient pas d'assurer de la guérison absolue de l'emphysème. Ce n'est, au reste, que dans 3 de ces 25 cas qu'il a résisté d'une manière presque absolue. Dans tous les autres, l'état du malade était si heureusement modifié, la dilatation du thorax, son immobilité, sa résonnance tympanique, l'extinction plus ou moins complète des bruits respiratoires, symptômes qui n'appartiennent qu'à l'emphysème, étaient si bien dissipés, qu'il eût été permis de croire à de véritables guérisons. Toute hésitation à ce sujet dépendait d'un reste d'oppression qui pouvait, il est vrai, se rattacher à quelques dernières traces d'emphysème, mais plus vraisemblablement aussi au spasme ou au catarrhe, comme l'indiquait la présence des râles qui leur appartiennent, et qui ne permettaient pas toujours d'apprécier exactement l'état des bruits de la respiration.

» Du reste, il faut ajouter que, sous l'influence de l'air comprimé, l'affection catarrhale a elle-même été très souvent guérie, d'autres fois considérablement soulagée. Dans tous les cas, les malades se montraient, par la suite, bien moins impressionnables aux causes qui les contrariaient, et leurs catarrhes, quand ils en contractaient, étaient exempts des angoisses qui, sous l'influence de l'emphysème, les rendaient autrefois si pénibles. Ce n'étaient plus des accès d'asthme.

» Les asthmes nerveux ont dû parfois à leur caractère particulier une plus grande résistance, mais le plus grand nombre a cédé, et quand, après la guérison, une cause quelconque réveillait un instant de dyspnée, celle-ci, simple phénomène spasmodique, était toujours exempte des angoisses et de la durée qu'elle présentait jadis. » (*Montpellier médical*, nos 3 et 5, 1860.)

Les résultats obtenus par M. Bertin dans le traitement de l'emphysème, sont d'autant plus remarquables que les bains d'air

comprimé paraissent avoir généralement échoué contre cette affection entre les mains des médecins qui ont expérimenté cette médication. C'est ainsi que M. Devay (Voy. *Gaz. hebd.*, t. 1, p. 154) l'a employé dans l'emphysème pulmonaire sans résultats bien marqués. A quoi tient cette différence? Des expériences nouvelles pourront sans doute nous l'apprendre.

Oblitération complète de l'intestin grêle à la suite d'une péritonite intra-utérine, communication à la Société obstétricale de Londres, par le docteur R. Druytt.

L'enfant dont il s'agit était, au moment de sa naissance, bien développé, bien nourri, vigoureux, couvert de l'enduit sébacé normal. On remarqua cependant que la partie supérieure du ventre était tuméfiée, et que les veines sous-cutanées abdominales étaient anormalement dilatées.

Les vingt-quatre heures qui suivirent la naissance se passèrent assez bien ; l'enfant criait, tetait et dormait comme à l'état normal. Puis il parut éprouver des coliques, il fut très agité, et commença à vomir. L'urine s'écoulait bien, mais il n'y avait pas d'évacuations alvines. L'anus était bien conformé, et permettait facilement l'introduction du doigt. On tenta à plusieurs reprises de provoquer des selles par des lavements et par des insufflations d'air, mais ce fut sans résultat. Toutefois ces tentatives parurent soulager l'enfant, qui faisait des efforts comme si elle devait évacuer des matières.

Six heures plus tard, les symptômes s'étaient aggravés; les vomissements étaient devenus fécaloïdes, et M. H. Lee, qui avait été appelé en consultation, consentit à pratiquer l'opération de l'anus artificiel par la méthode d'Amussat.

Cette opération échoua complétement. Malgré des tentatives réitérées, il fut impossible de trouver le côlon descendant, et d'obtenir l'issue des matières intestinales.

L'enfant vécut jusqu'à la cinquante-sixième heure, ne prenant pas le sein, paraissant souffrir de coliques, et vomissant de temps en temps.

A l'*autopsie*, l'insuccès de l'opération s'expliqua aisément. Vers la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de l'iléon, une partie de l'intestin était comme pelotonnée par une multitude d'adhérences, ses différentes anses étaient accolées entre elles et soudées solidement au mésentère. Au-dessus de ce point, le jéjunum était immensément distendu ; au-dessous, le reste de l'iléon et le gros intestin étaient pâles, rétrécis ou mal développés et vides. Cette partie de l'intestin se terminait par un cul-de-sac arrondi et fermé au-dessous du point malade, et n'avait, par conséquent, aucune communication avec la partie supérieure. Il était évident que l'oblitération de l'intestin avait été la conséquence d'adhérences, restes d'une péritonite fœtale, qui en avaient, en quelque sorte, opéré la section, comme une ligature coupe une artère; les deux bouts s'étaient ensuite cicatrisés séparément. Il n'y avait, du reste, chez la mère aucun signe d'une infection syphilitique, qui paraît être la cause la plus fréquente de la péritonite chez le fœtus.

Le bon état et la santé générale de l'enfant au moment de la naissance, en dépit d'une lésion aussi grave, et apparemment assez ancienne, méritent d'être relevés. A tout égard, d'ailleurs, l'observation de M. Druytt est intéressante, et s'ajoute utilement au peu que nous savons des affections du fœtus. (*Medical Times and Gazette*, 28 avril 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os, ou tumeurs à myéloplaxes, par M. Eug. Nélaton, Paris, 1860, chez Adrien Delahaye.

Nous avons aujourd'hui à rendre compte d'un travail présenté par M. Eug. Nélaton, prosecteur de la Faculté, comme thèse inaugurale, mais qui, par son importance, par les développements que lui a donnés son auteur, sort complétement des limites ordinaires des thèses présentées à l'École ; c'est une véritable et complète monographie, qui nous apprendra à connaître une classe importante de tumeurs des os, les tumeurs à myéloplaxes, les *myéloplaxomes*, comme l'auteur propose de les appeler, afin de les désigner abréviativement, ainsi qu'on l'a fait déjà pour les lipomes, les fibromes, les chondromes, etc.

Ce mémoire est divisé en plusieurs parties distinctes : la première traite de l'anatomie normale et pathologique des éléments histologiques que l'on rencontre dans la moelle des os et qui peuvent aussi former les myéloplaxomes; la seconde renferme les observations soigneusement analysées et groupées d'après le siége de la maladie ; enfin la troisième et la plus importante traite *ex professo* de la pathologie des tumeurs à myéloplaxes.

Qu'est-ce d'abord qu'un myéloplaxe? Avant de les décrire, établissons leur orthographe. Si nous acceptons celle de M. Nélaton, qui nous paraît la bonne, nous devons rejeter les expressions de *myéloplastes*, *myéloplastiques*, *myéloplasmes*, *tumeurs myéloïdes*.

Le mot de *myéloplaxe* a été donné par M. Ch. Robin à l'un des deux éléments anatomiques spéciaux qui entrent dans la composition normale de la moelle des os. Le 20 octobre 1849, et ceci doit servir à constater son droit de priorité, il signala, dans une note communiquée à la Société de biologie, deux espèces nouvelles d'éléments anatomiques existant dans la structure intime de la moelle osseuse.

Le premier élément est appelé cellules médullaires ou *médullocèles*. Ces cellules sont sphériques ou un peu polyédriques, d'un diamètre de $0^m,015$ à $0^m,018$, transparentes, à bords nets et renfermant un noyau sphérique régulier. Entre le noyau et la cellule existent des granulations moléculaires dont la quantité varie, mais qui sont constantes et plus abondantes autour du noyau que dans le reste de l'étendue de la cellule.

Le second élément spécial, plus important à connaître, puisqu'il forme la base des tumeurs que nous allons étudier, est formé par de grandes plaques ou lamelles aplaties, tantôt polygonales, tantôt irrégulièrement sphériques, ayant au moins $0^m,050$ de diamètre. Ces plaques, remplies de granulations moléculaires, renferment de plus six à dix noyaux ovoïdes renfermant eux-mêmes un ou deux nucléoles, noyaux qui donnent à ces plaques un caractère tout spécial qui les rend ainsi très faciles à reconnaître.

Elles ne sont jamais très abondantes dans le tissu médullaire normal, et se voient plus facilement dans les os des fœtus ou des jeunes sujets qu'à un âge plus avancé. Leur forme irrégulière n'est soumise à aucune règle fixe: elles peuvent être ovalaires, allongées, triangulaires, échancrées; mais leur caractère principal, l'existence de nombreux noyaux ovoïdes, transparents, les feront toujours aisément reconnaître ; il peut cependant arriver, quoique très rarement, qu'elles n'en renferment aucun, mais ici encore les dimensions de la plaque, la finesse des granulations et leur distribution égale dans toute la masse de l'élément empêcheront de confondre le myéloplaxe avec tout autre élément anatomique.

Aucun réactif n'est capable de les dissoudre complétement; l'eau n'a aucune action sur eux, l'acide acétique les pâlit beaucoup, dissout presque toutes les granulations, mais rend aussi les noyaux plus évidents. L'acide sulfurique pâlit, gonfle les myéloplaxes et dissout très rapidement leurs noyaux ; l'ammoniaque agit de la même façon et fait disparaître le nucléole.

Telle est la variété d'éléments myéloplaxiques que M. Nélaton appelle *variété type;* il en existe une autre à laquelle il donne le nom de *variété cellule*. Ceux-ci ne sont pas aplatis, mais ovoïdes, polyédriques, renferment très peu de noyaux, mais ils ont les mêmes granulations moléculaires et présentent les mêmes réactions chimiques. Tous deux sont très exactement représentés dans une des planches qui accompagnent son mémoire.

L'état pathologique influe peu sur l'aspect des myéloplaxes; la seule ou au moins la plus importante modification porte sur leur dimension qui peut aller à $0^m,2$ et même $0^m,3$, et le nombre de leurs noyaux qui se sont montrés quelquefois au nombre de soixante pour une même plaque médullaire.

Les myéloplaxomes sont donc constitués par la présence d'un des éléments histologiques spéciaux que l'on rencontre dans le tissu médullaire des os. Est-ce à dire que la présence de quelques plaques dans le sein d'une tumeur devra lui mériter ce nom? Ce serait aller trop loin, car on en rencontre toujours quelques-unes dans la plupart des productions qui dérivent des os, quelle que soit d'ailleurs leur nature. Ici comme dans tout autre cas, comme le fait remarquer avec raison M. Nélaton, on doit s'astreindre à faire un examen complet du tissu morbide, et ne se prononcer qu'après qu'on aura constaté la prédominance de tel ou tel élément, car il ne faut pas oublier que la question de proportion relative des éléments anatomiques des tumeurs doit toujours conserver une importance de premier ordre dans la détermination des espèces morbides, et qu'elle doit être prise en sérieuse considération pour l'interprétation de chaque fait particulier, sans que cependant elle puisse être soumise à des règles exactes et imprescriptibles.

Nous passerons rapidement sur la partie historique. Les plaques à noyaux multiples, éléments homœomorphes, ont été vues et remarquées dans les productions pathologiques et considérées comme hétéromorphes avant d'être découvertes dans le tissu médullaire normal. Cela, du reste, se conçoit facilement, la forme remarquable de ces plaques que l'on trouvait dans quelques tumeurs avoisinant les os devait attirer sur elles l'attention des micrographes, tandis qu'elles se rencontrent plus difficilement et en moins grande abondance dans le tissu osseux normal.

M. Lebert les avait déjà signalées, mais c'est à M. Robin que revient incontestablement l'honneur d'avoir le premier décrit, au point de vue de l'anatomie pathologique, une espèce particulière de tumeur caractérisée par la prédominance anormale de plaques à noyaux multiples, après avoir démontré, un an avant Kölliker, que ces éléments appartenaient normalement au tissu médullaire des os.

Avant que l'on connût les particularités de leur structure intime, ces tumeurs, surtout lorsqu'elles présentaient cette teinte violacée ou purpurine qui leur est ordinaire, étaient ordinairement désignées, d'après leurs apparences extérieures, sous les noms de sarcome vasculaire, sarcome pulpeux médullaire, fongus médullaire, vasculaire, érectile, hématode, tumeur fongueuse sanguine, érectile ou anévrysmale des os, ostéosarcome, etc., etc.

Le caractère le plus remarquable du tissu myéloplaxique consiste dans la coloration sanguine, tirant sur le rouge brun. La consistance n'a rien de spécial, elle varie depuis celle du tissu fibreux jusqu'à celle d'une pulpe charnue ou d'une bouillie épaisse; elle dépend très probablement de la période d'évolution à laquelle est parvenu le tissu malade, et sous ce rapport il est utile de distinguer, comme on l'a fait pour d'autres productions pathologiques, deux états principaux : l'état de crudité et celui de ramollissement. Son aspect est bien décrit par M. Nélaton, auquel nous en empruntons la description.

A l'état de crudité, il est ordinairement élastique, compressible, d'une certaine résistance; sa cohésion n'est cependant pas très prononcée; si quelquefois ce tissu se montre ferme et coriace, plus souvent on peut constater qu'il est friable, qu'il se laisse rompre, déchirer, écraser sous l'influence d'un effort médiocre. Par la pression ou par le grattage, ce tissu ne fournit aucun suc qui soit comparable à ce que l'on a appelé le *suc cancéreux*, mais seulement de la sérosité sanguinolente. La surface de la coupe présente quelquefois une rudesse particulière qui produit, sous le doigt, la sensation de langue de chat. D'autres fois, ce phénomène moins assuré n'est pas perceptible directement au toucher; mais en sectionnant lentement le tissu pathologique avec l'extrémité d'une lame bien tranchante, on éprouve la sensation analogue d'une crépitation extrêmement fine, qui indique jusqu'à l'évidence, quand même une inspection plus approfondie n'en viendrait pas donner la démonstration, que le scalpel a produit la rupture d'une multitude d'aiguilles osseuses extrêmement déliées. Il est quelquefois possible, à la vue simple et à l'aide d'une attention minutieuse, d'extraire un certain nombre de ses filaments osseux, et de démontrer ainsi, dans la substance du produit morbide, l'existence d'une charpente calcaire, d'un réseau de substance osseuse d'une délicatesse excessive.

A l'état de ramollissement, la production pathologique ne constitue plus, à proprement parler, un tissu, elle est représentée par une substance sans cohésion, qui paraît, au premier abord, dépourvue de toute organisation, mais dans laquelle on retrouve au microscope tous les éléments que l'on rencontre dans le tissu à l'état de crudité. Tantôt c'est un ramollissement pulpeux, en vertu duquel la substance rougeâtre se laisse écraser avec la plus grande facilité, absolument comme un caillot récent, de la substance cérébrale, etc.; tantôt c'est un ramollissement complet, un sorte de liquéfaction. La matière qui remplit la tumeur tend à s'écouler au dehors dès qu'on a incisé son enveloppe; on voit alors une bouillie rougeâtre, brunâtre ou cramoisie, mêlée à du sang et à des grumeaux demi-solides ou à des fragments du tissu primitif incomplétement désagrégé. Au milieu de cette teinte sombre générale, apparaît quelquefois çà et là une nuance grisâtre, sanieuse, putrilagineuse, qui pourrait faire croire mal à propos à la présence d'une certaine quantité de pus mélangé aux détritus organiques.

Suivant l'intensité de la coloration ou sa nuance spéciale, la substance des tumeurs à myéloplaxes a pu être comparée, soit au tissu des muscles de la vie animale, soit au tissu charnu du cœur, à la substance du foie, des reins, de la rate, du placenta, à de la lie de vin, à la boue splénique, etc. Cette coloration spéciale a souvent éveillé dans l'esprit de l'observateur l'idée d'une tumeur sanguine fibreuse, érectile ou anévrysmale.

Mais les plaques à noyaux multiples ne se montrent pas toujours isolées, souvent elles se trouvent mélangées à une proportion plus ou moins considérable d'éléments fibreux ou fibro-plastiques. Ceux-ci forment comme une sorte de feutrage destiné à renfermer et à retenir les éléments fondamentaux; une certaine abondance de cette trame organique caractérise ce que M. Nélaton appelle la *variété* fibroïde, réservant le nom de *variété type* ou *franche* à celle qui est presque exclusivement composée de myéloplaxes.

Dans certains cas, au contraire, le tissu myéloplaxique paraît avoir subi une sorte d'infiltration graisseuse : un nombre considérable de granulations jaunâtres, arrondies et brillantes, se montrent, soit éparpillées dans l'intervalle des éléments anatomiques, soit incluses dans l'épaisseur même des plaques à noyaux multiples et des éléments puriformes, dont elles diminuent sensiblement la transparence. Les myéloplaxes en sont quelquefois tellement remplies, que leurs noyaux se trouvent masqués en totalité ou en partie. Cette abondante répartition des granulations graisseuses caractérise ce que l'auteur appelle la *variété graisseuse*.

La matière colorante du sang, séparée des globules, se voit surtout dans le voisinage des points où ont eu lieu des épanchements sanguins : elle occupe assez souvent, soit seule, soit mêlée aux granulations graisseuses, l'extérieur des myéloplaxes; elle se présente sous forme de granulations ou de globules d'hématosine de couleur écarlate, ou bien encore sous forme de cristaux d'hématoïdine d'un jaune roussâtre.

D'après M. Nélaton, les tumeurs presque entièrement composées de myéloplaxes paraissent plus disposées au ramollissement, et cela se conçoit si l'on attribue aux éléments fibreux ou fibro-plastiques que l'on rencontre quelquefois, le rôle principal de relier entre eux et d'envelopper comme dans une sorte de gangue les éléments fondamentaux du tissu morbide. Moins les éléments fibroïdes seront multipliés, plus la désagrégation des éléments nucléaires sera facile et prompte. Quant à la cause occasionnelle du ramollissement, il est difficile de la spécifier, car la plus puissante et la plus ordinaire réside dans des phénomènes intimes de nutrition qui nous échappent, et en vertu desquels s'opère spontanément la dissociation des éléments anatomiques. Cet état de ramollissement ne paraît même pas succéder toujours à une période de crudité, il semble pouvoir s'établir spontanément, c'est au moins ce que prouvent quelques-unes des observations sur lesquelles s'appuie ce travail, et c'est aussi avec raison, suivant nous, l'opinion de l'auteur.

Il est également assez difficile de rendre un compte exact de la

coloration brunâtre, rougeâtre, que présentent si souvent ces tumeurs. La raison qui paraîtrait la plus simple serait l'existence d'infiltrations sanguines, d'épanchements; cependant, dans quelques tumeurs à l'état de crudité, on retrouve cette coloration, et l'on peut constater qu'il ne s'est fait aucune rupture vasculaire, qu'il n'y existe aucun épanchement sanguin. On est assez facilement amené à admettre que les plaques myéloplaxiques possèdent une coloration particulière qui leur est propre, quand on considère que la couleur rougeâtre des tumeurs qu'elles forment, est d'autant plus marquée que ces plaques sont en plus grande abondance; mais d'où provient cette coloration particulière, à quoi l'attribuer? Faut-il lui donner pour cause, comme serait tenté de l'admettre M. Nélaton, une déviation, un déplacement du principe colorant du sang, qui aurait abandonné les globules sanguins pour venir se fixer sur les éléments anatomiques de la substance myéloplaxique? C'est là un point délicat de physiologie pathologique que l'avenir éclaircira peut-être; mais, ce qui est surtout important aujourd'hui, c'est de constater l'existence de cette coloration de la tumeur, caractère qui deviendra souvent, avant l'examen microscopique, un élément important du diagnostic anatomique.

Les tumeurs myéloplaxiques appartiennent spécialement, pour ne pas dire exclusivement, au tissu osseux. On a quelquefois rencontré, dans des tumeurs de la mamelle, des plaques à noyaux multiples, mais elles s'y trouvaient en très petit nombre, assez petit même pour que leur existence ne dût pas influencer la classification de la production morbide qui en était le siége.

Tous les os du squelette peuvent être le point de départ des myéloplaxomes; ils affectent pour les os maxillaires une préférence marquée, et leur point de départ habituel paraît y être le voisinage des dents (épulie à myéloplaxes). Souvent aussi ils débutent au centre même de l'os, surtout aux environs du canal dentaire.

Après les mâchoires, viennent, par ordre de fréquence, les extrémités épiphysaires des os longs, et surtout la tête du tibia et les condyles du fémur, où l'on a si souvent désigné ces tumeurs sous les noms de cancers ou de tumeurs sanguines.

Elles ne sont pas très rares dans les os du tarse et du métatarse, mais cependant on doit les y considérer comme exceptionnelles. M. Ollier en a trouvé une développée dans l'épaiseur d'une phalange de l'index. Tantôt elles sont situées à la périphérie d'un os dont la surface est à peine érodée; tantôt elles siégent dans l'épaisseur même de la substance; il est donc indiqué de les distinguer sous ce rapport en deux variétés principales : tumeurs myéloplaxiques *péri-osseuses* ou *sous-périostiques*, et tumeurs *intra-osseuses*, variétés extrêmes qui, dans la pratique, devront nécessairement comporter quelques intermédiaires.

Ordinairement uniques, les myéloplaxes sont quelquefois multiples, généralement c'est sur le même os ou sur les os voisins qu'elles se manifestent.

Leur forme varie nécessairement beaucoup, cependant on n'en a jamais trouvé qui fussent réellement pédiculées.

Quand elles siégent aux maxillaires, leur volume est ordinairement celui d'une noix ou d'un œuf. Aux membres, elles sont plus volumineuses; on en a vu acquérir le volume de la tête d'un nouveau-né.

Dans la variété *sous-périostique*, le tissu myéloplaxique, tantôt à l'état de crudité, tantôt plus ou moins ramolli, se présente sous forme aplatie ou globuleuse d'épaisseur variable; il est déposé à la surface même du tissu osseux, en lui adhérant au moyen de petits filaments grisâtres, fibro-vasculaires, qui se laissent aisément déchirer. Ce tissu pathologique est recouvert extérieurement par une lamelle cellulo-fibreuse assez résistante qui, par sa périphérie, se continue avec le périoste voisin.

La variété *intra-osseuse* présente deux formes principales : la substance morbide peut être, à l'état d'infiltration, ou réunie en une masse plus ou moins volumineuse, circonscrite et entourée d'une coque osseuse qui lui forme une sorte de kyste. C'est la présence de cette coque calcaire qui a fait donner autrefois à ces tumeurs, ainsi qu'à d'autres de nature différente, le nom de *spina ventosa*.

Le plus grand nombre des tumeurs à myéloplaxes se montrent dans la jeunesse et spécialement de quinze à vingt-cinq ans. Elles sont indolentes de leur nature, de telle sorte qu'elles peuvent, dans quelques régions, arriver à un certain volume, sans que le malade soit prévenu de leur présence. Dans quelques cas, elles ont été le siége de douleurs quelquefois même violentes, mais cela reconnaissait presque toujours pour origine une cause accidentelle, telle que pressions répétées, contusions, etc.

Les résultats de la palpation diffèrent, suivant que la tumeur est ou non circonscrite par une enveloppe calcaire, suivant qu'elle est à l'état de crudité ou de ramollissement. Dans le premier cas, sa consistance se rapproche plus ou moins de celle des tumeurs fibreuses; lorsqu'elle est ramollie, il y a une fluctuation manifeste qui peut faire croire à l'existence d'une collection liquide. Quand le myéloplaxome est entouré d'une enveloppe osseuse amincie, la pression fait éprouver au doigt cette sensation analogue à la crépitation du parchemin, au brisement de la coquille d'un œuf, etc.

On a eu quelquefois recours à une ponction exploratrice pour chercher à préciser le diagnostic de tumeurs que l'on n'avait pas reconnues d'abord comme des myéloplaxomes. Quelquefois il s'est écoulé une certaine quantité de sang, mais dans l'immense majorité des cas, le résultat s'est borné à l'issue de quelques gouttes de sang très fluide, ou plutôt de sérosité sanguinolente.

Les tumeurs à myéloplaxes suivent dans leur développement une marche graduelle, mais assez rapide, surtout au début; elles restent rarement stationnaires, et ne disparaissent pas spontanément. En quelques semaines, quelques mois à peine, elles acquièrent, même lorsqu'elles sont intra-osseuses, des dimensions notables; nous avons vu que ces dimensions variaient avec le siége de la tumeur.

Quelques-unes ont présenté dès leur début, ou seulement à une certaine période de leur évolution, des pulsations accompagnées ou non d'un bruit de souffle, phénomène qui indique seulement une exagération du développement vasculaire, mais qui, pour M. Nélaton, n'est que secondaire, car pour lui la plupart des tumeurs signalées dans la science sous le titre générique de *tumeurs sanguines des os*, ou au moins un très grand nombre d'entre elles, n'étaient autre chose, dans le fait, que des tumeurs à myéloplaxes méconnues, plus ou moins vasculaires, tantôt à l'état de crudité (tumeurs dites érectiles), tantôt ramollies et laissant, à la place de leurs matériaux solides désagrégés et résorbés en tout ou en partie, une vaste cavité ouverte au libre accès du sang (anévrysmes des os).

Les tumeurs intra-osseuses, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, déterminent souvent des solutions de continuité dans les os qui en sont le siége.

Les téguments distendus par l'accroissement du prodult pathologique s'amincissent de plus en plus, mais ne subissent guère d'autre altération; ils conservent ordinairement leur texture, leur souplesse et leur mobilité naturelles.

Il est inutile de dire que des troubles fonctionnels en rapport avec le siége et le volume de ces tumeurs signaleront leur présence en différents points.

Il est assez rare que l'on puisse, par la seule considération des symptômes, diagnostiquer un myéloplaxome; le diagnostic est presque toujours fait *post operationem*, mais il a cependant encore une grande importance au point de vue des modifications que l'on peut, séance tenante, apporter à l'opération, et surtout au point de vue du pronostic, comme nous le dirons tout à l'heure.

Nous ne reviendrons pas de nouveau sur les caractères anatomiques et histologiques dont nous avons, dans la première partie de cette analyse, donné un rapide aperçu. On peut, dans quelques cas, espérer de pouvoir, avant l'opération, arriver au diagnostic en s'appuyant sur la succession des phénomènes et des symptômes qu'a présentés la tumeur, mais un diagnostic précis sera presque toujours impossible.

Nous arrivons maintenant à une des parties les plus intéressantes de l'histoire des myéloplaxes, c'est-à-dire au pronostic. M. Nélaton ne s'est pas borné à démontrer leur bénignité en s'ap-

puyant sur les observations rapportées dans son travail, il y a joint un aperçu très remarquable sur la valeur qu'il faut, à l'époque actuelle, accorder au mot cancer, et sur la classification des tumeurs bénignes ou malignes. Malheureusement les limites de ce compte rendu me forcent à renvoyer le lecteur au travail de notre collègue. Pour M. Nélaton, toute tumeur des os essentiellement formée de myéloplaxes, soit seuls, soit mélangés à des éléments fibreux, graisseux ou cartilagineux, doit être réputée de nature bénigne. Le pronostic doit être plus réservé s'il y entre, surtout dans des proportions notables, des éléments fibro-plastiques.

Les tumeurs ne disparaissant pas spontanément, il faut les enlever; mais il faut les enlever complétement, car la répullulation est presque inévitable tant qu'il reste une parcelle du tissu morbide. L'extirpation simple ne suffit donc pas, il faut encore employer après elle la rugination ou la cautérisation. Quant aux tumeurs intra-osseuses, le moyen le plus sûr consiste dans la résection de l'os affecté ou dans l'amputation du membre.

Comme on peut le voir d'après cette trop courte analyse, l'histoire des tumeurs à myéloplaxes, tumeurs encore à peu près inconnues de la plupart des chirurgiens, présente un grand intérêt pratique. M. Nélaton a rendu à la science un véritable service en attirant sur elle l'attention des chirurgiens ; son travail consciencieux, longuement médité pendant quatre années, est riche d'un grand nombre d'observations ; trois belles planches dessinées par l'auteur présentent avec la plus grande exactitude l'aspect de ces tumeurs, et reproduisent fidèlement leurs éléments histologiques ; et nous devons dire que si l'auteur a entrepris une tâche difficile en essayant de faire *ex professo* l'histoire d'une affection chirurgicale encore fort peu connue, loin d'être resté au dessous de la tâche qu'il s'était imposée, il a complétement réussi.

LÉON LE FORT,
Prosecteur de la Faculté.

VI

VARIÉTÉS.

ALIMENTATION DES CHINOIS. — M. l'abbé Lenoir a présenté au *Cercle de la presse scientifique* un travail intitulé : « De l'utilisation de tout, en Chine, pour l'alimentation. » Nous en extrayons le passage suivant :

« La viande de chien passe, en Europe, pour la plus mauvaise de toutes les viandes ; on l'a dit immangeable. Les Chinois en ont jugé autrement : ils engraissent les chiens qui commencent à vieillir et les mangent ; les étaux des bouchers sont garnis de viande de chien, comme des autres viandes. Les fermiers ont même formé une espèce de chiens propres à l'engraissement, qu'ils appellent chiens de boucherie ; c'est une variété de chien-loup, à oreilles droites, qui se distingue des autres en ce qu'elle a la langue, le palais et tout l'intérieur de la gueule de couleur noire.

» Nous avons en France, en ce moment, un de ces chiens dont voici l'histoire : un de nos vaisseaux de l'expédition de Cochinchine avait acheté, comme approvisionnement pour un retour en France, un lot d'animaux gras ; dans ce lot se trouvait ce chien de boucherie : nos matelots l'ayant aperçu le délivrèrent, et ils l'ont ramené dans un de nos ports, où il continue d'être leur protégé.

» On dit que dans certains restaurants de nos grandes villes, on a parfois servi du chat pour du lapin ; les Chinois n'ont pas de ces mystères : ils tiennent ce mets pour excellent, et l'on voit chez leurs marchands de comestibles des chats énormes suspendus avec leur tête et leur queue. Dans toutes les fermes, on trouve de ces animaux attachés à de petites chaînes pour être engraissés avec des restes de riz qui seraient perdus ; ce sont de gros chats qui ressemblent à ceux de nos comptoirs et de nos salons ; le repos qu'on leur impose facilite leur engraissement.

» Le rat est encore un animal qui tient une large place dans la nourriture des Chinois ; on le mange comme les viandes qui précèdent, soit frais, soit salé ; ceux qu'on sale sont principalement destinés pour les jonques ; et les fermiers, voyant que ce produit faisait fortune, ont même imaginé une manière assez ingénieuse de tirer parti de la fécondité de cet animal : ils ont des *ratiers* (passez-moi le mot) comme nous avons des *colombiers*; pour établir ces loges à rats, ils garnissent des recoins que les rats affectionnent de bouteilles à cou assez large pour que l'on puisse y introduire la main ; l'animal prend ces bouteilles, maçonnées dans le mur, pour des crevasses, y fait son nid, y élève ses petits, et le fermier va, de temps en temps, y faire la recette des jeunes rats, comme nous faisons, dans nos colombiers, celle des jeunes pigeons. »

EL SIGLO MEDICO annonce que MM. les docteurs L. Sobrado, I Garofalu, S. de Pereda et B. San Martin, médecin de la famille royale, viennent d'être nommés membres résidants de l'Académie royale de Madrid.

— M. le docteur Delore, chirurgien en chef désigné de l'hospice de la Charité de Lyon, vient d'être nommé membre titulaire de la Société impériale de médecine de cette ville. Ont été nommés membres correspondants : MM. les docteurs Melchior Robert, de Marseille ; Fernando Castresana, d'Avila (Espagne) ; de San Juan, de Grenade ; Coyrand, d'Aix ; Ancelet, de Vailly-sur-Aisne ; Amédée Forget, de Paris ; Appia, de Genève ; de Marlin, de Narbonne.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Février. Mémoire sur les relations des hernies avec les étranglements internes, par *Duchaussoy*. — Études sur le somnambulisme, envisagé au point de vue pathologique, par *Mesnet*. — De la création d'une fausse articulation, par section ou résection partielle du maxillaire inférieur, comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure, par *Verneuil*. — Traitement des kystes hydatiques du foie (fin). — Mars. Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques des convalescents, par *Gubler*. — Mémoire sur l'hérédité de la syphilis, par *Notta*. — Création d'une fausse articulation, etc. (fin). — Hernies et étranglements internes (fin). — Avril. De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes, par *Marotte*. — Des paralysies, etc. (suite). — D'une cachexie spéciale et propre aux aliénés, par *Billod*. — Des affections urémiques de l'intestin, par *Treitz*. — Mai. Étude sur l'intoxication lente par les préparations de plomb ; de son influence sur le produit de la conception, par *Paul*. — Des paralysies, etc. (suite). — Épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées, etc. (fin). — Sur le diagnostic de l'état graisseux du cœur, par *Kennedy*. — Juin. De la transmission de la syphilis par la vaccination, par *Viennois*. — Remarques sur le diagnostic des affections cérébrales, par *Griesinger*. — Des paralysies, etc. (suite). — Des rétrécissements syphilitiques de l'œsophage, par *West*.

L'ART DENTAIRE. — N° 12. L'hypnotisme, par *Préterre*. — Du recuit, par *Wooster*. — 1860. — N° 1. Gargarisme contre les rages de dents, par *Bergonhnioux*. — 2. Appareil électro-médical, par *Gaiffe*. — 3. Note sur l'éphidrose parotidienne, par *Brown-Séquard*. — 4. Éphidrose parotidienne (fin). — Moyen très simple de remédier à un inconvénient sérieux de la pile de Bunsen, par *Blanvillain*. — 5. Note sur un nouveau procédé pour le traitement des polypes naso-pharyngiens, par *Rampolla*.

L'ART MÉDICAL. — 1860. — Avril. Du rôle des dogmes de la foi dans les sciences et en particulier dans la médecine, par *Roaldès*. — Études cliniques sur quelques médications nouvelles, et en particulier sur l'emploi et les indications de la belladone dans le traitement de la passion iliaque (fin), par *Davasse* et *Dufresne*. — La paralysie diphthéritique (suite), par *Fredault*. — Mai. Simples remarques et humbles aveux à propos de l'iodisme et des doses infinitésimales, par *Davasse*. — La rougeole à Genève, par *Dufresne*. — Des chorées anormales et des mouvements choréiques (fin), par *Jousset*. — Paralysie diphthéritique (fin). — Le croup et sa statistique (fin), par *Gabalda*. — Juin. Rougeole à Genève (fin).

L'HYDROTHÉRAPIE. — N° 9. Chloro-anémie grave guérie en moins d'un mois par l'hydrothérapie, par *Duval*. — 10. Traitement hydrothérapique dans certaines affections organiques du cœur (suite). — 11. Chlorose simulant une maladie organique du cœur ; guérison par l'hydrothérapie et les toniques, par *Flurin*. — 12. Quelques généralités sur la lotion et le drap mouillé, par *Duval*. — 13 et 14. (Manquent.) — 15. Albuminurie, ascite, anasarque, hydrothorax, œdème des poumons, par *Mandl*. — 16. Cas grave d'affection paralytique généralisée, par *Duval*. — 17. Travaux sur les eaux de Salies, par *Reveil*, *Henry* et *Nogaret*.

REVUE ODONTOTECHNIQUE FRANCO-AMÉRICAINE. — 1860. — N° 1. Procédés pour prendre des empreintes. — Système à base de vulcanite. — 2. Suite des articles précédents. — De l'obturation des dents avec l'or en cristaux. — Eau de craie et de chaux comme préservatif contre la carie des dents, par *White*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 27 JUILLET 1860. — N° 30.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 30 juin au 11 juillet 1860.

109. LARRAT, J.-A., né à Clairac (Lot-et-Garonne). [*Étiologie de la pneumonie lobaire.*]

110. CAZELLES, Émile-Honoré, né à Nîmes (Gard). [*Du traitement de l'ectropion cicatriciel.*]

111. GAUTRON DE LA BATE, Ferdinand, né à Migné (Vienne). [*De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes chirurgicaux.*]

112. PERRET, Anatole-C.-P., né à Saint-Anthème (Puy-de-Dôme). [*Considérations sur les causes des hydropisies.*]

113. REGNIER, Raoul, né à Vendôme (Loire-et-Cher). [*Des maladies de croissance.*]

114. MÉTIVIER, Louis-Auguste, né à Henrichemont (Cher). [*Aperçu sur la nature de la fièvre puerpérale.*]

115. QUILLOT, Camille, né à Sémur-en-Auxois (Côte-d'Or). [*Relation d'une constitution bilieuse et d'une épidémie de dysenterie observées à Sémur-en-Auxois (Côte-d'Or), pendant l'automne* 1859.]

116. LEGUÉ, A.-Adrien, né à Verteuil (Charente). [*Des principales altérations de l'urine, et des moyens physiques et chimiques employés pour les reconnaître.*]

117. LÉO DE PERRY, né à Vitrac (Charente). [*Quelques considérations sur le purpura hæmorrhagica idiopathique. (Maladie tachetée hémorrhagique de Werlhoff. Morbus maculosus hæmorrhagicus de Werlhoffi).*]

118. ROGEZ, Hippolyte, né à Somme-Pi (Marne). [*Quelques considérations sur l'érysipèle. Étiologie, traitement et nature.*]

119. TAMIN, Onésime, né à Arffeuilles (Allier). [*Étude et traitement de l'hémipéricrânalgie, migraines.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
BOURBON.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 26 juillet 1860.

VITALISME, ORGANICISME ET MÉCANICISME.

Nous nous sommes plaint à plusieurs reprises de la confusion des termes dans lesquels la question du vitalisme et de l'organicisme avait coutume d'être posée à l'Académie de médecine. La grande discussion de 1855 n'a pas été, sous ce rapport, d'un grand profit, et nous avons vu reparaître cette année les mêmes méprises et les mêmes illusions. M. Bouillaud lui-même, qui avait à se relever d'un ancien discours, M. Bouillaud, quoique sensiblement plus net et mieux initié à ces hautes matières qu'il y a cinq ans, n'a encore, dans sa dernière et remarquable disquisition, étudié qu'une notion vague et insuffisante du vitalisme, où l'école traditionnelle ne voudrait pas se reconnaître. A la fin pourtant, la question s'est présentée entière à la tribune, avec M. Gimelle d'abord, puis avec MM. Gibert et Malgaigne. Tous trois ont posé sur leurs bases véritables le problème du dynamisme organique, que le dernier a considéré, en outre, dans ses rapports avec le dynamisme cosmique ou universel. La connexité de ces deux points de vue est, en effet, inscrite dans l'histoire entière de la métaphysique.

Nous voilà loin assurément du sujet de thérapeutique qui a été le prétexte de ces débats; et qui songe au perchlorure de fer? Mais, puisque le courant s'est ainsi établi, il faut le suivre, et nous le ferons d'autant plus volontiers que, nous étant déjà prononcé sur plusieurs points isolés de la question, nous aurons une occasion naturelle de faire un corps de nos opinions, et en même temps de montrer que le faisceau convenu des dogmes vitalistes doit être rompu, que le principe fondamental et constitutif du vitalisme ne conduit pas nécessairement à toutes les conséquences doctrinales qu'on y a en-

chaînées, et que le tort réciproque des écoles adverses a été souvent de se refuser les unes aux autres l'intelligence des phénomènes les plus positifs et les plus patents de l'économie.

Avant tout, donnons satisfaction au scrupule que nous a tout dernièrement exprimé M. Pidoux (*Gaz. hebd.*, n° 26). Notre confrère veut bien appeler notre attention sur l'inconvénient d'opposer le *matérialisme* au *vitalisme*, et le *spiritualisme* au *mécanicisme*. Nous sommes de son avis, et, s'il veut bien se reporter à nos articles de 1855 (t. II, p. 211), il verra non-seulement que nous ne faisons pas cette confusion, non-seulement même que nous recommandons de l'éviter, mais encore que nous nous étayons pour cela des mêmes arguments que lui. « Le spiritualisme, disions-nous, n'est pas le privilége exclusif des dynamistes; *peut-être même est-il plus nécessaire encore aux mécaniciens*, puisque, moins on accorde à la matière, plus il faut donner à l'esprit. En fait, il n'y a pas de spiritualistes plus déterminés que Descartes et Euler. » Et plus loin : « La croyance à l'âme n'est pas plus le monopole des vitalistes que le spiritualisme celui des animistes. » Si, dans notre article du 8 juin nous avons rattaché au matérialisme la comparaison du mécanisme humain avec une montre, c'était pour ne rien changer aux paroles mêmes de l'auteur de la comparaison, et parce que, d'ailleurs, l'idée est, en effet, matérialiste par rapport à celle d'un principe vital, distinct du mixte organique.

Cela entendu, de quoi s'agit-il?

Personne ne l'a mieux dit que M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, développant une vieille pensée rajeunie surtout par Buffon et Cuvier. « Si vivre, c'est en même temps changer et demeurer sans cesse, dit l'auteur de l'*Histoire générale des règnes organiques*, si un être organisé, bien que entièrement renouvelé dans sa substance et complétement transformé, reste pourtant *le même individu*, il y a nécessairement en lui quelque chose de supérieur à toutes les combinaisons qui le constitue tour à tour.... Au-dessus des faits temporaires et accidentels de la vie, il y a ce qui les relie et les domine tous, au-dessus de tous les *modes*, le type dont ils dérivent.... Ce type, c'est le modèle propre à chaque existence, selon lequel elle se déroule, selon lequel s'exerce, tant qu'elle subsiste, l'activité propre de l'être organisé; qu'elle tend dès le premier instant à réaliser; qu'elle réalise, si rien ne vient interrompre prématurément ou faire dévier le cours des phénomènes vitaux... C'est ainsi que, dans un œuf ou une graine, dans un végétal ou un animal nouvellement éclos, dans un embryon ou un fœtus, une larve, comme dans un enfant, nous apercevons, outre les matériaux qui le constituent passagèrement, ce qui fait qu'il sera un jour autre qu'il ne nous apparaît, c'est-à-dire, de quelque nom qu'on veuille se servir, le *germe*, le *principe* de ses développements ultérieurs. » Oui, la permanence de la forme, le perpétuel renouvellement de la matière dans un moule fixe, l'intussusception au lieu de la juxta-position, la transmission du type, le développement harmonique des organes et le consensus des fonctions, imposent à notre raison l'admission d'un principe initial de mouvement qui organise et qui conserve. Il faut, avec Spinoza, contester l'unité du corps vivant, et ne voir dans le corps que des *proportions*, pour lui dénier un centre d'activité. Nous ne pouvons répéter ce que nous disions sur ce sujet il y a cinq ans. Notre conviction est aujourd'hui la même, appuyée sur les mêmes arguments. (Voy. *Gaz. hebd.*, t. II, p. 209 et suiv.; voy. aussi nos *Lettres à M. Chauffard*, t. II, p. 682 et suiv.)

Maintenant, comment cette force doit-elle être conçue? Question oiseuse pour beaucoup de personnes, mais qui cessera de paraître telle, si l'on réfléchit qu'elle s'est toujours liée étroitement et se lie encore aux destinées de la médecine pratique. A toutes ses périodes, la philosophie a été contrainte de faire un pas de plus dans cette voie de la spéculation. Des *modèles*, des *Idées* purement abstraites de Platon, elle a passé à la forme *causale* d'Aristote, puis de la forme causale aux *intelligences*, et conséquemment aux causes actives du néoplatonisme, transformées plus tard en *archées*. M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire s'empare de l'Idée platonicienne, mais comme d'un type sur lequel se modèlera l'œuvre d'un principe actif inhérent au germe. Seulement il ne va pas jusqu'à la conception d'une force vitale distincte. Là est, en effet, la grande difficulté.

De nos jours, le vitalisme tend à s'inspirer de la doctrine leibnizienne, où il se flatte de rencontrer la raison suffisante de l'unité organique. L'activité propre de la matière, ou plutôt la matière réduite elle-même à la force et ne faisant qu'un avec elle, lui apparaît comme une vue capable de tout accommoder. Notre savant confrère, M. Pidoux, nous écrit : « Le germe fécondé, agissant toujours jusqu'à la mort, et représenté chez l'adulte par le blastème général du corps vivant, a-t-il besoin d'autre chose que de lui-même et d'un milieu favorable pour accomplir sa destinée physiologique? » Quand on a commencé à gravir ces hauteurs, il faut aller jusqu'au bout. Dans un composé matériel appelé germe, blastème, l'activité ne réside et ne s'exerce pas autrement que dans tout autre corps; ou, si elle y était à des conditions différentes, ce serait à démontrer. Que ce corps soit quasi microscopique ou qu'il soit gros comme une maison, le problème ne change pas, car ce corps est toujours divisible et, conséquemment, composé de parties. Or, la philosophie enseigne qu'un point matériel, considéré isolément, ne peut pas, même actif, déterminer par lui-même son mouvement. Il n'est qu'en équilibre et il faut qu'il soit sollicité au changement par une force qui rompe cet équilibre; cette force lui viendra d'un autre point matériel ou du dehors; mais, quelle qu'en soit la cause, cet ensemble de mouvements ne donnera pas plus l'unité typique, la fixité de la forme, la limitation prévue des surfaces, qu'un ensemble de mouvements s'accomplissant au sein d'un corps brut. Répondre qu'un germe a sa destination marquée, *est quod futurus est*, ce serait faire une pétition de principe, car c'est la force chargée de conduire les molécules à cette destination qui est précisément en cause.

Et comme cette doctrine ne s'adapte pas suffisamment aux conditions de la formation de l'organisme, elle ne rend pas compte non plus des conditions de la durée. Elle est passible de toutes les objections que le vitalisme de Montpellier tire, contre le pur organicisme, du *tourbillon* de la vie dans un cadre permanent. Ces molécules spontanément actives se renouvelant sans cesse, il ne reste plus rien, pas plus que dans l'hypothèse du mécanicisme, qui puisse servir de mobile soit aux manifestations permanentes de l'économie, comme certaines maladies chroniques, la goutte, le rhumatisme, soit aux manifestations dont le principe a été, pour ainsi dire, gardé en dépôt dans l'économie pendant de longues années, comme la phthisie ou le cancer héréditaires n'éclatant qu'à une période plus ou moins avancée de l'existence. Nous nous hâtons de dire, et nous nous en expliquerons ailleurs, que nous n'acceptons pas, dans le sens du vitalisme barthézien, les vues rappelées tout dernièrement par un des disciples les plus distingués de l'école du Midi, M. le docteur Pécholier.

Nous avons cru seulement utile de faire voir que la doctrine du *vitalisme organique*, considérée seulement dans sa racine, en attendant que nous l'étudiions dans ses développements, ne répond pas à l'unité de l'être vivant. Fondé, après tout, sur le jeu d'une agglomération de matière, il pourra doter cette matière de puissances spéciales qui caractériseront la spécificité du composé, qui le constitueront même en lutte avec les puissances extérieures; mais il n'en fera jamais qu'une réunion de parties, un *total*, comme fait l'organicisme, et la vie ne sera pour lui que l'exercice d'un ensemble de *propriétés*. Ce sera enfin quelque chose comme la doctrine de Bichat. Et pour M. Pidoux, en effet, l'organisme n'est doué que de propriétés qu'il appelle *sensibles*, et qu'on appellerait plus correctement *sensitives*.

Ainsi donc, nous considérons comme nécessaire à la formation et à la conservation de l'être vivant l'exercice d'une cause particulière de mouvement agissant sur le germe. Mais nous n'en faisons pas une force distincte et séparée du corps; nous ne la concevons, au contraire, que intimement unie à la matière, soit qu'elle réside dans le germe lui-même ou qu'elle le sollicite du dehors, comme fait, par comparaison, l'électricité donnant le mouvement à une masse, soit qu'elle ait une nature spécifique ou qu'elle doive se ramener à la force mécanique. M. Malgaigne a exercé son éloquence sur ces dernières et obscures questions, s'abritant du grand nom d'Herschell. Il aurait pu s'autoriser d'écoles philosophiques tout entières, moins timides sur ce chapitre qu'Herschell qui, tout en penchant vers les forces mécaniques, a soin de signaler le peu de chances qu'on a de parvenir à la connaissance des causes premières, et recommande, en conséquence, de s'attacher à la recherche des lois et à l'analyse des phénomènes complexes. L'influence du soleil et du zodiaque sur la formation des animaux (Aristote), la puissance de *l'âme universelle ébauchant les contours du corps* avant l'adjonction des *âmes individuelles* (Plotin), sont bien connues dans l'histoire de la philosophie. Sans nous arrêter sur de telles questions, que nous avons déjà eu l'occasion de toucher (t. II, p. 212), et nous bornant à rappeler, comme source possible d'une force spéciale, un fait, celui de la nécessité d'une imprégnation de la particule destinée à devenir un nouvel être, nécessité aujourd'hui démontrée même pour les plantes prétendues agames (1), nous rappellerons pourtant que le problème de l'unité a toujours été posé dans la philosophie pour les corps bruts aussi bien que pour les corps organisés. Van Helmont a des archées pour les trois règnes; Leibniz veut des forces harmoniques pour tous les corps; et l'inventeur de l'attraction, Newton lui-même, regarde comme aussi impertinent d'attribuer *aux seules lois de la nature* le merveilleux plan du système planétaire que de leur faire honneur du plan d'un organisme vivant.

Nous continuerons cette étude dans le prochain numéro, où nous espérons montrer que notre doctrine n'implique pas nécessairement cette lutte entre l'organisme et la nature externe que suppose le vitalisme traditionnel.

(1) Cette force est connue en philosophie sous le nom de *force séminale, raison séminale* : *In semine omnis futuri ratio hominis inclusa est.*

(La suite à un prochain numéro.)

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Fonction digestive énergique du pancréas sur les aliments azotés. — Démonstration nouvelle par la fistule. — Parallèle entre le procédé expérimental de la fistule et celui de l'infusion, par Lucien Corvisart, médecin ordinaire de l'Empereur. — *Mémoire lu le 20 mars à l'Académie de médecine.*

I. — *Historique rapide.*

Ce n'est point par un vain amour-propre que nous poursuivons avec quelque obstination la série d'études que nous avons commencées en 1852 sur la digestion; il faut être aveugle pour ne point voir qu'elles sont plus utiles encore que curieuses.

Chez nous, les médecins trop occupés, les insouciants, se trouvent rebutés par le nombre et la complexité des recherches que ces études comportent.

Mais c'est bien à tort, car cette complexité, loin d'être dans les faits nouvellement découverts, appliqués, est tout entière dans l'étendue et la profondeur de l'ignorance où, sur ce point si grave et si primordial de la vie hygide ou morbide, la digestion, nous avaient laissé, chose étrange, dix-neuf siècles de médecine !

Sans doute, cette dernière assertion peut amener un sourire sur les lèvres de ceux qu'étonnent et confondent les livres Hippocratiques et Galéniques; parce que la science immense de ces œuvres n'a permis, sauf de bien rares exceptions, aux générations médicales qui les ont tant de fois suivies, d'accomplir que des progrès de détails.

Mais qu'on veuille se rappeler que ces Grands Livres ont cependant laissé au siècle de Servet, de Césalpin et d'Harvey la gloire d'une découverte, et que ce riche tribut, apporté par des mains modernes, bien que dédaigné à sa naissance et ballotté par une tempête de convoitise, siége aujourd'hui glorifié près de la science et de l'art antiques.

Mais les médecins tomberaient dans une étrange erreur si, trop septiques pour la valeur des efforts modernes, enlacés par des préjugés d'école ou rétifs à tout progrès, ils méconnaissaient les signes d'un nouveau mouvement.

Ce qui s'est commencé avec Servet il y a deux cent cinquante ans pour la circulation, se fait depuis Spallanzani pour la digestion (1); bientôt personne ne le méconnaîtra plus.

Sur cette dernière fonction, l'une des plus importantes de l'économie, les livres Hippocratiques, mille fois scrutés, commentés, fouillés, sont restés silencieux malgré leur Grandeur; ce qu'ils disent, c'est que l'estomac et les intestins digèrent; mais si, voulant plus qu'une science de vulgaire, on leur demande par quels agents, en vertu de quelles lois, ils restent muets, si muets que lorsque Spallanzani fit connaître ses recherches, *le suc gastrique même fut une découverte* (2)!

Spallanzani n'est que d'hier, que déjà la digestion gastrique est connue dans de minutieux détails, et que déjà il a été fourni à la médecine, par une application dérivée d'ailleurs du génie de ce grand physiologiste, une arme, la Pepsine, dont je n'ai point à prônor la puissance (3). Mais l'œuvre se poursuit d'une rapide marche; à peine le suc gastrique et ses propriétés viennent-ils d'être découverts qu'une conquête plus inattendue se fait.

Si l'on se tourne, en effet, vers la seconde digestion, on reconnaît que la médecine ancienne nous avait laissé dans une ignorance plus grande encore que pour la première.

(1) Comprenant expressément par ces mots la digestion gastro-intestinale et intraveineuse.

(2) *The Lancet*, June 18, 1859.

(3) Voyez mon ouvrage *Sur l'emploi thérapeutique de la pepsine, dyspepsie et consomption*, Paris, 1854, Labé, et mon article *Sur la pepsine et Galien* (*The Lancet*, June 18, 1859), dans lequel sont indiqués *tous les travaux français ou étrangers*, qui, depuis mon mémoire, ont paru sur ce sujet et ont confirmé cliniquement une à une toutes mes assertions; 30,000 malades par mois, guidés par des médecins instruits, profitent aujourd'hui de cette découverte.

Malgré les découvertes anatomiques de Wirsung, de de Graaf, de Santonini, etc., il y a vingt ans, comme au temps d'Hippocrate, la science était si ignorante sur les fonctions du Pancréas, qu'une encyclopédie des sciences médicales hautement et justement estimée alors en France (*Dictionnaire de médecine* en 30 volumes) pensait lui accorder une haute faveur, risquer même une audacieuse hypothèse, en consacrant à la physiologie de cet organe les trois lignes suivantes :

« LE PANCRÉAS SÉCRÈTE UN LIQUIDE FILANT, ANALOGUE A LA SALIVE QUI EST VERSÉE DANS LE DUODÉNUM, ET DONT LES USAGES SONT RELATIFS A LA DIGESTION, » 23e vol., p. 67, et tout était dit.

Comme au temps d'Hippocrate c'était l'ignorance absolue, quand tout à coup Spallanzani a des successeurs; un nouvel organe qui va se constituer l'émule et l'égal de l'estomac se révèle, et, dès son début, tend à dominer la seconde digestion.

Valentin, en 1844, extrait et dissout le suc pancréatique du pancréas par l'infusion de la glande dans l'eau; il reconnaît et annonce que ce suc transforme rapidement L'AMIDON des aliments en glycose; Sandras et Bouchardat (1845) expérimentent et déclarent également que LE SUC PANCRÉATIQUE A POUR USAGE DE DIGÉRER LES SUBSTANCES FÉCULENTES DES ALIMENTS.

Éberlé, en 1834, extrait aussi, par infusion, le suc pancréatique de la glande, constate qu'elle émulsionne les aliments gras, et écrit que le suc pancréatique A POUR MISSION DIGESTIVE D'ÉMULSIONNER LES GRAISSES AFIN DE LES FAIRE ENTRER PAR ABSORPTION DANS LE CHYLE. M. Bernard confirme, dix ans plus tard, cette découverte par de nouvelles et précieuses recherches.

Enfin, Pukinje et Pappenheim, en 1836 (peut-être précédés par le même Éberlé), déclarent que par l'infusion du pancréas ils ont pu extraire une portion du suc de la glande, et que ce suc pancréatique, artificiellement obtenu, DISSOUT LES ALIMENTS ALBUMINOÏDES EUX-MÊMES.

Quels changements en peu d'années dans la physiologie et la seconde digestion!

Trois sortes d'aliments, on le sait, les féculents, les gras et les azotés ou albuminoïdes, sont nécessaires.

Mais les aliments n'entretiennent la vie que lorsqu'ils ont été modifiés par la digestion et devenus nutriments.

Ces trois sortes d'aliments sont inégalement faciles à digérer.

Les aliments gras sont ceux qui éprouvent avec le moins de difficulté les transformations que la digestion est appelée à leur faire subir. Il suffit, en effet, qu'ils soient divisés, émulsionnés en un mot; la bile, le suc pancréatique, les simples alcalis chimiques, etc., peuvent, à défaut de suc digestif, remplir ce but.

Aussi, lorsqu'on meurt par le pancréas, est-ce par toute autre raison que par le défaut d'émulsionnement, de division des graisses alimentaires.

Les aliments féculents, pour être utilisés par l'organisme, sont appelés à leur tour à être transformés par la digestion en dextrine et en sucre; mais cette digestion est encore très élémentaire; presque jamais l'économie ne la manque.

D'ailleurs, si l'usage du pain cuit, rôti, grillé, celui des sucres, est si répandu, c'est précisément qu'ils présentent à l'homme comme des aliments féculents ARTIFICIELLEMENT DIGÉRÉS; cet usage fournit, en effet, à l'absorption de la dextrine et du sucre en nature (1).

En un mot, la digestion des aliments gras et féculents est très simple; la cuisson, la chimie, sont presque aussi également puissantes que les forces de l'économie à l'effectuer.

La digestion des substances azotées est bien plus élevée.

Aussi la digestion de ces aliments n'est-elle point seulement confiée à un vaste et puissant organe, l'estomac, elle l'est aussi au pancréas.

Si le pancréas, en effet, a véritablement droit à une place hiérarchique très haute dans l'économie, c'est non pas à cause des graisses qu'il émulsionne ou des fécules qu'il saccharifie, *œuvres faciles que la cuisine et ses dérivés industriels accomplissent à profusion*, c'est parce qu'il est appelé, suivant nous, au grand rôle d'assurer la digestion des aliments azotés, quand bien même, sous des influences diverses, l'estomac viendrait à se montrer à cet égard insuffisant ou inhabile.

Nous développerons expérimentalement sous peu de jours combien, pour ce but élevé, le pancréas se trouve étroitement et indissolublement lié, par des lois de coordination fonctionnelle, à son prédécesseur organique (ce dont nous avons l'an dernier donné l'expression sommaire) (1), et en quoi la fonction gastrique se trouve grandement nécessaire pour que la pancréatique entre ellemême en jeu.

Ce fut en 1836 que Purkinje et Pappenheim, d'après leurs expériences, émirent cette opinion inattendue, que le suc pancréatique, pris à la glande par infusion, dissolvait les matières albuminoïdes; Spallanzani n'avait point fait une plus grande découverte!

Cependant, tant les vérités les plus importantes ont de la peine à se faire jour, la plupart des physiologistes portèrent contre elle un verdict de condamnation qui dura vingt ans.

(*La suite à un prochain numéro.*).

(1) Les malades qui sont à l'usage des tisanes diversement sucrées, miellées, etc., ne font autre chose que mettre en usage une méthode de digestion artificielle élémentaire. Ces sujets seront développés en leur temps.

III

CORRESPONDANCE.

Purpura aigu.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Le compte rendu de la séance du 20 avril 1860 de la Société de médecine du département de la Seine, publié dans le n° 27 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, rapporte en quelques traits sommaires l'histoire de trois cas de purpura que j'ai observés dans le courant de l'année dans le service de M. Worms, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Parmi ces trois observations, la suivante me semble particulièrement intéressante au point de vue de la marche et du mode de terminaison de la maladie, et mérite peut-être d'être connue dans toute son étendue.

OBS. Legrand, brigadier au 5e escadron du train, âgé de vingt-cinq ans, au service militaire depuis quatre ans, d'une constitution très vigoureuse, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade.

Il a quitté Châteauroux avec son escadron le 2 août 1859, et est venu en chemin de fer au camp de Saint-Maur.

Le lendemain de son arrivée, il est allé à Paris, et, s'étant égaré le soir en retournant au camp, il a dû coucher dans les champs; deux jours après, il a eu une angine qui a duré deux jours et s'est terminée par l'ouverture d'un petit abcès de l'un des piliers du voile du palais.

Il avait repris son service depuis quelques jours et se portait parfaitement le 15 au soir; il avait passé la soirée à la cantine avec des amis, mais ne s'y était pas enivré.

Il se coucha et fut réveillé à deux heures du matin par une douleur tellement vive dans les deux genoux, qu'elle rendait tout mouvement des extrémités inférieures impossible. Une douleur analogue existait dans les reins.

Cet état persista toute la journée suivante. Le surlendemain 17 août, le bras droit devint douloureux.

Le malade est apporté à l'hôpital dans la matinée du 17.

Les douleurs articulaires sont générales; il n'y a pas de tuméfaction appréciable.

Le pouls est élevé, large, dur, à 95.

Peau moite, langue blanche.

La nuit du 17 au 18 est assez bonne; les douleurs lombaires sont moindres. Le bras droit et les genoux sont très douloureux. Peu de sueurs; urines très rouges et sédimenteuses.

(1) Voy. *loc. cit.*, *Sur la digestion pancréatique intestinale* (*Gazette hebdomadaire*, 1859, t. VI, p. 450, et t. VI, p. 442).

19. Douleurs articulaires générales très vives. Sueurs abondantes, urines rouges, fièvre modérée.

20. Même état. Bras droit légèrement tuméfié et douloureux à la pression.

21. Le malade est immobile, les mouvements des bras et des jambes sont impossibles.

Jusqu'à ce moment l'affection semblait être de nature purement rhumatismale et avait été traitée comme telle; mais dans la soirée précédente, il s'est produit sur le moignon de l'épaule droite une tache ecchymotique d'un noir sombre entourée d'un cercle cramoisi. Les bords en sont très irrégulièrement déchiquetés; sa forme est celle d'un triangle à côtés égaux de 10 centimètres. La tache repose sur un fond un peu tuméfié et douloureux à la pression.

Une ecchymose semblable existe à la face postérieure du bras gauche.

Les deux membres sont immobiles et gonflés.

Dans le creux du jarret droit existe une tache étendue jaunâtre ayant l'aspect d'une ecchymose ancienne et sur le point de disparaître.

Sur l'abdomen, quelques petites taches d'un rouge foncé, très discrètes et de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le pouls est toujours élevé, plein.

Un peu de stomatite ulcéreuse sans aucune hémorrhagie.

Sueurs très abondantes dans la nuit du 21 au 22.

22. Pouls plein, résistant; le malade n'a pas dormi, la transpiration a été abondante pendant la nuit.

La face est vultueuse; le bras gauche est énormément tuméfié et douloureux. L'ecchymose de la face postérieure s'est étendue davantage. Le coude est rouge.

Il s'est produit depuis hier un assez grand nombre de petites ecchymoses d'un rouge foncé sur l'abdomen et le thorax.

La rougeur et la tuméfaction du bras gauche s'étendent jusqu'au poignet. Quelques veines superficielles de l'avant-bras sont distendues.

Sur la paupière supérieure gauche il s'est développé une ecchymose entée sur de l'œdème; sur la rotule gauche une plaque rouge non encore ecchymosée.

Toute la face externe de la cuisse gauche et celle de la cuisse et de la jambe droites sont rouges, tuméfiées et très douloureuses au toucher; elles ne présentent *pas de traces* d'ecchymoses.

Le cœur et toutes les artères appréciables au toucher battent normalement.

La pression du larynx et des régions parotidiennes est douloureuse.

Pouls plus petit que hier, dépressible, à 100.

M. Worms prescrit 4 grammes d'acide sulfurique concentré dans une décoction de 300 grammes de graine de lin, et 1gr,50 de sulfate de quinine.

23. Le malade a dormi et se trouve mieux ce matin; la face est vultueuse et rouge. L'œdème de la paupière est diminué.

L'intelligence est parfaitement nette.

Fièvre vive, pouls dur, élevé, à 100.

La tuméfaction des deux bras est augmentée. Une nouvelle ecchymose de la grandeur d'une pièce de cinq francs existe sur la face interne du bras gauche, au-dessous de la première.

Les petites ecchymoses abdominales ont considérablement augmenté; elles atteignent la grandeur d'une lentille et reposent sur un fond tuméfié.

Sur la grande ecchymose de l'épaule droite, il existe quelques petites phlyctènes.

Urines très rouges briquetées, sédimenteuses. 3 grammes d'acide sulfurique et 1gr,50 de sulfate de quinine.

24. L'amélioration est sensible, la face est moins rouge. L'œdème de la paupière a presque complétement disparu; l'intelligence est nette.

Moins de fièvre. Pouls à 95, moins dur. Les ecchymoses des deux bras sont recouvertes de phlyctènes plus ou moins grandes. Il s'en écoule une sérosité claire, rougeâtre.

Les deux bras sont encore très gonflés, très douloureux; ils ont acquis le double de leur volume normal.

La face postérieure de l'avant-bras gauche présente la coloration jaune d'une ecchymose ancienne.

Sur le ventre et le thorax, le haut des cuisses, il y a de nombreuses taches rouges élevées et entourées d'un cercle cramoisi; quelques-unes ont l'étendue d'une pièce d'un franc.

La rougeur des cuisses a disparu et est remplacée par la coloration ecchymotique jaune.

Urines plus claires.

On prescrit 2 grammes d'acide sulfurique et des fomentations d'alcool camphré.

25. La face est presque normale.

Les deux bras sont presque complétement revenus à leur volume; ils sont très mobiles et peu douloureux à la pression.

L'épiderme est soulevé sur les grandes ecchymoses, qui sont dures et mortifiées.

Les taches sur le ventre et le thorax sont beaucoup plus claires que hier.

Sur le dos il existe une éruption de vésicules miliaires, les unes transparentes, les autres blanches.

La cuisse droite est revenue à son état normal. La gauche est encore un peu douloureuse.

On prescrit 2 grammes d'acide sulfurique et 1gr,50 de sulfate de quinine.

26 août. Pas de fièvre ce matin, pas de nouvelles taches, les anciennes se décolorent sur l'abdomen et le thorax.

Les petites phlyctènes qui couvraient les grandes ecchymoses se sont confondues et forment de grandes bulles.

Les bras et les cuisses ne sont plus gonflés.

Le malade a pu s'asseoir dans un fauteuil.

27. Les grandes ecchymoses se décolorent, les petites sont revenues à une teinte rosée. État général excellent, le malade demande à manger.

28. La convalescence est établie. Les ecchymoses abdominales et thoraciques présentent l'aspect de syphilides cuivrées.

29. La grande ecchymose de l'épaule droite est très dure, son bord se soulève et se détache sous forme d'une eschare assez épaisse.

Sur le bras gauche l'eschare commence à se détacher également et découvre une plaie rouge de bon aspect.

30 et 31. État général normal; le malade se lève et se promène. Les plaies ne sont pas douloureuses.

1er septembre. Les eschares sont tombées en découvrant des plaies profondes et déchiquetées.

2. La santé générale est excellente; les plaies suppurent et marchent vers la cicatrisation.

10. La cicatrisation des plaies se fait progressivement. Le malade mange les trois quarts et se porte à merveille.

15. Sort parfaitement guéri.

Les cas de purpura aigu simulant dans leur invasion le rhumatisme articulaire aigu, ne sont pas très rares. Schœnlein en a fait une classe spéciale qu'il a décrite sous le nom de péliose rhumatismale. M. Hebra (de Vienne) en a fourni quelques observations, les qualifiant également de purpura rhumatismal. L'excellente thèse de M. Bucquoy présente une observation (n° 6) que l'on pourrait à bon droit ranger dans cette catégorie. L'observation n° 153 du *Traité des maladies de la peau*, de M. Rayer, offre encore l'exemple d'une invasion subite avec douleurs articulaires chez un sujet vigoureux.

Mais si la forme aiguë rhumatismale se rencontre quelquefois, je dois dire que je n'ai pu trouver aucune observation de purpura fébrile, dans laquelle l'hémorrhagie sous-cutanée ait déterminé la mortification des ecchymoses, comme cela est arrivé chez notre malade.

Dr Jules Worms.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques questions de syphilographie,
par le docteur Galligo.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le n° 52 de la Gazette hebdomadaire (année 1859), que vous dirigez avec tant de succès, je trouve un rapport concernant mon ouvrage sur les maladies vénériennes, dont vous eûtes l'extrême obligeance de donner lecture à la *Société de médecine du département de la Seine*. Je vous remercie infiniment pour l'extrême bienveillance avec laquelle vous avez accueilli mon modeste travail, et avec laquelle vous avez demandé à cette savante Société mon admission comme membre correspondant.

C'est avec raison que vous me reprochez d'avoir poussé trop loin mon opposition, sur quelques points de syphilographie, contre M. Ricord, et je conviens n'avoir pas toujours su conserver le sang-froid indispensable dans des questions d'une si haute importance. Permettez-moi de vous dire aujourd'hui à quelles opinions m'a conduit sur quelques points essentiels une expérience plus mûre et plus réfléchie.

I. — *Localisateurs et infectionnistes.*

Pénétré de principes de pathologie qui m'empêchaient de comprendre comment la syphilis primitive, et surtout les chancres, peuvent être considérés comme des maladies *purement locales* et *inflammatoires*, j'ai cherché à mettre en rapport mes idées avec les faits cliniques des auteurs et les miens; j'ai vu que la doctrine de la *pure et simple localisation* ne répondait pas bien aux faits cliniques et à l'analogie qui existe entre la syphilis et d'autres maladies contagieuses. Ces idées étaient inspirées par l'inconstante efficacité de la méthode *ectrotique*, à l'effet de prévenir les phénomènes consécutifs, et par l'incubation plus ou moins longue précédant les formes syphilitiques primitives.

J'exprimais ces idées dans la première édition de mon ouvrage sur les maladies vénériennes, publiée en 1849, et dans la seconde de 1852, qui ne diffère de la première que par les suppléments sur le *pemphigus syphilitique* chez les enfants, par un mémoire sur la *syphilisation*, et enfin par un autre *sur quelques tumeurs spéciales du pénis*, matières jusqu'alors peu discutées par les auteurs. Mon dernier mémoire est de la même nature et de la même importance que celui que M. le docteur Lagneau fils a écrit *sur les tumeurs syphilitiques linguales*, et que vous avez publié l'année dernière dans votre honorable journal.

Mon ouvrage sur les maladies vénériennes a reçu en Italie, ainsi qu'à l'étranger, un accueil bien au-dessus de son mérite. M. le docteur Vidal (de Cassis) me félicita sur les idées que j'y avais émises; mais en propageant mes idées en France par son *Traité sur les maladies vénériennes*, il ne crut même pas devoir citer mon nom; manière de procéder que je trouve étrange chez un homme d'un esprit aussi distingué. En Italie, M. le docteur Gamberini fit des objections à la doctrine que je soutenais, par rapport à l'infection dans les phénomènes vénériens dits primitifs. Mais, afin de soutenir ma thèse, je réclamai contre ces objections par une lettre qui fut imprimée dans la GAZETTE MÉDICALE DE TOSCANE en 1850.

En réfléchissant ensuite sur les raisonnements de M. le docteur Gamberini et en étudiant impartialement les LETT. SUR LA SYPHILIS du célèbre M. Ricord, et le savant et profond livre intitulé : NOUVELLES DOCTRINES SUR LA SYPHILIS, par M. Diday, je m'aperçus que la doctrine que je soutenais, quoique renfermant des idées justes, n'était cependant pas toujours et constamment en rapport avec la vérité des faits cliniques. Les idées répandues par moi venaient, comme je viens de le dire, de l'analogie et des observations cliniques, depuis la remarque que j'avais faite que la prompte guérison des chancres n'empêchait pas l'apparition des phénomènes consécutifs, que j'avais vu naître non-seulement après les *chancres*, mais aussi à la suite de *blennorrhagies*, et aussi (bien que rarement) à la suite du *bubon d'emblée*.

Lorsque j'écrivais mon ouvrage, bien que M. Ricord eût établi la différence qui existe entre les *chancres mous* et les *indurés*, on n'avait cependant pas donné à cette distinction toute l'importance voulue. Je me plais à reconnaître que la *doctrine de l'infection*, qui généralement renferme des germes de vérités palpables, devait amener la syphilographie dans une voie très féconde. Les ouvrages de MM. Ricord, Bassereau, Clerc, Fournier et d'autres sur le *chancre mou* ou *cancroïde*, sur le *chancre induré ou infectant*, qui marquèrent une nouvelle ère dans la syphilographie moderne, prouvent la vérité de cette assertion. Parmi ces auteurs, quelques-uns jugèrent le *chancre mou* comme un chancre spécial produit par un virus *generis sui*, et incapable de produire la syphilis consécutive, tandis qu'ils soutinrent que le *chancre induré* était dû à un virus spécial constituant à lui seul la *syphilis consécutive* et pouvant en reproduire les phénomènes les plus variés; c'est de là, ainsi que vous me l'enseignez, que viennent les *doctrines des dualistes*. Quelques *unicistes*, tout en étant d'avis que le *chancre mou* est une maladie *simplement locale* et incapable de produire les phénomènes consécutifs, considèrent cependant le *cancroïde*, non pas comme constituant une différence essentielle, mais comme un caractère spécial que le chancre prend lorsqu'il se déclare chez les individus ayant déjà été atteints de syphilis. Vous savez que le savant syphilographe de Bruxelles, M. Thiry, n'admet de *nature syphilitique* que dans le *chancre induré*, idée qui est d'ailleurs celle de MM. Ricord et Diday.

Tout en croyant généralement à la vérité de ces doctrines, et bien que l'expérience m'ait démontré, grâce à des recherches minutieuses, que le *chancre mou* est *bien souvent* produit par un chancre de la même nature, et qu'ordinairement il ne produit pas de phénomènes consécutifs, tandis que le *chancre induré* prend son origine d'un chancre de la même espèce et qu'il est celui qui le plus souvent engendre et produit les phénomènes consécutifs, toutefois je ne puis pas entièrement accorder que *ces lois* ne soient invariables. De même que je conviens que le *chancre mou* produit *généralement* pas la syphilis, et que l'*induré* l'engendre presque toujours, j'ai néanmoins observé, ainsi que M. Gamberini, que le processus *chancreux* commence quelquefois avec toutes les apparences du *chancre mou*, puis aboutit au chancre *induré*, et amène la syphilis, comme j'ai aussi vu celle-ci se produire par le chancre mou. Je ne passerai pas sous silence que dans certains cas tout à fait *exceptionnels*, j'ai remarqué que le *chancre induré* accompagné d'engorgements pluriglandulaires, laissé sans aucun remède spécial, n'a cependant pas amené de phénomènes consécutifs. Ne croyez pas pour cela, mon cher et honoré confrère, que je veuille détruire tout à fait les principes établis par M. Ricord, car je les crois, au contraire, très importants, puisqu'ils sont établis sur les bases de la clinique. Je ne suis pas non plus loin de croire que le *chancre mou* ou *cancroïde* puisse quelquefois n'avoir aucun caractère syphilitique, et qu'il soit *d'une nature toute particulière*, caractérisée par la production de quelques cryptogamies que les progrès de la micrographie nous feront peut-être connaître un jour. Peut-être le *chancre phagédénique* est-il de cette nature? Le but qu'il importerait essentiellement d'atteindre par des études profondes est celui de bien préciser le diagnostic de ces quelques chancres mous qui, contrairement à ceux qui leur sont analogues, en diffèrent cependant en ce qui touche leur aptitude à produire la syphilis. Ces réflexions, tout en ne diminuant pas l'importance des savantes études et des principes de M. Ricord, ni la reconnaissance qui lui est due par ses collègues et par l'humanité entière, nous amènent à admettre, du moins en Italie, que ces principes ne sont pas tout à fait exempts d'exceptions, comme ils semblent l'être en France, selon M. Ricord.

II. — *Du bubon d'emblée.*

Le bubon d'emblée ne se présente réellement pas souvent, et il est on ne peut plus facile et fréquent de commettre à cet égard des erreurs de diagnostic. Depuis onze ans que je me suis voué presque exclusivement à cette partie de la médecine, je vous avouerai que bien des fois je me suis trompé à cet égard en qualifiant comme *bubons d'emblée* certains engorgements glandulaires de la région inguino-crurale, et qu'en examinant attentivement le malade, je m'apercevais que le *prétendu bubon d'emblée* venait de *petites ulcérations* et de *quelques plaies* qui siégeaient à la région de l'anus et aux muqueuses génito-urinaires aussi bien qu'aux doigts des pieds. Bien des fois mon erreur venait de ce que je m'en rapportais avec trop de confiance aux aveux des malades, chez quelques-uns desquels je m'apercevais ensuite de la présence de cicatrices ayant tout le caractère de celles des *chancres indurés;* c'est pourquoi, en les interrogeant de nouveau, ils m'avouaient eux-mêmes avoir été atteints d'un petit chancre dont ils étaient guéris promptement bien avant la déclaration du bubon en question. Depuis mon voyage à Paris en 1858, et après avoir longuement discuté sur ce sujet avec mon excellent et savant ami M. Ricord, j'ai ensuite *scrupuleusement* examiné sans le moindre esprit de parti et avec circonspection les malades qui se présentaient à moi comme étant atteints du bubon d'emblée, et je ne vous cacherai point que j'ai dû me convaincre qu'il était facile d'être induit en erreur dans certains cas, si l'on ne fait pas les recherches les plus minutieuses.

Cependant je dirai aussi que, dans les deux cas de *bubons d'emblée*, suivis de phénomènes consécutifs, dont j'ai fait mention dans

mon livre *Sur les maladies vénériennes*, il ne me fut pas possible, malgré mes recherches, de trouver la moindre lésion, ni antérieurement à mon examen, ni au moment de celui-ci, qui pût contredire mon opinion. Depuis mon retour de Paris jusqu'à ce jour, six exemples de *bubons d'emblée* se sont présentés à mon examen, dont deux furent suivis de syphilis générale, caractérisée par une rougeole syphilitique, par des plaques muqueuses aux lèvres et à la région du pharynx chez un de ces individus, tandis que chez un autre les phénomènes constitutionnels étaient représentés par un psoriasis palmaire et par une rougeole très marquée occupant la région antérieure du thorax. Dans les quatre autres cas, il n'y a eu jusqu'ici aucune apparence de phénomènes consécutifs, et, n'ayant pu pratiquer les inoculations, je ne puis affirmer l'exactitude de mon diagnostic. Mon savant confrère, M. le docteur Gamberini, aurait aussi observé *quatre cas de bubons d'emblée* suivis de phénomènes consécutifs.

On peut déduire de tout ce que nous avons dit jusqu'ici sur ce sujet : 1° qu'en Italie, quoique rarement, on a toutefois quelques exemples de vrais bubons d'emblée suivis de phénomènes consécutifs; 2° que l'on doit accorder une grande valeur aux observations de M. Ricord, quant à la facilité de se tromper dans le diagnostic de ces bubons, en ayant moi-même la preuve; 3° qu'il est nécessaire d'instituer des statistiques exactes, minutieuses et rédigées sans esprit de parti pour savoir si, même dans les cas de bubons d'emblée suivis de syphilis, ils n'ont pas été précédés, à des époques plus ou moins rapprochées, de phénomènes *chancreux* caractéristiques que les malades nous ont cachés; 4° qu'enfin on doit tenir grand compte sur ce sujet des intéressantes études de M. Ricord, d'autant plus que ce ne serait pas une contestation faite aux principes généraux de ses doctrines, du moment que ces exemples seraient cités comme tout à fait exceptionnels.

(La fin à un prochain numéro.)

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

M. *Ancelet* adresse de Vailly-sur-Aisne un mémoire intitulé : *De l'indigestion des graisses considérées spécialement au point de vue des affections du pancréas.* — Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de mettre en présence certains faits pathologiques et les résultats des expériences instituées sur les animaux vivants dans le but d'étudier l'action des liquides pancréatiques. Suivant lui, ces derniers résultats seraient susceptibles d'une double interprétation, et par conséquent moins concluants qu'on ne l'a supposé.

M. *Mondet* soumet au jugement de l'Académie un mémoire *Sur la scillitine, ses caractères, sa préparation et son emploi en thérapeutique.* — L'auteur annonce être parvenu à isoler deux principes actifs jusque-là confondus par les chimistes qui se sont occupés de la scille : un principe irritant ou vénéneux qu'il désigne sous le nom de *skuléine*, et un autre, la *scillitine*, incapable de produire les accidents qui suivent quelquefois l'administration des préparations scillitiques et jouissant à un haut degré de propriétés expectorales et diurétiques. (*Comm.:* MM. Chevreul, Bussy.)

M. *Tardy* envoie une addition à son *Mémoire sur la physiologie de l'homme, et en particulier sur la physiologie universelle.*

En mêlant de la garance aux aliments ordinaires d'une poule pondeuse, M. Joly a obtenu des œufs dont le contenu renfermait une assez grande quantité d'*alizarine* ou de *purpurine* pour qu'il parût, le blanc surtout, sensiblement rosé. Bien plus, la coque elle-même offrait une teinte rougeâtre plus ou moins prononcée, surtout à sa surface extérieure.

Il conclut de là :

1° Que le sang qui porte à l'ovaire les matériaux de l'œuf y porte aussi le principe colorant dont il est chargé;

2° Que la membrane muqueuse de l'oviducte est elle-même imprégnée de ce principe.

L'examen direct de cette membrane fit voir qu'elle était, en effet, très légèrement rosée; mais cette teinte était infiniment moins prononcée que celle du jabot, et surtout que celle du gésier, dont la muqueuse était, *dans toute son épaisseur*, d'un rouge cramoisi aussi foncé que celui du pantalon de nos soldats.

M. Joly ajoute que, contrairement à ce qu'a vu M. Flourens, il possède la mâchoire d'un chien dont les dents elles-mêmes sont colorées d'un beau rose, tant sur leur partie éburnée que sur l'émail, qui offre seulement une teinte un peu moins foncée que l'ivoire.

CHIRURGIE. — *Adaptation à la canule du trocart d'une sonde spéciale dans l'opération de l'empyème et de la paracentèse*, par M. *Emmanuel Rousseau*. (Extrait.) — L'oblitération de la canule qui reste dans la plaie pour favoriser l'écoulement force à faire usage du stylet ou de la sonde. Préférablement à la sonde cannelée qui peut causer des déchirures, et au stylet qui peut blesser en piquant, je fais usage d'une sonde droite, unie, percée de deux ouvertures latérales et parfaitement adaptée au calibre de la canule dans laquelle elle glisse et s'introduit sans effort ni secousse. Arrêtée doublement par un renflement à sa base et par un anneau au moyen duquel il est facile de la fixer, elle ne peut entrer trop profondément dans la plaie; l'anneau sert également à la diriger et à la ramener au dehors.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Masson* sur une épidémie de variole qui a régné à Plombières en 1859 et 1860. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Lemaire* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1859 et 1860 dans le village de Guichy (Nièvre). — *c*. Un rapport de M. le docteur *Palanchon* sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans les environs de Cuisery (Saône-et-Loire) pendant le premier semestre de 1860. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Jacquot* sur une épidémie de variole qui a régné à Raon-l'Étape et à la Neuville, arrondissement de Saint-Dié. — *e*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département de l'Hérault, par M. le docteur *Carrière*. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Bourguet* sur des vaccinations faites avec du cowpox provenant des inoculations faites récemment à Toulouse. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un mémoire, accompagné de pièces, sur l'injection de la tête dans les embaumements, et sur les préparations anatomiques avec la forme, le volume et la couleur des organes, par le docteur *Suquet*. (*Comm.* : MM. Cloquet, O. Henry, Robinet, Robert et Denonvilliers.) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Magnus Huss* (de Stockholm), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger. — *d*. Une note de M. *Mathieu* sur un nouveau bras artificiel,

M. *J. Charrière* présente à l'Académie un instrument qu'il a fabriqué d'après les indications de M. le professeur Nélaton, et destiné à extraire de la vessie les corps étrangers minces et résistants.

Cet instrument se compose d'une pince à deux branches glissant dans une forte canule en acier, cette dernière est taillée en bec de flûte à son extrémité. Des deux branches de la pince l'une est plus longue et a la forme d'un crochet, celui-ci saisit le corps étranger et le maintient, puis on ferme la pince en la faisant glisser, le corps étranger bascule et vient se loger dans la fente de la canule.

A. Instrument vu fermé pour l'introduction.
B. Pince à deux branches vue ouverte.
C. Passe-lacet vu saisi et basculant.
D. Gouttière pratiquée dans la canule en acier.
E. Passe-lacet vu saisi pour la sortie.

M. le *Secrétaire* annuel, en l'absence de M. le secrétaire perpétuel, donne lecture d'une lettre de M. Piorry, que nous transcrivons :

« Monsieur le président, désirant éviter de prendre de nouveau la parole sur la grave question actuellement agitée dans le sein de l'Académie, je vous prie de vouloir bien communiquer à l'honorable compagnie les très courtes réflexions que voici :

» Trois des professeurs de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, MM. Bouillaud, Trousseau et Piorry, probablement aussi le quatrième, M. Rostan, admettent avec quelques variantes les propositions suivantes :

» Un être organisé vivant est composé d'organes matériels accomplissant des fonctions, et utilisant pour le faire les agents divers de la nature.

» Les propriétés dites vitales sont les propriétés de ces organes vivants et sont en rapport avec la structure de ceux-ci.

» Il existe dans cet être organisé un point de départ primitif que les uns appellent âme, les autres psychatome, etc., et qui ne peut communiquer avec le monde extérieur que par la médiation des organes.

» C'est donc sur ceux-ci et non pas sur la vie, sur les forces vitales abstractivement considérées, que la thérapeutique peut agir. Ainsi l'hypothèse d'une vie existant indépendamment de l'organisation, indépendamment aussi du moteur primitif de cette organisation, et sur laquelle on devrait diriger des moyens thérapeutiques, est sans fondement et n'est pas admise par l'école de Paris.

» Ce sont là les opinions que j'ai depuis longtemps formulées, et qui maintenant paraissent généralement adoptées.

» Pour moi seulement l'âme, le psychatome, est le point de départ de la formation organique, ce qui, en médecine, peut ou non être admis sans inconvénient.

» Veuillez recevoir, monsieur le président, etc. »

M. *Trousseau* déclare, sans vouloir protester d'une manière absolue contre les principes énoncés dans la lettre de M. Piorry, que ni M. Bouillaud, ni lui, n'ont aucune part à cette lettre.

M. *Cruveilhier*, au nom de l'auteur, fait hommage à l'Académie d'un volume de M. Deleau sur les applications thérapeutiques du perchlorure de fer.

M. *Civiale* demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour présenter une courte explication relative aux communications faites à l'Académie par M. Ségalas dans la dernière séance. M. Civiale déclare que son intention était, dans la note qu'il a lue récemment, de s'occuper exclusivement des corps mobiles se déplaçant dans l'urèthre, soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière ; qu'en indiquant la contractilité uréthrale comme une puissance motrice, il n'a pas méconnu, comme M. Ségalas a semblé le croire, les autres moyens d'impulsion dont il a même indiqué les principaux ; enfin, que si M. Ségalas a fait des observations différentes des siennes, s'il a vu, par exemple, un corps situé près du méat urinaire disparaître pendant la turgescence du pénis et reparaître ensuite, il n'y a là rien de surprenant, mais que cela ne prouve pas ce que M. Ségalas a voulu établir.

M. le *Président* annonce que dans la séance de mardi prochain l'Académie se formera en comité secret après le dépouillement de la correspondance pour entendre le rapport de la commission des élections sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura.

M. *Gibert*. Je me garderai bien, messieurs, de prolonger une discussion dont le rapport académique de M. Devergie n'aurait assurément pas dû fournir le prétexte, mais que l'éloquence un peu aventureuse du savant professeur de thérapeutique est venue provoquer. Invité à formuler nettement son opinion sur le vitalisme et l'organicisme, qui ont toujours partagé et partageront toujours les médecins en deux camps opposés... M. Trousseau s'est empressé de déclarer qu'il n'était point *animiste*.

Si l'éloquent orateur s'était borné à dire, avec le restaurateur de l'hippocratisme moderne, qu'il ne croyait ni utile ni convenable de faire intervenir l'âme dans nos débats physio-pathologiques, je n'aurais qu'à louer sa parole et à m'y associer. Mais, lorsqu'il s'écrie (ajoutant le cynisme de l'expression à la hardiesse de la pensée) que l'âme ne se mêle en aucune façon de ce qu'il a appelé *le pot-au-feu* de l'économie..., je me permettrai de lui faire observer qu'il n'en sait absolument rien.

L'union de l'âme avec le corps est et sera toujours un mystère, malgré tous les efforts des savants pour l'éclaircir ou le pénétrer.

La grande erreur de nos adversaires de l'école organique est de croire que nous prenons la vie comme une explication, tandis que nous nous bornons à l'adopter comme un fait. A la vérité, c'est un fait-principe qui a ses lois et ses conséquences..., mais, comme le veut notre savant et éloquent collègue M. Bouillaud, comme le recommandait le père de la médecine deux mille ans avant lui, nous nous efforçons toujours de les déduire de l'observation et de l'expérience.

La véritable question, qui n'a pas même été posée dans tout le cours de cette si longue discussion, et qui pourtant fait tout le fond de la division entre les vitalistes ou hippocratistes et les organiciens, c'est celle de savoir si la vie est *une cause* ou *un effet*. C'est de là que découle l'opposition en physiologie, en pathologie, en thérapeutique, entre les uns et les autres.

Les hippocratistes considèrent l'économie vivante comme animée par un *consensus*, un *enormon*, qui fait converger tous les actes de la vie vers un but commun, qui tend sans cesse à défendre le corps contre les agents physiques et chimiques, en se les assimilant ou en les annulant, au besoin ; qui cherche à rétablir l'équilibre des fonctions lorsqu'il vient à être troublé...., tandis que les organiciens purs ne voient dans l'homme qu'une mécanique plus ou moins perfectionnée, dont les dérangements matériels réclament à chaque instant les efforts réparateurs de l'artiste armé de toutes les ressources matérielles de la physique et de la chimie.

Pour faire cesser cette opposition en thérapeutique, un praticien dont le nom doit vous être encore présent, M. le docteur Renouard, vous proposait naguère de reconnaître avec lui que tout l'art de traiter les maladies peut être affranchi des théories physiologiques et pathologiques, puisqu'il ne repose, en définitive, que sur l'empirisme..., c'est-à-dire sur l'observation pure et simple des bons ou des mauvais effets de telle ou telle médication dans tel cas donné.

A l'appui de sa proposition, il vous montrait que tous les remèdes héroïques éprouvés sont également adoptés par tous les médecins, à quelque école qu'ils appartiennent et indépendamment de toute théorie vitaliste, organicienne, chimique, etc.; exemples : le quinquina, le soufre, le mercure, le baume de copahu, l'iodure de potassium, etc.

M. Bouillaud, dans le beau discours que nous avons tous écouté avec un si vif intérêt, s'est efforcé de nous prouver que les sciences physiques et chimiques revendiquaient une part importante dans la science de l'homme en général, et dans la médecine en particulier... Mais qui a jamais dit le contraire ? Est-ce que les anciens, dans leur langage énergique et pittoresque, n'appelaient pas le corps de l'homme un *microcosme*, c'est-à-dire un abrégé de tous les éléments, de tous les principes, de toutes les forces qui se retrouvent dans le monde matériel ?

Seulement, M. Bouillaud (et avant lui le représentant héroïque des connaissances physiques et chimiques dans cette enceinte, notre savant collègue M. Poggiale) est bien obligé d'admettre qu'il y a dans l'homme autre chose que de la mécanique, autre chose que de la physique, autre chose que de la chimie... Et cette autre chose, c'est la vie, *la force vitale*, qui si souvent se montre en opposition directe et formelle avec les forces physiques et chimiques.

M. Bouillaud s'étonne qu'on lui dise : *Faites-moi du sang*, et je croirai qu'il n'y a, en effet, dans le corps de l'homme que de la physique et de la chimie. Et il croit avoir répondu à cet argument en répliquant qu'avec les appareils de l'économie et les conditions de vitalité qui les animent, il lui sera facile d'en faire, du sang...

Mais qu'il veuille bien me permettre de lui dire, à mon tour, que son esprit, pourtant si intelligent et si élevé, se paye de mots dans cette circonstance, et que, par sa réponse même, il confesse le vitalisme comme distinct et supérieur à toutes les forces physiques et chimiques.

M. Poggiale, de son côté, nous oppose que la chimie a bien réussi à faire de l'*urée*. Mais qu'est-ce donc que l'urée ? Est-ce une matière douée de la vie? Évidemment non, ce n'est qu'un produit chimique.

En somme, et tout en reconnaissant mon infériorité en regard des savants orateurs qui ont pris part à cette discussion, je ne crains pas de poser en fait que le vitalisme est resté debout, puisque ceux-là même qui se sont efforcés de prouver l'omnipotence de la matière ont été contraints à reconnaître que les lois, les actes et les produits de l'économie vivante différaient de ceux de la nature morte.

Ajoutons, pour la thérapeutique en particulier, que les connaissances physiques et chimiques les plus perfectionnées n'ont jamais pu et ne pourront jamais nous fournir un seul remède sans l'intervention de l'observation clinique, seule apte à nous révéler expérimentalement ou *empiriquement* ce qui peut être utile ou nuisible au malade, indépendamment de toute théorie préconçue.

M. *Trousseau*. Je dois dire un mot sur l'animisme. Les plantes vivent et se reproduisent comme les animaux : jusqu'à ce qu'on me montre l'âme d'un potiron, je nie que l'âme ait rien à faire dans ces actes. J'admets avec saint Thomas et Aristote l'âme de l'homme et des animaux, c'est-à-dire un principe immatériel, mais qui reste étranger aux fonctions de l'organisme.

M. *Bouillaud*. M. Gibert s'imagine qu'il représente le vitalisme et que nous représentons un principe opposé. M. Gibert se trompe, et toute la question serait de savoir quel est le vrai vitalisme. Comme M. Trousseau, il n'est qu'un hérétique, si nous remontons à saint Thomas et à Stahl, qui admettent que l'âme préside également aux fonctions de la vie animale et de la vie végétative. Quant à moi, voici ma doctrine, j'admets l'âme avec tout le monde (c'est un article de foi), mais je ne puis en démontrer l'existence. Je trouve dans l'organisme, malgré son unité, deux ordres de phénomènes distincts : d'une part des phénomènes physico-chimiques, de l'autre des phénomènes psychologiques. Chacun de ces ordres de phénomènes a ses lois propres : de là les lois physico-chimiques et les lois psychologiques. Je suis vitaliste en ce sens que j'admets un principe qui régit nos actions, que nous ne saisissons que par la pensée, auquel nous croyons par la foi, et dont l'essence nous sera probablement toujours inconnue.

M. *Malgaigne*. Je craignais, avant d'aborder cette tribune, que l'Académie ne fût fatiguée par la longueur de ces débats; mais je vois qu'il n'en est rien, aussi me suis-je décidé à apporter dans la question le contingent que peut fournir la chirurgie.

Il est, ce me semble, un point qu'on a trop négligé : c'est le vitalisme. M. Gimelle, il est vrai, a fait une profession de foi vitaliste; M. Gibert vient d'en faire une autre; mais toutes deux sont trop concises, et je désire leur apporter en mon nom les développements qu'elles comportent. Je commence, en effet, par déclarer que je suis vitaliste. J'aurai par conséquent à discuter et à combattre la plupart des discours entendus jusqu'ici. M. Poggiale, le premier par la date, et non le dernier par le talent, se présente comme un redoutable adversaire des vitalistes. Il ne comprend pas comment on peut, avec un esprit élevé, être encore vitaliste; cela n'est possible, dit-il, que si l'on ne connaît ni les phénomèmes physiques, ni les phénomènes chimiques, ni la langue qui les représente. Aussi, ajoute-t-il, les vitalistes dédaignent les études physiologiques, ils préfèrent l'empirisme. M. Poggiale lui-même se doute-il bien de ce qu'est un vitaliste? Les vitalistes empiriques!... mais on leur reproche peut-être avec raison d'être un peu trop théoriciens.

Quant au mot *chimiâtre*, qui blesse si fort M. Poggiale, il a été créé par Sylvius de Boë pour désigner les partisans d'une secte, d'une doctrine médicale en vigueur de son temps. Quand M. Poggiale reste sur son terrain, il est chimiste et chimiste très distingué; mais du moment qu'il met les pieds sur le terrain de la médecine, et quelle médecine, il devient chimiâtre.

Nous assistons, je le crains, au réveil de l'école chimiâtrique. Il paraît qu'en Allemagne quelques hommes, relevant ce vieux drapeau, ne considèrent plus l'homme que comme une cornue, ne différant des autres que parce qu'elle se promène et peut même parfois s'asseoir à une tribune académique.

Comment, demande M. Poggiale, ne pas admettre que les corps composés qu'on trouve dans l'organisme sont le produit d'une réaction chimique, quand nous voyons tous les jours les chimistes les reproduire par simple synthèse? Je veux bien que la synthèse chimique ait fait d'immenses progrès dans ces derniers temps, mais elle n'a reproduit qu'un petit nombre de corps organiques. M. Poggiale ne demande, il est vrai, que quelques siècles pour qu'elle les compose tous. Soit, sans être aussi pressé que M. Gimelle, qui veut qu'on lui fasse du sang tout de suite, je répondrai avec M. Robinet, qu'on ne peut faire que des corps cristallisables, et rien de plus. Je pourrais même, pour employer un argument qui frappera peut-être davantage quelques esprits, répéter ce que me disait un autre chimiste : Donnez-leur, à ces faiseurs de produits organiques, du pain, de la viande, du vin, etc., tous les éléments d'un repas, qu'ils mettent tout cela dans leur cornue, et ils ne feront pas seulement de la..... matière fécale.

M. *Poggiale*. C'est inconvenant.

M. *Malgaigne*. Mais je suis beaucoup plus large, j'accorde à M. Poggiale qu'il fasse du sang, de la fibrine, de l'albumine, etc., il aura les matières premières, mais il n'aura pas les tissus; j'accorde même qu'il fasse des tissus, il les aura comme le cadavre les présente. Je vous livre ce cadavre; vivifiez-le! Il y a entre la vie et ce que peut faire la chimie tout un abîme dont cette science ne peut franchir les premiers degrés.

M. Poggiale a rappelé avec orgueil la théorie que Lavoisier a donnée de la chaleur animale. Mais cette théorie, imaginée par Lavoisier et perfectionnée par ses successeurs, ne repose que sur des calculs, et pas une seule expérience n'a été faite pour contrôler ces calculs. L'expérience, je l'ai faite, le sang se refroidit en passant dans le poumon; il se refroidit encore en traversant les capillaires des extrémités et de la tête. Il n'est qu'un seul point de l'économie, au sommet de l'abdomen, où le sang sort des capillaires plus chaud qu'il n'y était entré. Pour Dieu, physiciens et chimistes, disciples de l'expérience, faites donc des expériences!

J'ai pourtant trouvé dans le discours de M. Poggiale un petit passage qui contient un aveu précieux : « L'existence, dit-il, n'est qu'une suite de réactions chimiques qui se font sous la dépendance de la vie. » Voici donc la vie qui devient un fait d'un ordre supérieur.

M. Poggiale et moi, nous tombons d'accord. Pourtant ce n'est là qu'une distraction de M. Poggiale, car il admet que la machine une fois organisée, va toute seule et sans qu'on ait besoin de ce premier moteur. Mais quand donc est-elle organisée? Est-ce dès la fécondation? Est-ce pendant la vie embryonnaire, pendant l'enfance, pendant l'adolescence, etc.? Non, la machine s'organise sans cesse, par les efforts d'un chimiste intérieur qui travaille et organise jusque dans la vieillesse, jusqu'à ce que les forces physiques reprennent leur empire. C'est cet organisateur caché, qui pour nous est la force vitale; nous lui donnons ce nom au même titre que les physiciens et les chimistes donnent le nom *de force* à l'inconnu, qu'ils rencontrent lorsque, ayant remonté de phénomène en prénomène, ils ne peuvent aller au delà. La force vitale est cette force à laquelle nous attribuons tout ce qui n'est réductible, comme le disait Bérard, ni aux forces physiques, ni aux forces chimiques, et cette force une fois établie, nous en étudions les lois, comme Newton et Lavoisier étudiaient les lois des phénomènes physiques et chimiques. Cette méthode, que nous suivons, a été suivie de tout temps, c'est la méthode d'Hippocrate. Au VI[e] livre des *Épidémies*, attribué à son fils Thessalus, on lit : « La nature est le médecin des maladies; elle trouve par elle-même les voies et moyens sans qu'on les lui indique, sans l'avoir appris; sans qu'on la dirige, elle

fait ce qui convient. Voilà, messieurs, la formule de la grande loi vitale. Hippocrate et ses successeurs ne vont d'ailleurs pas plus loin que Newtou n'est allé plus tard ; ils ne se demandent pas si la nature existe par elle-même, si elle est unique ou si elle est double, etc. S'en tenant au mot de *nature*, à ce grand principe auquel tout revient, ils ont dit : *Confluxio una, conspiratio una, consentientia omnia;* admettant ainsi un grand tout, un microcosme dirigé et gouverné par une force unique. Mais on a voulu aller plus loin : à côté de cette force, on en a placé une autre, et l'on a fait intervenir l'âme. Saint Thomas et Stalh expliquent tout par l'âme immortelle; c'est elle qui dirige l'organisme, entretient la vic, et la mort ne résulte que de sa séparation d'avec le corps. Seulement, ils ne reconnaissent une âme qu'à l'homme et on peut leur objecter que les animaux qui vivent et meurent comme l'homme doivent aussi avoir une âme. M. Trousseau n'a pas reculé devant cette conséquence, et il a doué les animaux d'un principe immatériel libre et immortel.

M. *Trousseau*. Je n'ai pas dit *immortel*.

M. *Malgaigne*. Vous avez dit immatériel; je vous renvoie aux métaphysiciens qui vous prouveront que ce qui est immatériel est nécessairement immortel.

Immortel! Mais laissons ces questions qui relèvent plutôt de la Faculté de théologie, et qui n'ont rien à faire ici. J'arrive à une autre catégorie de doctrines, qui paraît triomphante aujourd'hui, qui ne veulent pas de la force vitale, et qui, rejetant par un puritanisme exagéré, jusqu'à l'expression de propriétés vitales, n'admettent plus que des propriétés organiques. Ces doctrines ont été soutenues énergiquement par M. Piorry, qui s'est cependant contenté d'en affirmer la supériorité sans s'arrêter à la démontrer. Je ne lui en fais pas un reproche. Ce n'eût pas cependant été unc peine perdue. Comment, en effet, juger une théorie? La meilleure est celle qui reud compte de tous les faits, qui les généralise, qui sait los convertir en lois, et qui ouvre le chemin à la découverte de lois nouvelles. Voyons donc à cet égard ce que vaut l'organicisme.

Ici, M. Malgaigne examine un certain nombre de passages du livre de M. Rostan sur l'organicisme, s'applique à démontrer que cette doctrine, d'une part, ne suffit pas pour rendre compte de tous les faits, et que, d'un autre côté, elle est forcée de recourir fréquemment à des hypothèses qui sont autant de concessions faites au vitalisme.

Par exemple, M. Rostan dit quelque part : « L'expérience la plus commune a fait voir à tout le monde qu'il existait souvent des désordres fonctionnels considérables là où on ne trouvait après la mort que de très légères altérations anatomiques, bien plus que dans quelques cas, rares à la vérité, on ne trouvait après la mort aucune espèce d'altération, aucun vestige de cause organique de la cessation de la vie. »

Ailleurs, il écrit : « Et maintenant, en considérant toujours comme un effet la lésion anatomique, quel effet plus que celui-ci est capable de faire reconnaître l'essence, la nature intime des maladies, autant du moins qu'il nous est permis de connaître l'essence de quelque chose? Les chimistes, les physiciens, connaissent-ils l'essence de la gravitation de l'électricité, du calorique? Non, certes, ils n'en connaissent que les effets. La chute des graves..., les attractions et les répulsions, voilà les phénomènes qui leur révèlent une cause, une puissance occulte, inconnue, qu'ils ont nommée attraction, électricité, calorique, etc. Eh bien! les lésions anatomiques sont l'équivalent pour le médecin. Elles lui dévoilent une *cause spéciale* qui a dû produire cet effet, et cela tout aussi souvent que les phénomènes physiques dont nous venons de parler révèlent aux physiciens la cause qui les fait naître. »

C'était donc bien la peine, messieurs, de créer une théorie de propriétés organiques pour en revenir à une cause, à une puissance occultes. Et que disons-nous autre chose? L'organicisme confesse lui-même son impuissance et en revicnt à la force vitale.

Sommes-nous donc d'accord? Non! En s'en tenant aux organes, puis s'en remettant à Dieu, ils sont comme les prédécesseurs de Newton, qui disaient : Le monde va comme Dieu l'a fait. Plus de lien, plus de lois générales, une pathologie morcelée, disloquée; que devient dès lors la thérapeutique?

Pour M. Rostan, elle repose surtout sur les altérations anatomiques. M. Piorry en vient à proscrire l'expectation. Il n'y a plus qu'à se précipiter sur la maladie dès qu'elle se montre, quelquefois sur le malade. Voilà les résultats de l'organicisme pris trop au sérieux.

M. *Piorry*. Je demande la parole.

M. *Malgaigne*. Pour nous, le premier principe de la thérapeutique est de laisser agir la nature quand elle est bonne, par conséquent de faire de l'expectation. C'est à ce principe que sont dus le traitement des fractures, des tumeurs blanches, les pansements rares, la recherche des réunions par première intention, l'abstension des saignées préventives dans les plaies de tête, etc. Mais pour savoir si la nature est bonne, il faut pouvoir juger ce qu'elle fera. Le pronostic est, par conséquent, la véritable base de la thérapeutique. Aussi, malheur à la médecine actuelle qui, oubliant l'étude de la maladie, va demander ses indications à l'anatomie pathologique. Sans qu'elle s'en doute, la thérapeutique n'est qu'un ramassis de ce que les théories de tout temps ont produit de plus contradictoire, et c'est ainsi qu'elle en est arrivée à compter des succès plus rares que ceux qu'obtient l'homœopathie dans un des hôpitaux.

M. *Barth*. Mensonge !!!

M. *Malgaigne*. Je désire qu'il en soit ainsi, mais cela pourrait être vrai. Il y a, d'ailleurs, des éléments de pronostic oubliés dans la médecine locale, c'est surtout l'état des forces. Ici l'orateur cite deux cas de sa pratique, l'un relatif à un empyème traumatique, l'autre à une pneumonie chez un vieillard, terminés tous deux par la guérison, malgré la gravité de l'état local, et daus lesquels il avait pu annoncer cette terminaison favorable en tenant compte de l'état général.

Revenons, dit M. Malgaigne, aux propriétés de la matière. Quelques-uns regardent l'attraction, l'affinité, le calorique, l'électricité, comme des propriétés de la matière. John William Herschel regarde le calorique et l'électricité comme des formes impondérables de la matière. On peut bieu se hasarder daus cette direction.

Que peut-on appeler propriétés de la matière? C'est ce qui ne la quitte jamais, ce qu'elle retient constamment, uniformément, sans altération, diminution ni augmentatiou. L'attraction et l'affinité en sont là. Mais si une force quelconque, bien que partout répandue, peut être soutirée, diminuée dans un corps, pour être accumulée dans un autre, cela m'a bien l'air de quelque chose d'indépendant, comme l'électricité l'est de la bouteille de Leyde, qu'on charge et qu'on décharge à volonté, sans que rien dans la matière qui la compose ait changé.

Cela est plus frappant pour la force vitale. D'abord elle n'est pas inhérente à la matière. Pendant des milliers d'années elle n'existait pas ; elle a été créée. D'un peu d'oxygène, d'hydrogène, d'azote et de carbone, elle a fait les plantes et les animaux; elle ne se borne pas à ajouter de nouvelles propriétés à la matière, elle lui en ôte d'anciennes ; elle la transforme. Une ou deux fois elle a été vaincue, elle a repris, et la lutte se poursuit eutre elle et la matière. Cette force, enfermée dans l'ovule d'une graine, va s'emparer de la matière brute, l'air et l'eau. N'y a-t-il pas là quelque chose de surajouté? Bien ; mais la matière a changé; laissez-la telle qu'elle est, supprimez la force, le végétal va mourir.

Je penche donc fortement à regarder la force vitale comme indépendante jusqu'à un certain point; douée d'une sorte d'instinct ayant pouvoir de composer et de décomposer, de faire monter la matière brute à l'état organique, de faire redescendre la matière organique à l'état de matière brute, et je dis : la vie est la lutte de la force vitale contre la matière brute.

Je me résume, il faut espérer que les médecins arriveront enfin à reconnaître que la première condition d'une observation sérieuse, c'est de ne pas abandonner son sujet propre, pour s'égarer sur les objets voisins. Que l'anatomie, la physiologie, la chimie, peuvent apporter d'utiles secours à la pathologie, mais ne

sauraient constituer la pathologie même; que l'anatomie pathologique en fait bien une partie, mais non pas la partie la plus importante, et qu'en définitive l'objet essentiel de la médecine étant l'homme vivant et malade, c'est l'homme vivant et malade qu'il faut avant tout, après tout et par-dessus tout étudier.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 18 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

CAUSES DES NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL, par M. le docteur BOURGUIGNON.

(Suite et fin. — Voir le numéro 28.)

Rhumatisme. — S'il existe dans le cadre nosologique une maladie qui laisse après elle dans l'organisme un principe morbide propre à exciter douloureusement le système nerveux, lorsqu'une cause occasionnelle d'hyperesthésie se produit accidentellement, c'est incontestablement le rhumatisme. Mais on me paraît avoir singulièrement abusé de la puissance occulte de la diathèse rhumatismale, dans les cas où l'interprétation des phénomènes névrosthéniques laissait le diagnostic dans l'incertitude. J'admets certes le rhumatisme aigu, cérébral, spinal, articulaire, *musculaire;* le rhumatisme chronique des articulations, avec altérations plus ou moins marquées des séreuses, des ligaments, des cartilages, etc., mais à la condition que ces rhumatismes locaux, fixes ou mobiles, seront accompagnés, à un moment donné de leur évolution, des troubles fonctionnels généraux qui font du rhumatisme une entité morbide distincte. Mon esprit se refuse à accepter le vague de nos théories nosologiques comme base d'une médication sérieuse, et j'obéis ici à un puissant besoin de positivisme en cherchant un critérium de certitude, autant du moins que le comporte notre science, hélas! encore si loin d'être exacte.

Je n'agiterai pas la question de savoir si l'inflammation rhumatismale est une unité pathologique aussi nettement distincte qu'on le prétend : je l'accepte ici comme telle, mais je demande que la maladie dite rhumatismale bien définie ne soit plus parmi les causes des névroses, un de ces termes ambigus et élastiques propres à couvrir nos incertitudes. Définissons le rhumatisme, *une maladie inflammatoire générale, aiguë ou chronique, pyrétique, localisant sur un ou plusieurs points de l'économie, mais principalement sur les séreuses, des éléments de phlegmasie;* convenons, de plus, que l'organisme une fois troublé par cet état morbide, conserve souvent une prédisposition aux hyperesthésies, aux névralgies; mais qu'en dehors de ces conditions rigoureuses, une douleur aiguë, persistante ou erratique, ressentie dans une masse musculaire ou dans un viscère, ne soit point considérée comme rhumatismale, pour cette seule raison que la région affectée a été exposée à un courant d'air ou soumise à l'action prolongée du froid humide, ou, mieux encore, parce que, tout bien examiné, nous ne pouvons découvrir aucune cause appréciable de la névrose algésique.

En un mot, la névralgie *rhumatismale* peut exister, mais la névralgie *musculaire* ou *viscérale* non symptomatique d'un état rhumatismal est tout aussi fréquente, et toutes les fois qu'une de ces névralgies se présentera, lorsque les symptômes généraux et locaux propres au rhumatisme, chaleur, rougeur, tuméfaction, fièvre, réaction cutanée, auront complétement fait défaut, ces douleurs ne pourront être pour nous rhumatismales.

Deux causes principales ont contribué à maintenir dans cette matière les travaux d'observation dans une mauvaise voie; d'une part, l'opinion généralement adoptée que la névralgie se localisait de préférence sur les troncs nerveux ou sur leurs branches; d'autre part, l'analogie des douleurs musculaires nerveuses avec les douleurs réellement rhumatismales. Mais l'observation m'a cent fois mis à même de constater que les extrémités nerveuses qui portent à chaque fibre musculaire la sensibilité dont elle est douée, peuvent, comme les branches et les rameaux dont elles émanent, être névralgiquement affectées. Quant au rapprochement qu'on peut établir entre la névralgie des muscles et les douleurs rhumatismales, c'est un fait d'une importance secondaire et dont on ne saurait déduire une identité de nature et de cause.

Je citerai des observations de névralgies musculaires quand l'occasion s'en présentera, car je tiens essentiellement à ce qu'on leur reconnaisse toute l'importance qu'elles possèdent, importance d'autant plus considérable qu'elles sont quelquefois suivies de paralysie.

L'examen des malades m'a seul conduit aux opinions que je viens d'exposer, et j'ai la certitude qu'elles seront tôt ou tard généralement adoptées. L'impartialité me fait cependant un devoir d'ajouter que MM. Monneret et Fleury s'étaient efforcés de les faire prévaloir dans leur *Compendium*, et que M. Roche (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, article ARTHRITE) a été très explicite à ce sujet, comme le prouve le passage suivant : « Les affections que les auteurs ont décrites sous le nom de rhumatisme nerveux, telles que le lumbago, les douleurs vagues qui occupent les membres dans leur continuité, et l'hémicrânie, nous paraissent être réellement de nature nerveuse; ce sont de véritables névralgies. Ce qui le prouve, c'est qu'elles ne sont jamais accompagnées de gonflement ni de rougeur, qu'elles ne provoquent aucune réaction sympathique; que la pression, loin de les accroître, les diminue le plus communément; enfin, qu'elles sont intermittentes et vagues. Elles ont, en un mot, tous les caractères des névroses et n'offrent aucun de ceux des phlegmasies. Il faut donc cesser de donner à ces maladies le nom de rhumatisme, ou bien il ne faut plus l'appliquer à l'arthrite rhumatismale. Tant que l'on confondra ces affections, l'histoire de l'une et des autres sera nécessairement confuse. Ce n'est qu'en les étudiant isolément qu'on parviendra à dissiper l'obscurité qui couvre encore, en partie, leur diagnostic. Il en est de même de l'inflammation des muscles. »

Goutte. — Si je partageais l'opinion de Chomel et de Requin (*Leçons de clinique médicale*), qui ont considéré le rhumatisme et la goutte comme une seule et même maladie, je n'aurais, à propos de l'influence de la diathèse goutteuse sur le développement des névralgies, qu'à renvoyer le lecteur au paragraphe précédent : si j'admettais avec Cullen que la goutte est une affection du système nerveux (traduction de Bosquillon, t. I, p. 333, 531), j'aurais peu de peine à faire comprendre quelle large part doit lui être faite dans la pathogénie des névralgies; mais comme je ne partage pas la manière de voir de ces auteurs, je dois entrer dans de plus amples explications.

La goutte est, pour moi, une affection essentiellement générale, et au début plutôt une perturbation dans les fonctions d'assimilation qu'une maladie réelle. Elle réagit sur le système nerveux longtemps avant qu'elle se soit manifestée localement par une altération matérielle des tissus ligamenteux et articulaires, et *à fortiori*, avant que, passée à l'état de maladie soit aiguë, soit chronique, elle ait développé dans l'économie un état névropathique qui subisse l'influence de ses crises et de ses métastases.

Nous avons accepté le principe diathésique rhumatismal comme une prédisposition aux névralgies, lorsque l'ensemble des symptômes généraux et locaux nous paraît avoir réellement constitué l'état rhumatismal, et alors même qu'il n'existe aucune lésion cardiaque ou articulaire matérielle appréciable. C'est avec moins d'hésitation que nous devons reconnaître l'influence d'une diathèse dont les manifestations, en tant que fluxion douloureuse et dépôts sédimenteux articulaires, révèlent dans le sang une altération évidente, surtout caractérisée par un excès d'acide urique combiné avec les bases organiques, soude, ammoniaque, etc. Aussi comprendrons-nous que les podagres incessamment sous le coup d'une surexcitation nerveuse, soient sensibles à l'état électrique de l'air, aux brusques changements de température; qu'ils accusent des douleurs erratiques, signes avant-coureurs de leurs crises goutteuses, et des névralgies véritables, si une cause accidentelle fixe sur l'estomac, sur le cœur, le poumon, la vessie, sur un des membres ou sur un des points du tégument, l'hyperesthésie ordinaire à leur système nerveux.

Herpétisme. — Plus j'avance dans la carrière, plus je fixe une sérieuse observation sur l'ensemble des membres des familles qui m'ont confié le soin de leur santé, mieux je comprends l'impor-

tance que les anciens attribuaient à l'influence de l'hérédité et des diathèses, à la rétrocession des états morbides locaux. Nos connaissances en pathogénie ne sont pas à ce point supérieures à celles qui les guidaient dans leur pratique, que nous devions négliger de suivre leur exemple. Si la goutte avec ses lésions locales matérielles, avec ses fluxions douloureuses et ambulantes, dues soit à un principe morbide encore intangible, soit aux altérations manifestes du sang, nous a paru une cause capable de créer des névralgies symptomatiques, nous devons avec non moins de raison considérer comme cause de troubles nerveux, d'hyperesthésie, les maladies de la peau, qui, par leur durée, leur étendue, leur sécrétion, leurs démangeaisons, apportent dans les fonctions de l'économie des désordres de diverses natures.

Le même sujet peut héréditairement, ou par l'effet d'une constitution acquise, posséder le double germe et d'une affection cutanée et de névropathies hyperesthésiques : nous constaterons alors une sorte de substitution entre l'un et l'autre de ces états morbides, ou bien l'affection cutanée peut se créer en lui pour la première fois, et laisser dans l'organisme un principe morbide nouveau qui, à l'occasion, deviendra pour le système nerveux une cause de troubles fonctionnels.

Je pourrais citer de nombreux exemples de diathèse herpétique entravée dans ses manifestations extérieures et provoquant des névralgies, si chacun de nous n'était journellement à même de constater de pareils phénomènes morbides. Je mentionnerai cependant ici un fait que j'ai constaté il y a quelques jours, parce qu'il est des plus probants.

Obs. — Madame V..., qui habite la province, était affectée depuis plusieurs années d'un psoriasis qui tendait à se généraliser. Les plaques squameuses étaient nombreuses à la face d'extension des avant-bras, aux genoux, sur les épaules, au cuir chevelu, et sous les seins, d'ailleurs volumineux, à leur point de contact avec la paroi thoracique. Ce psoriasis, qui s'accompagnait la nuit de démangeaisons fréquentes, ne pouvait, comme cela arrive trop souvent, être attribué à une cause bien déterminée. Cependant madame V.... avait eu des gourmes dans son enfance, et l'âge critique venait de sonner pour elle. L'arsenic, les bains de vapeur et sulfureux, des topiques, l'ont complétement guérie de sa maladie de peau.

Madame V.... possède une de ces constitutions dont Boerhaave aurait dit : *Corpus magnum, crassum, plenum*. La cure avait été trop merveilleuse pour que je ne misse pas, *in petto*, quelques restrictions aux témoignages de satisfaction de ma cliente. En effet, il y a deux mois à peine que le psoriasis a disparu, et elle se plaint aujourd'hui d'une douleur aiguë, persistante, dans l'épaule droite, douleur aggravée par le moindre mouvement, et localisée surtout dans le deltoïde, qui est menacé d'atrophie. Aucune cause déterminante locale ne peut rendre compte ni du développement, ni de la localisation de cette névralgie. Je la rattache à la diathèse herpétique, et je vais instituer le traitement en conséquence. J'ai conseillé tout d'abord un vésicatoire permanent au bras gauche, des injections sous-cutanées au sulfate d'atropine, *loco dolente*, des bains sulfureux et de vapeur, des pilules antinévralgiques à l'intérieur, enfin un purgatif une fois la semaine, en raison de la pléthore humorale.

Un autre de mes clients, tourmenté d'une hyperesthésie du col vésical, en est toujours soulagé quand la laryngite glanduleuse dont il est également affecté, et qui n'est autre qu'une manifestation herpétique localisée sur la muqueuse de l'isthme du gosier, devient le siége d'une vive irritation. Nous devons donc dans le diagnostic à porter ne point oublier la diathèse herpétique, et rechercher dans le passé et dans le présent tout ce qui peut nous éclairer à cet égard.

Syphilis. — La syphilis est, de toutes les maladies virulentes, celle qui laisse le plus fréquemment dans l'organisme un principe morbide diathésique, et cela lorsque le virus a subi une sorte d'élaboration dans nos tissus, car ce n'est point au début de l'infection qu'il affecte douloureusement le système nerveux, mais bien aux périodes secondaire et tertiaire.

En effet, à la période secondaire se rapportent les névralgies cérébrale et spinale, les viscéralgies de l'estomac, des intestins, du foie, etc.; à la période tertiaire, les névralgies du tissu osseux, dues souvent, il est vrai, à des lésions organiques, et qui, à ce titre, sortent un peu de notre domaine.

Absorptions miasmatiques et métalliques. — Quand j'ai signalé plus haut l'influence des climats sur la production des névralgies, j'ai voulu parler de certains pays qui, par leurs brusques changements de température, perturbent le système nerveux, surtout le système ganglionnaire, et donnent lieu à des entéralgies (coliques de Madrid); et de ces régions du globe que l'homme n'a point encore appropriées aux besoins de son existence; de celles que baignent des courants d'eau marécageuse, mal contenus dans leurs lits, ou des lacs et des étangs dont les bords mis à nu pendant les chaleurs estivales infectent l'air de miasmes organiques. Telles sont certaines contrées intertropicales où les marins sont pris de coliques dites végétales ou de névralgies intestinales. On ne peut douter, après les récentes publications des médecins attachés au service de la marine militaire, que ces coliques ne soient réellement dues à l'absorption de miasmes organiques. Comment en douter quand nous voyons sous nos yeux les miasmes paludéens produire la fièvre intermittente, cette névrose du système nerveux viscéral réagissant sur les nerfs spinaux dans le stade du frisson? Quelques docteurs de la marine ont, il est vrai, attribué ces coliques aux qualités de l'eau bue à bord des navires, et surtout au plomb qu'elle peut contenir; s'il en était ainsi, ce qui d'ailleurs me paraît contestable, nous aurions un fait de plus à ajouter aux causes des névralgies dues aux intoxications saturnines. Le plomb, en effet, est celui de tous les métaux employés dans l'industrie et l'usage domestique, soit à l'état métallique, soit à l'état d'oxyde et de carbonate, qu'on peut considérer comme le plus redoutable pour le système nerveux. Personne n'ignore que, absorbé par les cérusiers quand il est mêlé à l'air à l'état de carbonate; par les peintres quand ce sel est associé à la térébenthine; par ceux qui font usage de cidre quand cette boisson est additionnée de litharge; par les ajusteurs qui emploient le mastic au minium, etc., le plomb peut devenir une cause des névroses les plus diverses, d'hyperesthésies ou de névralgies, d'anesthésies ou de paralysies.

Telles sont les causes tant générales que déterminantes des névralgies. A lire l'exposé que je viens d'en faire, il semblerait facile de mesurer l'influence morbide de chacune d'elles ; mais une cause bien déterminée produit rarement seule l'exaltation de la sensibilité : le plus souvent les causes générales prédisposantes et les causes déterminantes concourent ensemble au développement de l'hyperesthésie. Une prédisposition à l'une des diathèses signalées, sinon le germe lui-même de cette diathèse, peut nous être transmise héréditairement, et, dans ce cas, le milieu dans lequel nous sommes appelés à vivre, ou quelque circonstance accidentelle, fait naître des maladies propres à laisser dans l'organisme des altérations permanentes ; alors le système nerveux sera troublé dans ses fonctions par des causes aussi diverses que complexes. C'est ainsi qu'un sujet né de parents goutteux peut, dans le cours de sa vie, être atteint de phlegmasie rhumatismale ou de syphilis, et réunir ainsi une double prédisposition aux névroses algésiques. Ce que je dis de la prédisposition congénitale goutteuse est encore plus vrai pour celle que nous transmettent des parents qui ont souffert de tous les désordres de l'état nerveux et surtout de névralgies fréquentes. Nous devons donc, alors qu'une cause accidentelle (émotion morale, refroidissement, fatigue, suppression d'une sécrétion physiologique ou morbide, intoxications, etc.) nous paraîtra avoir produit une névralgie, rechercher si le sujet ne portait pas déjà en lui une prédisposition aux hyperesthésies, et de cette façon nous serons plus à même de relier ensemble la cause et l'effet, de combattre à la fois la maladie et dans son principe et dans ses manifestations.

Je devrais encore, avant d'aborder le traitement, dire quelques mots des causes *spéciales* qui déterminent certaines névralgies plutôt que certaines autres, ainsi que des causes médiates ou de la nature des névralgies. Les causes spéciales se relient le plus souvent à la fonction de l'organe, et je peux me dispenser de les énumérer dans cette lecture. J'en puis dire autant des causes médiates, qui sont encore trop obscures pour nous fournir des indications sérieuses de traitement. Je m'en tiendrai donc ici à ce simple exposé des causes des névralgies.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Autoplastie de la main, par M. J. Benoit, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'autoplastie de la main, dans les cas de brides difformes, a fait un grand pas du jour où M. Verneuil a formulé ce précepte, déjà mis en exécution avant lui, à savoir : lorsqu'on manque d'étoffe, il faut sacrifier un ou plusieurs doigts, en conservant leurs téguments, pour en faire des lambeaux destinés à réparer les pertes de substance et à restituer au reste de la main une partie de ses fonctions. Ce précepte, formulé en ces termes, a été depuis développé par M. le professeur Courty (de Montpellier), qui en a fait la base d'un nouveau procédé de chiroplastie (*Montpellier médical*, juillet 1858), et c'est la même règle que M. Benoît a mise récemment en pratique. Rappelons d'abord en peu de mots l'opération exécutée par M. Courty.

La malade avait eu la main droite labourée par une machine à carder, et la cicatrisation s'était faite d'une manière si vicieuse que les usages de la main étaient à peu près complétement abolis. Tous les doigts, sauf l'auriculaire, étaient fléchis; le médius était accolé, dans presque toute son étendue, à la paume de la main; le pouce était maintenu dans l'adduction forcée par une bride très forte. M. Courty enleva tout le tissu inodulaire et désarticula le médius après avoir disséqué les téguments sains qui recouvraient sa face dorsale; il tailla ensuite dans ces téguments trois lambeaux qui servirent à combler les pertes de substance déterminées par l'ablation des cicatrices de l'index, de l'annulaire et de la commissure du pouce. Le dernier de ces lambeaux se gangrena en partie, mais le résultat n'en fut pas moins satisfaisant. Les doigts furent à la vérité légèrement fléchis et la peau un peu ramenée dans l'adduction par la rétraction du tissu inodulaire nouveau, formé au niveau de la commissure et à la base des doigts; mais les mouvements étaient assez libres, plusieurs mois après l'opération, pour que la main pût servir à coudre longtemps et à exécuter tous les travaux du ménage.

Le malade de M. Benoît, âgé de vingt-deux ans, avait eu la main gauche brûlée à l'âge de deux ans. Les bases des trois doigts medius, annulaire et auriculaire, étaient confondues dans une espèce de fourreau cicatriciel commun. Les deux derniers doigts étaient en outre constamment fléchis, et leur extension était empêchée par la présence d'un tissu inodulaire très résistant, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. La flexion du petit doigt était aussi complète que possible, puisque cet appendice était maintenu dans une opposition constante avec la paume de la main. Non-seulement il n'y avait plus d'intervalle libre entre les deux derniers doigts, mais encore il n'existait pas même de sillon entre leurs deux premières phalanges. La même cicatrice enveloppait la moitié de l'annulaire et la presque totalité du petit doigt, qui n'avait pas 3 millimètres de surface au-dessus de l'ongle, en dehors du fourreau cicatriciel. Ce fourreau était fortement tendu et il ne permettait pas d'éloigner le squelette du petit doigt de celui de l'annulaire, les faces contiguës étant maintenues dans un contact immédiat. Le malade n'exerçait qu'avec beaucoup de peine sa profession de menuisier; il ne pouvait tenir de la main gauche, soit un instrument, soit une pièce de bois, qu'à la condition de laisser les doigts difformes, ou au moins l'auriculaire, appliqués contre la paume de la main, et par conséquent de serrer les corps qu'il saisissait avec les doigts libres contre la face dorsale des doigts fléchis. Cette pression devenait rapidement douloureuse et exigeait la suspension du travail.

Les indications suivantes se présentaient :

La réparation de l'annulaire et du médius était désirable, et on pouvait l'obtenir en incisant la cicatrice qui les unissait, et en faisant cicatriser séparément les plaies ouvertes sur les faces correspondantes des deux doigts. En second lieu, le redressement des quatrième et cinquième doigts était absolument impraticable par le même procédé; sans doute, les tendons étaient sains et la flexion était due exclusivement à la rétraction du tissu inodulaire; mais l'incision de ce tissu n'aurait eu aucune efficacité. Pour surmonter ces difficultés, il n'y avait d'autre issue que dans l'ablation d'une portion ou de la totalité de l'appendice digital le plus gênant et le plus difforme, c'est-à-dire du petit doigt, avec conservation de toutes les parties molles qui entouraient son squelette, et qui seraient utilisées pour agrandir le revêtement tégumentaire du quatrième doigt. Cette addition faite au fourreau cutané du quatrième doigt, en rendant ce fourreau plus long et plus large, devait compenser la rétraction cicatricielle et donner aux articulations la liberté de l'extension.

L'opération fut en conséquence exécutée de la manière que voici :

Les troisième et quatrième doigts furent séparés jusqu'à la limite convenable par une incision. Il en résulta, sur les côtés de la première phalange des deux doigts, deux plaies qui furent réunies séparément par deux points de suture.

Ensuite, la deuxième et la troisième phalange de l'auriculaire, mises à nu par deux incisions presque parallèles, furent énucléés de leur gaîne cutanée et désarticulées. Cette gaîne, conservée tout entière, formait un lambeau ayant 3 centimètres et demi de longueur et 2 centimètres de largeur à sa base métacarpienne. La première phalange du même doigt fut respectée. Le lambeau formé par la peau, et surtout dans les deux tiers inférieurs, par du tissu cicatriciel, fut exactement appliqué et maintenu par des points de suture contre la plaie qui restait sur la face externe et antérieure du quatrième doigt.

Le quatrième jour, les fils avaient coupé les bords du lambeau; cependant, le quinzième jour, la cicatrisation était achevée.

Aujourd'hui, ajoute M. Benoît (environ quatre mois après l'opération), ce jeune homme se sert de la main avec facilité. Le quatrième doigt, sans jouir de la plénitude de l'extension, s'écarte largement de la région palmaire. Il n'y a aucune gêne, ni pour saisir les corps, ni pour les retenir et les comprimer fortement.

On remarquera que la première phalange de l'auriculaire a été conservée. Deux motifs ont dicté cette conduite : d'abord la brûlure avait détruit totalement la peau qui recouvrait les faces correspondantes des deux premières phalanges du quatrième et du cinquième doigt; ces phalanges se touchaient sous la même gaîne cicatricielle, et pour enlever celle du petit doigt, il fallait dénuder et exposer à l'air celle de l'annulaire, ce qui pouvait avoir des suites fâcheuses. En second lieu, le sacrifice de cette phalange était inutile, vu l'étendue suffisante du lambeau fourni par l'ablation des deux autres phalanges. La conservation de cette phalange rend d'ailleurs beaucoup moins saillante la perte subie par le sujet. En effet, le bord interne de la main, au lieu d'être brusquement interrompu au niveau de la tête du cinquième métacarpien, se continue et vient mourir insensiblement sur le côté cubital du quatrième doigt, de manière à simuler une conformation régulière. Du reste, la phalange respectée et accolée avec celle du quatrième doigt, joue avec elle et la suit dans tous les mouvements de flexion et d'extension. (*Montpellier médical*, avril 1860.)

Nouvel instrument pour appliquer des sangsues sur la face rectale de la prostate, par M. le docteur J.-S. Hughes.

L'instrument que M. Hughes décrit sous ce titre est destiné à permettre l'application des sangsues dans le rectum, au niveau de la prostate, dans le cas de prostatite aiguë; on peut espérer obtenir ainsi une déplétion plus directe et plus rapide qu'en mettant des sangsues ou des ventouses scarifiées sur l'hypogastre ou sur le périnée. Cette pratique a déjà été recommandée en 1835 par M. Bégin (*Dictionnaire de chirurgie*, p. XIII, article *Prostatite*), qui dit que ces saignées capillaires immédiates ont été souvent employées et toujours avec avantage. On introduit à cet effet, dit-il, « dans l'anus un spéculum d'un pouce à un pouce et demi de diamètre, obturé à son extrémité libre, et offrant dans toute sa longueur une échancrure large de 8 à 10 lignes, fermée par une plaque à coulisse. » Lorsque l'instrument est entré dans l'intestin, son échancrure correspondant à la prostate, on retire la plaque,

et les sangsues peuvent être facilement portées sur la portion de la membrane muqueuse qu'on a laissé à découvert. Après la chute des annélides, le doigt, « porté dans le spéculum, refoule aisément les tissus, qui tendent à s'y engager par son échancrure, et l'instrument est retiré sans le moindre effort. »

MM. Henderson (*The Lancet*, vol. I, 1840-1841, p. 645) et Craig (*ibid.*, 3 avril 1841) ont employé des instruments plus ou moins analogues au spéculum de Bégin, mais qui ont, comme lui, l'inconvénient de ne pas empêcher sûrement les sangsues de s'échapper dans le rectum et de faire souffrir le malade assez vivement au moment où on les retire.

C'est pour éviter ce double inconvénient que M. Hughes a fait construire un instrument très simple qui est d'une application facile et que l'on peut, d'ailleurs, se procurer à peu de frais. C'est un tube courbe en gutta-percha ou en gomme élastique, long de 6 pouces, ouvert à l'une de ses extrémités, tandis que l'autre, qui est lisse et arrondie, est fermée par un diaphragme déprimé en forme de cupule. Ce diaphragme est percé de deux à quatre trous coniques assez étroits, pour que des sangsues ne puissent les traverser complétement, mais d'un diamètre suffisant pour laisser passer leur extrémité céphalique. Le tube est légèrement cannelé le long de sa concavité. On fait glisser cette cannelure sur l'index gauche introduit préalablement dans le rectum, au niveau du point le plus douloureux, et l'on y adapte ainsi sans peine l'extrémité cupuliforme de l'instrument, dont la disposition permet de le maintenir facilement en contact avec la prostate. Il va sans dire qu'avant de procéder à cette opération il faut nettoyer avec soin le rectum à l'aide de lavements. (*Dublin Medical Press*, 1860, vol. I, n° 4.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Études et remarques sur la maladie scrofuleuse, par M. le docteur Minervini (de Naples), 1 vol. in-4° (1), Naples, chez G. Cataneo.

La Société a déjà reçu de M. Minervini (de Naples) plusieurs communications intéressantes sur divers points de médecine, et notamment sur les maladies nerveuses. Elle a montré le cas qu'elle faisait de ces ouvrages en accordant à l'auteur l'honneur de figurer parmi ses correspondants. Jaloux de témoigner du juste prix qu'il attache à une telle distinction, notre laborieux collègue m'a chargé, messieurs, de vous présenter en son nom l'hommage d'une production nouvelle concernant l'une des plus hautes questions qui puissent s'offrir à nos délibérations, celle de la scrofule.

Dans une série de mémoires dont la réunion forme ce volume, M. Minervini examine successivement, d'abord les rapports de cette manifestation morbide avec la génération tuberculeuse et le rachitisme, puis son caractère essentiel ou sa nature, son assimilation controversée aux spécificités virulentes ou contagieuses, et les différents modes de traitement mis en usage. Un court appendice est, en outre, consacré à l'examen d'une opinion émise par M. Bazin, dans ses leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, considérée dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis.

On a souvent fait dériver les tubercules de l'affection strumeuse. Aujourd'hui, tombant dans l'excès opposé, quelques médecins voient les tubercules où ils ne sont pas. Avec une foule de graves autorités qu'il cite et commente, M. Minervini est également éloigné de ces vues extrêmes. Pour lui, les tubercules et la scrofule sont deux états morbides différents. On peut certes les trouver réunis. La diathèse scrofuleuse crée même un terrain favorable aux infiltrations tuberculeuses. Mais cette coexistence, si fréquente qu'elle puisse être, n'implique pas l'absolue nécessité d'une seule et même source. L'analyse chimico-microscopique confirme *à priori* le contraire.

(1) Cette analyse du livre de M. Minervini a été lue à la Société de médecine.

Ainsi, suivant M. Lebert, rien n'atteste la réalité d'une matière essentiellement scrofuleuse, tandis que le tubercule présente à l'œil nu et au microscope des caractères distincts : granulations jaunâtres ayant leur forme, leur couleur, leur consistance propre ; granules moléculaires ; substance interglobulaire ; corpuscules ou globules *sui generis*.

Dans les tubercules, la fibrine, d'abord moins abondante dans le sang, augmente avec la période de ramollissement ; c'est l'opposé pour la scrofule ; les phénomènes de cette dernière affection se localisent préférablement aux parties superficielles ; ceux de la première affectent les organes internes, si ce n'est lorsque les deux formes se compliquent. Mais une des raisons les plus péremptoires, c'est la fréquence de la dégénération scrofuleuse parcourant toutes ses phases exempte de tuberculisation, *et vice versâ*. Ajoutons que celle-ci ne se révèle guère qu'après l'époque de la puberté, et que l'autre, sévissant dans les plus jeunes années, s'amortit avec la virilité de l'âge.

La diversité pathologique n'est donc point douteuse. Mais cela doit-il induire à repousser toute affinité respective ? Ainsi ne pense point M. Minervini qui, dans l'action des mêmes causes prédisposantes ou déterminantes, reconnaît une preuve d'analogie. Les constitutions faibles, les tempéraments lymphatiques, fournissent un fort contingent de scrofuleux et de tuberculeux. On en compte également un nombre supérieur chez les femmes. Ceux-là sont surtout atteints qui vivent habituellement dans une atmosphère humide, malsaine, ou n'ont pour se nourrir que des aliments insuffisants ou insalubres.

Des faits positifs ne séparent pas moins la scrofule du rachitisme, qui s'y rattache aussi à certains égards. Le rachitisme que caractérise une mollesse particulière des os est une maladie de l'enfance. Plus tard, la charpente osseuse s'affermit avec la constitution, et souvent le sujet peut être considéré comme guéri, difformité à part. La scrofule pèse sur les années ultérieures et n'amène que exceptionnellement des déviations osseuses ou plutôt les produit par un tout autre mode. Son influence est difficilement combattue et elle se décèle par des lésions très variables de nature et de siége, imprégnant de son cachet beaucoup d'affections ordinaires. Quand les deux ordres d'altérations sont joints, M. Minervini incline à croire que le ramollissement osseux n'est pas un véritable résultat rachitique, mais un simple effet de la détérioration générale qui, dans ce cas, primitivement apparue, affecte les os aussi bien que les parties molles, moins peut-être, ajouterons-nous, par le défaut d'assimilation calcaire que par la viciation de la trame cellulo-gélatineuse où se déposent les éléments solides.

M. Minervini trace un long historique des opinions sur la nature de la diathèse scrofuleuse. Cet examen, malheureusement, accuse encore une grande incertitude. L'hypothèse y tient lieu de données positives. Pour les uns, c'est un principe coagulant d'acidité qui domine ; les autres admettent une altération indéterminée de la lymphe ou des humeurs, une débilité nerveuse, une atonie des vaisseaux blancs. Broussais invoquait, au contraire, l'irritation ou la subinflammation de ces mêmes tissus. Aux yeux de quelques-uns, l'air vicié ou les désordres de la digestion joueraient le principal rôle. Puccinotti suppose dans les fluides de l'économie une exubérance de sels calcaires.

Dans ce conflit de causes solidistes et humorales à quoi s'arrêter ? Le mieux n'est-il pas de confesser l'insuffisance des théories ? C'est à peu près le parti adopté par M. Minervini qui, se bornant à présumer une disposition organique spéciale, insiste sur la nécessité de suivre et d'étudier la succession des phénomènes, ordinairement fort complexes.

Ceux-ci, en effet, répondent à des altérations portant soit isolément ou simultanément sur les appareils lymphatiques, le système nerveux ganglionnaire ou la composition du fluide sanguin. Ce dernier cas offre un rapprochement sensible avec l'état chlorotique ; parfois encore le mal est aggravé par des causes infectieuses, dartre, cancer, syphilis. De là autant de modalités thérapeutiques et les désappointements auxquels expose l'iode, ce spécifique vanté, lorsqu'on en fait une panacée universelle.

Plusieurs auteurs ont assimilé à un virus la cause inconnue de

la scrofule. Les mots *vice* ou *diathèse* indiquant une vague modification organique sont moins compromettants. Les opinions penchent en majeure partie pour cette dernière vue, et M. Minervini suit, à cet égard, le courant général. S'il y a des sujets chez lesquels la transmission héréditaire s'annonce plus ou moins immédiatement par des détériorations profondes, il importe alors de distinguer si ces désordres, au lieu de devoir leur origine à la seule influence scrofuleuse, n'auraient pas été fomentés par des agents plus pernicieux. On conçoit très bien, par exemple, un développement plus énergique de la scrofule chez des enfants nés de parents dont la constitution déjà viciée est devenue plus mauvaise encore par la contamination syphilitique. Toute action déprimante est ainsi propre à favoriser l'évolution des germes morbides.

Conformément aux données précédentes, M. Minervini résout d'une manière négative la question de la contagion, qui compte, à la vérité, de rares partisans. Tous les essais tentés avec la sueur ou le pus des scrofuleux sont demeurés stériles. Quelques-uns ont été faits sur l'homme, d'autres, en plus grand nombre, sur les animaux. Hébréard a opéré sur des chiens; M. Lepelletier sur des cochons d'Inde, tantôt en introduisant sous la peau, tantôt en injectant dans les veines la matière morbifique. Nuls phénomènes scrofuleux ne se sont manifestés.

Pujol a vu des enfants devenus malades au contact familier de petits camarades infectés. Mais ces cas exceptionnels que l'on peut rapporter à des causes purement hygiéniques, ne sauraient invalider les résultats d'une observation beaucoup plus générale. On sait que des personnes saines, frères, époux, amis, ont pu longtemps partager impunément la couche d'individus soumis aux altérations de la scrofule. Pinel et Alibert à la Salpêtrière, Richerand à Saint-Louis, Hallé à Saint-Marcel, n'ont jamais constaté aucun inconvénient de la libre communication des jeunes malades reçus dans ces maisons hospitalières. Évidemment, les accidents qui ont donné le change sont dus à des circonstances insuffisamment appréciées, si ce n'est, comme nous l'avons signalé précédemment, à l'action d'éléments virulents, dissimulée par les manifestations strumeuses.

Arrivant au traitement, M. Minervini établit qu'il ne peut être *à priori* déterminé d'une manière uniforme; non-seulement les indications peuvent varier selon la diversité des cas, mais, chez le même individu, l'opportunité des méthodes change souvent avec les périodes et les complications de la maladie.

L'affection, dans sa simplicité, réclame les toniques et les amers, entre autres le fer, le manganèse, l'huile de foie de morue. — A-t-elle un cachet de virulence? cette particularité appelle les mercuriaux et le soufre. — L'iode est le résolutif par excellence des dépôts et engorgements strumeux. — La constitution est-elle détériorée, le sang a-t-il subi un appauvrissement analogue à celui de la chlorose? le mercure et l'iode ne feraient qu'aggraver cette mauvaise disposition. Aux toniques et amers, il faut, pour aider à la réparation des forces, ajouter les bonnes conditions hygiéniques : air pur et vivifié par l'insolation, habitation salubre, alimentation substantielle. — Enfin l'état de faiblesse n'est pas exclusif des subinflammations locales. La persistance dans une médication corroborante serait alors intempestive; on doit provisoirement employer les lénitifs, les émulsifs et les minoratifs légers Les accidents conjurés, le premier traitement sera repris avec plus d'avantage.

De cet aperçu d'ensemble, M. Minervini passe à l'examen des remèdes isolés. Les iodés, dans leur emploi, ne sont pas soumis à des règles parfaitement fixes. Modificateurs utiles de l'état général, sauf les contre-indications plus haut mentionnées, ils aident puissamment à la cicatrisation des ulcères et des trajets fistuleux, à la fonte des engorgements, à la guérison des ophthalmies atoniques et des dermatoses spéciales. Les sujets irritables, les enfants surtout, les supportent difficilement. On a remarqué aussi que leur action était défavorable, quand, ce qui n'est pas rare chez les scrofuleux, les muqueuses nasale, laryngienne, stomacale, pulmonaire, uréthrale, étaient le siége d'une inflammation. M. Lebert les croit enfin nuisibles dans les suppurations abondantes.

A Naples, on fait usage de la teinture d'iode. M. Lanza, cependant, préfère la solution d'iodure de fer adoptée aussi par M. Minervini pour les individus affaiblis. L'auteur termine cet article par un juste hommage au remarquable travail de notre collègue M. Boinet, s'excusant de ne pas le suivre sur le terrain chirurgical qui est hors de sa compétence.

Gœlis a vanté l'hydrochlorate de cuivre ammoniacal, Weise, Gambert et Wagner le charbon animal. Ces moyens, aux yeux de Baudeloque, ne possèdent aucune vertu curative.

L'action des mercuriaux a été diversement jugée. Jamais M. Lebert n'en a obtenu d'effet sensible, si ce n'est du calomel dans la période aiguë des inflammations scrofuleuses. Il repousse, en particulier, l'éthiops minéral ou sulfure noir, qui, uni à la magnésie, aurait procuré à Hufeland la guérison fréquente des maladies de la peau, des blépharites strumeuses, des engorgements glandulaires et mésentériques (carreau). MM. Kopp (de Hanau) et Philips (de Londres) se louent des propriétés résolutives de l'onguent napolitain, de l'oxyde rouge de mercure et du nitrate argyrique appliqués en pommade. Lanza, de son côté, recommande les préparations dans lesquelles les ferrugineux s'associent aux mercuriaux; à l'égard de ces préparations, M. Minervini n'a point de préventions absolues; elles lui paraissent spécialement applicables dans les complications syphilitiques.

On a employé l'or sous diverses formes. Lalouette en faisait la base d'un savon ammoniacal. Prévost (de Genève) alterne ainsi les formules : frictions sur la langue deux fois par jour avec l'amalgame mercuriel à la dose de 4 à 5 centigrammes; quinze jours après, oxyde d'or à l'intérieur 2 à 3 centigrammes deux fois par jour; puis, après deux à trois semaines, retour aux frictions linguales avec le muriate d'or et de soude 3 à 4 centigrammes. Chrétien (de Montpellier) mêle ce même sel avec des poudres, amidon, charbon, etc. Ne serait-il pas plus simple de recourir directement à la solution de muriate d'or?

Ce traitement provoque une légère excitation générale, quelquefois un mouvement fébrile. Son utilité, du reste, semble douteuse; il a peu de crédit à Naples.

Certaines manifestations locales ont été heureusement modifiées par l'usage externe du sous-carbonate de potasse. Son action à l'intérieur semble nulle, comme celle des sels de soude et de chaux. Mais on a placé en rang exceptionnel l'hydrochlorate de baryte, administré pour la première fois par Crawford. Il compte à la vérité pour adversaires Portal, Jadelot, Guersant et M. Lebert; M. Minervini serait disposé à partager leur avis; mais Pinel, Hufeland, Pearson, Baudelocque et M. Philips lui attribuent des propriétés incontestables. Je rappellerai également à cette occasion un excellent mémoire de M. Payan (d'Aix) publié en 1843, dans la REVUE MÉDICALE. Les cures que rapporte ce savant confrère sont saillantes et il en déduit une vue importante. Pour lui, l'hydrochlorate de baryte agirait résolutivement en sens inverse de l'iode. Celui-ci *stimulerait*, l'autre *hyposthéniserait*. On s'expliquerait ainsi comment l'iode qui, originairement, réussissait dans la plupart des cas, subit ensuite de nombreux échecs. Le résultat dépendrait dès lors du choix fait avec discernement entre les deux méthodes.

On peut avancer que l'huile de foie de morue jouit d'une vogue à peu près universelle. Le retour des forces, des couleurs et de l'embonpoint est le fruit ordinaire de son administration. M. Minervini, toutefois, sans contester la fréquence de cet heureux changement, pense avec M. Lebert que ce moyen est quelquefois insuffisant et même susceptible d'augmenter certaines irritations viscérales.

L'estomac, en particulier, ne le tolère pas toujours, et des gastralgies forcent plus d'un malade à en modérer les doses ou à mettre des intervalles dans les prescriptions. Il serait superflu, suivant M. Lebert, d'outre-passer la quantité de 32 grammes; cette limite, quant à nous, est celle que nous avons adoptée, et les surprenantes métamorphoses dont nous avons été témoin nous induisent à confesser que l'huile de foie de morue est une des puissantes ressources de la thérapeutique.

M. Churchill a accrédité, à titre de spécifique rationnel, l'hypophosphite de chaux et de soude. D'autres en ont fait autant à

l'égard du guaco. Comme M. Minervini, nous laisserons au temps, faute de données, le soin de prononcer sur ces deux substances.

Les évacuants, les émissions sanguines, les exutoires, ne nous arrêteront pas davantage, ce que dit M. Minervini de leur opportunité offrant une acception tout à fait générale. Il en sera de même et par le même motif des bains simples, salés, sulfureux, iodés. Aux sources thermales, il faut tenir compte du changement des conditions hygiéniques. L'utilité respective des eaux semble avoir été préjugée d'après leur composition chimique plutôt encore que jugée d'après l'observation et l'expérience.

On ne saurait reconnaître aux toniques une vertu spéciale. Ceux que l'on distingue sont les préparations de noyer, le quinquina et surtout le fer avec lequel les autres s'associent. Le manganèse serait assimilable à ce dernier agent. Il aurait même guéri des individus traités infructueusement par les composés martiaux. Peut-être mériterait-il qu'on en fît des essais plus suivis.

M. Minervini accorde quelque puissance aux applications hydrothérapiques, mais contre les accidents et complications plutôt que sur le fond même de la maladie. Semblablement une foule de remèdes répondent à des intercurrences, chacun selon sa nature : l'aconit, la belladone, la ciguë, la digitale, l'ellébore, la vératrine, la gomme ammoniaque, le copahu, etc.

Cette rapide esquisse médicamenteuse montre que, pour la scrofule comme pour la plupart des autres affections, il n'y a point de traitement uniforme, et qu'à moins de tenir compte des circonstances locales et individuelles, on risque d'être déçu par les méthodes en apparence les mieux indiquées. Là est un écueil dont M. Minervini s'est efforcé de nous signaler tous les périls, et qu'il nous apprend d'ailleurs à éviter en nous donnant pour guide le flambeau de son étude consciencieuse.

En ce qui concerne la partie du traité de M. Bazin relative à la scrofule, la majorité des idées de cet auteur concorderaient avec celles de M. Minervini; quelques-unes en diffèrent. Tous deux, avouant l'incertitude de la cause intime, reconnaissent une prédisposition constitutionnelle. M. Bazin restreint comme M. Minervini l'action de l'iode et de l'huile de foie de morue. Alibert avait noté le teint coloré de certains scrofuleux vivant notamment à la campagne. Ni l'un ni l'autre ne croient à la fréquence de cette prétendue *beauté scrofuleuse*. Ceux dont le visage offre ainsi l'aspect rosé n'appartiendraient-ils pas à cette catégorie de sujets lymphatico-sanguins que Fourcault classait dans son tempérament cellulaire?

Où naît le dissentiment, c'est à l'égard des maladies nerveuses, que M. Bazin regarde comme une circonstance indépendante ou une simple complication, tandis que pour M. Minervini, elles proviendraient généralement de l'influence directe de l'altération scrofuleuse. Qu'importe, du reste, si les indications sont insensiblement les mêmes?

Telles sont les phases parcourues par notre collègue dans une œuvre où l'entrain du style répond à l'abondance et à la justesse des observations. Le sujet n'est pas épuisé; il offre quelques autres faces sur lesquelles, en temps opportun, M. Minervini se promet de porter aussi ses recherches. En attendant, je viens, obéissant à un sentiment d'équité et de convenance, vous proposer, messieurs, de déposer dans vos archives le savant ouvrage dont je vous ai donné le sommaire, et d'adresser à son auteur nos remercîments pour l'hommage qu'il a bien voulu nous en faire.

DELASIAUVE.

VII

VARIÉTÉS.

Par décret du 30 juin, ont été nommés :

M. Grasset, président de la Société de prévoyance du département de la Drôme, à Valence; M. Landouzy, président de la Société du département de la Marne, à Châlons; M. Garnier, docteur en médecine, président de la Société du département des Vosges, à Épinal.

— Le conseil académique de Lyon vient d'adopter, à l'unanimité, les conclusions d'un très remarquable rapport de M. Bouillier, doyen de notre Faculté des lettres, sur la création d'une Faculté de médecine de Lyon. Ce rapport, nous le savons, a été présenté par M. le recteur de l'Académie de Lyon à S. E. le ministre de l'instruction publique.

— HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies de la peau.* — M. GIBERT commencera le mardi 7 août, à huit heures et demie (et continuera les mardis suivants). Le résumé clinique de la pathologie cutanée spéciale et de la syphilis. (La visite des salles Saint-Charles et Saint-Jean à huit heures.)

— M. Dumay, professeur particulier de médecine opératoire, vient de succomber à la suite d'une piqûre anatomique. Cette nouvelle victime de la science laissera un vide réel à l'École pratique, où il professait avec beaucoup de succès depuis un grand nombre d'années.

— L'un des plus anciens, sinon le doyen des médecins militaires de l'empire, le docteur Casimir Legay, chirurgien-major en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Boulogne-sur-Mer à l'âge de quatre-vingt-quatre ans et demi.

— L'École médico-chirurgicale de Lisbonne a délivré récemment le diplôme de pharmacien à mesdames Marie Fajardo et Caroline de Matos, après des examens légalement subis.

— La femme Tarjus-Dupuis, de Lugny, *rebouteuse*, a été condamnée, par le tribunal de police correctionnelle de Vervins, à l'amende et à 25 fr. de dommages-intérêts envers l'Association des arrondissements de Laon et Vervins.

— Le 12 de ce mois est mort subitement dans sa propriété de Limon, à quelques kilomètres de Paris, un ancien pharmacien à qui un grand succès de diverses spécialités avait valu une notoriété, M. Le Perdriel.

— La Société des sciences et arts de Poligny (Jura) distribuera en septembre prochain des prix et médailles aux auteurs : 1° D'une hygiène à l'usage des écoles primaires; 2° d'une topographie d'une localité du Jura; 3° d'un mémoire sur les causes et remèdes du goître dans ce département; 4° d'un travail sur l'épidémie de dysenterie qui a régné en 1859 dans la Franche-Comté. Les manuscrits et ouvrages doivent être adressés *franco*, avant le 20 août 1860, au secrétaire de la Société à Poligny.

— L'Institut médical de Valence (Espagne) met au concours pour sujets de prix à décerner en 1861, les questions suivantes :

Médecine : Déterminer l'action thérapeutique du fluide électrique dans les maladies internes; indiquer les cas où il a été employé et la meilleure manière d'en faire usage.

Chirurgie : Peut-on prévenir l'infection purulente consécutive aux accouchements, aux grandes opérations et aux foyers purulents? Dans l'affirmative, indiquer les moyens propres à cet effet, et dire quel est le préférable; dans la négative, en donner les raisons, avec des faits pratiques dans les deux cas.

Pharmacie : Déterminer, par l'analyse qualitative et quantitative de l'huile de foie de morue et des expériences convenables, si les principes qu'elle contient suffisent à lui donner les vertus thérapeutiques qu'on lui attribue.

Sciences accessoires : Déterminer, par les équivalents chimiques, le pouvoir nutritif des parties musculaires des mammifères, des oiseaux, des reptiles et des poissons, en les réduisant à une seule unité, comme le pain de seigle.

Une médaille d'or au nom du lauréat et le titre de membre correspondant sont la récompense des mémoires couronnés. Ceux-ci peuvent être écrits en français, latin, espagnol, portugais ou italien, et parvenir, dans les formes académiques, au siége de l'Institut, avant le 1er décembre 1860.

— Un concours public pour la nomination de douze élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon, et dans l'hospice du Perron, à Oullins, s'ouvrira le lundi, 29 octobre prochain, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon
de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du
1er de chaque mois,

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 3 AOUT 1860. — N° 31.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 2 août 1850.

VITALISME, ORGANICISME ET MÉCANICISME.

(Suite. — Voir le numéro 30.)

Pour ne pas égarer le débat dans de vagues généralités, essayons de le ramener à quelques questions simples, dont les termes soient bien définis; dont la solution, suivant le sens qui sera adopté, puisse marquer la différence des doctrines. Demandons-nous, 1° si les échanges moléculaires de l'organisme s'accomplissent ou non conformément aux lois de la physique et de la chimie; 2° si les pouvoirs sensitif ou moteur, ou tout autre qu'on voudra admettre dans l'être vivant, sont une *propriété* de la matière organisée, ou si elles sont des *facultés* émanées directement du principe même qui préside à l'organisation; 3° quel est le rapport du composé vivant avec le monde extérieur, et ce qu'il faut penser de la *nature médicatrice*.

I. Sur la première question, qui est plus particulièrement à l'ordre du jour, la science est livrée à un fâcheux et universel malentendu. Que font les adversaires du chimisme? Ils allèguent certains cas où des corps, dont les affinités réciproques sont connues, ne se comportent pas, dans le corps vivant, de la même manière que dans un ballon. Là se bornent leurs preuves de fait; le reste n'est que théorie. Or, sans revenir sur ce que nous avons déjà dit de l'influence certaine, nécessaire, des dispositions si compliquées du mécanisme humain, influence qui peut être spéciale comme ces dispositions elles-mêmes, tout en restant physico-chimiques, nous déclarons hardiment que la question, réduite à son sens expérimental, ne doit pas être posée dans ces termes. L'antichimisme affirme une *opposition* (qu'on pèse bien ce mot) entre les forces du corps vivant et celles du corps brut. Pour mettre cette opposition hors de doute, que faudrait-il? Montrer qu'une substance introduite dans l'estomac ne va pas

---

FEUILLETON.

Législation des eaux minérales de France.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Vous m'avez manifesté le désir de connaître mon opinion sur la nouvelle législation qui régit les eaux minérales de France. La voici succinctement exprimée.

La loi du 14 juillet 1856 se divise en deux parties ou, pour mieux dire, comprend deux lois, à savoir : une *loi de mines* qui fait l'objet du titre I tout entier, et une *loi d'administration* à peine formulée dans le titre III, mais détaillée dans le décret complémentaire du 28 janvier 1860.

Chacune d'elles mérite un examen à part.

La *loi de mines*, commentée par le décret du 8 septembre 1856, est assez complète; elle est nette dans ses dispositions; quelques-unes ont cependant des conséquences regrettables. L'art. 1er est ainsi conçu : Les sources d'eaux minérales *peuvent* être déclarées d'intérêt public après enquête, etc.

La déclaration d'intérêt public est donc facultative; de là deux régimes réguliers d'exploitation. Quelques établissements seront exploités sous le régime protecteur créé par la loi de 1856; quelques autres le seront avec la simple autorisation voulue par l'ordonnance de 1823. Les premiers seront *protégés*, mais ils auront aussi à redouter l'*expropriation* pour cause d'*utilité publique*. Les seconds ne seront pas *protégés*, mais l'*expropriation* ne pourra les atteindre. D'où la conséquence que les propriétaires des établissements les plus mal tenus et les plus défectueusement aménagés, c'est-à-dire ceux-là même pour l'incurie desquels l'expropriation devrait être une perpétuelle menace, ne solliciteront pas la déclaration d'intérêt public. Or, ces établissements forment la très grande majorité en France. Aussi suis-je à peu près certain que la déclaration d'intérêt public n'a été sollicitée que par très peu de propriétaires de sources.

exercer sur tel ou tel élément du sang l'action chimique qu'indiquait la théorie? Non, certes. Rien de plus naturel que ce mécompte, rien de plus attendu du chimiste lui-même, qui sait bien que chaque réaction chimique a ses conditions fixes, et que, même dans un verre à pied, les substances minérales ne se combinent que sous certaines conditions de nombre, de proportion, de division, de température, d'humidité, etc. Ce qu'il faudrait prouver, c'est que deux substances douées d'affinité réciproque, mises en contact immédiat dans l'organisme humain, avec des conditions de milieu *identiques* avec celles du laboratoire, résistent néanmoins à la combinaison ou contractent des alliances anarchiques. Les choses se passent-elles ainsi? Bien au contraire; tout ce qu'on en connaît dépose contre cette supposition. Aussi loin que le travail de la digestion ait pu être analysé (et qui ne connaît les belles recherches de MM. Cl. Bernard, Corvisart, Longet, Schiff, et de tant de physiologistes allemands ou anglais?), on a vu la chimie du corps vivant absolument conforme à celle du dehors. Il est vrai, comme l'a dit M. Malgaigne, qu'on n'est pas parvenu encore à fabriquer de la matière fécale, et c'est vraiment dommage. Mais quel parti l'orateur entend-il tirer de cette lacune? Voilà une grande fonction dont le mystère chimique est dévoilé pour un bon nombre de phénomènes. Qui est le plus inconséquent, ou des chimistes qui estiment que, connaissant la partie, ils pourront un jour connaître le tout, et que la fin doit être du même ordre que le commencement; ou de M. Malgaigne, arguant de ce qu'on ne sait pas pour nier qu'on sache quelque chose? Même remarque au sujet de ce qu'il a dit des sources de la chaleur animale. On ne peut qu'être attristé de voir un esprit aussi ouvert et aussi progressif rétrograder ainsi de plus d'un demi-siècle, en fermant l'oreille et les yeux aux conquêtes les plus belles, comme les plus assurées, de la science moderne. Et en quels termes! Il s'était moqué de M. Poggiale s'étonnant de compter des esprits intelligents dans le camp des vitalistes; lui, déclare fallacieuse et absurde la théorie de Lavoisier. Non, la théorie n'était pas fausse! Lavoisier s'était trompé de lieu quant au siége de la combustion. En outre, quelques causes d'erreur dans les expériences ont nécessité plus tard des corrections dans les résultats; mais rien de tout cela, encore une fois, ne porte atteinte à la théorie *chimique*. Loin de là; chaque pas que la science fait en avant tend à établir l'égalité entre la quantité de chaleur produite et la quantité de carbone et d'hydrogène fournis à la combustion. Les derniers travaux de MM. Favre et Silbermann sur la chaleur dégagée dans la combustion, non plus du carbone et de l'hydrogène isolément, mais de certaines substances animales formées de la réunion de ces corps (le sucre, l'albumine, etc.), ont presque complété cette détermination; et le faible écart qu'il faut bien reconnaître encore, on sait parfaitement à quoi l'attribuer. Il disparaîtra le jour où la science sera en état de mieux calculer la quantité de chaleur produite par la combustion des substances ternaires. A ce puissant ensemble d'expériences, dues aux observateurs les plus habiles et les plus scrupuleux, qu'oppose M. Malgaigne? Il oppose, nous sommes obligé de le dire, une erreur. Il croit que la loi du refroidissement du sang dans les veines est en opposition avec le fait de la combustion s'opérant dans les capillaires. Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails de cette question, mais nous renvoyons l'orateur aux expériences de M. Bernard, qui, en tenant compte des diverses causes de refroidissement auxquelles le sang est exposé dans les différentes parties du corps, établissent clairement que la température du sang veineux est supérieure à celle du sang artériel partout où la combustion s'exerce activement, comme dans le foie et dans le rein. Ce qu'il y a d'assez piquant, c'est que M. Malgaigne lui-même, dans des expériences qui datent de près de vingt ans, et qu'il a rappelées à la tribune, avait devancé sur un point les recherches de M. Bernard en montrant que le sang se refroidit en traversant le poumon, et que, conséquemment, la température des cavités gauches du cœur est inférieure à celle des cavités droites (voy. un mémoire de M. Collard de Martigny, dans le *Journal complémentaire des sciences médicales*, t. XLIII). Il apportait ainsi sans le vouloir un argument à la théorie de Lavoisier, puisqu'il est bien reconnu aujourd'hui que l'oxygénation du sang ne s'accomplit pas dans le poumon. Non, quoi qu'on puisse dire, la théorie de Lavoisier n'est pas une chimère. « Lavoisier est intact, impénétrable; son armure d'acier n'a pas été entamée. » C'est M. Dumas qui l'a dit, M. Dumas aussi compétent au moins là-dessus que le professeur de médecine opératoire.

Est-ce parce qu'il fabrique de l'albumine, de la fibrine, du sang, de la bile, de l'urine, que l'organisme est en lutte avec les forces de la nature externe? Maintenant qu'on produit dans les laboratoires des substances animales et végétales, l'antichimisme, qui avait cru d'abord la chose impossible, recule; mais il a la prudence de reculer tout de suite assez loin pour n'être pas exposé de longtemps à une nouvelle défaite. Il nous dit simplement : « Faites un homme, et je croirai à vos doctrines; si vous ne faites que du sang ou de la fibrine,

---

Ainsi voilà une loi destinée à réglementer une grande industrie, qui n'atteint pas son objet. Un seul mot aurait suffi pour lui donner une tout autre portée; au lieu de *peuvent*, il fallait dire : les sources d'eaux minérales actuellement exploitées *seront* déclarées d'intérêt public, après enquête, etc., etc. De cette manière, tous les établissements thermaux de France auraient eu les mêmes avantages et redouté les mêmes rigueurs.

Remarquez d'ailleurs que cette loi de protection ne prend pas l'établissement à son berceau; elle ne l'abrite sous ses dispositions que lorsque *trois* années d'épreuve ont rendu sa viabilité incontestable.

Mais, pendant ces trois années, cet établissement naissant serait protégé par le décret du 8 mars 1848, si ce décret n'était abrogé, ou même par l'article 643 du Code Napoléon, si un arrêt de la Cour de cassation, du 30 novembre 1830, ne le déclarait inapplicable au cas où un propriétaire, en faisant des fouilles dans son fonds, détourne les veines d'eau souterraine qui s'y trouvent, et diminue ainsi les eaux d'un établissement thermal.

L'établissement thermal est donc ainsi exposé sans défense, pendant trois années, à la malveillance des voisins. S'il traverse cette période difficile de sa vie, c'est une preuve que son isolement, la nature des terrains qui l'entourent, ou d'autres circonstances, le mettent à l'abri de tentatives hostiles, et alors il ne sollicitera pas la déclaration d'intérêt public, pour qu'on n'ait rien à voir dans son aménagement et son matériel, et pour que ses caprices n'aient d'autres limites que celles qu'impose l'art. 2 de l'ordonnance royale du 18 juin 1823, c'est-à-dire une atteinte à la santé publique.

Voilà les reproches principaux que je fais à *la loi de mines*. J'aurais bien à y signaler quelques oublis de détail, mais généralement son économie est bonne, ses dispositions sont pratiques, et l'on voit qu'elle a été préparée par des hommes à qui la matière était familière.

La loi d'administration ne déroge point aux principes posés par l'ordonnance royale du 18 juin 1823, mais elle manque presque partout de netteté. On sent qu'elle n'a pas été préparée par des hommes du métier.

ce ne sera après tout que du sang mort, de la fibrine morte. » M. Pidoux nous dit aussi : « Toutes les actions... de chimie générale qu'on cite (dans l'organisme vivant) ne sont que.... des parties détachées du tout...; remettez ces actions en place, et alors ce qui arrivera de moins désagréable aux explications physico-chimiques sera d'être insuffisantes. » Tout cela prouve qu'on exagère la thèse des iatrochimistes, qui, jamais, que nous sachions, n'ont dénié ni la nécessité du germe, c'est-à-dire d'une parcelle de matière donnée par un corps vivant, comme point de départ de l'intussusception ; ni la nécessité du mouvement et d'un milieu particulier pour l'élaboration continue de la matière organique. Ils disent et nous disons comme Faust : *Au commencement était l'*Action. Si nous *remettions en place* les actes chimiques de l'organisme, ces actes se continueraient, et notre fibrine et notre albumine subiraient les transformations voulues; mais cela empêcherait-il que nous n'eussions saisi et répété le procédé chimique par lequel la fibrine et l'albumine se fabriquent dans l'économie? Vous nous dites : *Faites du tissu*, et nous pouvons vous dire : *Voici des corps sphériques : faites un système planétaire aussi petit que vous le voudrez.* L'un n'est pas plus facile que l'autre, et c'était, nous l'avons déjà dit, l'avis de Newton.

A nous qui admettons l'existence d'une force spéciale organisatrice et conservatrice de l'économie, on demandera sans doute comment cette force permet le jeu ordinaire des affinités chimiques. Objection bien naturelle, mais qui est un des signes de l'esprit de préjugé qui domine encore dans ces questions. Elle repose sur cette idée, que tout sera extra-chimique qui ne sera pas absolument semblable aux combinaisons que nous réalisons chaque jour de nos propres mains. Quoi de moins juste pourtant? Qui connaît les limites de la physique et de la chimie? Ces deux modes de manifestation du monde matériel ont-ils même des limites assignables? Et de quel droit en distrairait-on des phénomènes consistant au fond dans une composition et une décomposition continues, parce que dans ces phénomènes interviendrait une force différente de celle que nous pouvons faire intervenir dans nos laboratoires? Il faudrait pour cela deux choses : premièrement mettre en évidence le caractère extra-physique de cette force; secondement, comme nous le disions plus haut, faire voir entre les combinaisons des corps animés et celles des corps inanimés, non pas seulement une différence, mais bien une opposition. Cette preuve d'opposition, nous l'attendons. Jusqu'à ce qu'elle nous soit donnée, on nous accablerait de milliers de combinaisons inaccessibles à la science actuelle, que notre conviction n'en fléchirait pas le moins du monde. Quant à la nature de la force organisatrice, nous la jugeons par ses effets, et nous nous consolons un peu de ne pas la mieux connaître en songeant que nous ne connaissons vraisemblablement qu'une très minime partie des forces physiques susceptibles de rompre la cohésion ou de provoquer l'affinité des corps, à l'exemple de l'électricité. Dieu sait ce qu'on découvrirait en ce genre s'il était permis de pénétrer l'immense travail qui s'est accompli et s'accomplit à toute heure dans les entrailles de la terre ou dans la profondeur des cieux. Notre pauvre physique a commencé par être de la magie pour ceux qui n'en voyaient que les effets sans en connaître les moyens. N'allons pas transformer l'organisation en une opération magique, sous prétexte qu'elle est au-dessus de la science actuelle.

Est-ce que, dans ces considérations, nous sommes bien hardi, bien subversif? Non. Il est peu de philosophes, parmi les profonds, qui n'aient pas, au moins implicitement, réservé le droit des forces physiques sous le gouvernement même d'une force primitive. Nous ne parlons pas de Descartes, le franc mécanicien. Mais Leibniz, ce Leibniz qui abrite aujourd'hui le vitalisme, ne conçoit le corps humain que comme un mécanisme, plus compliqué seulement, plus délicat, plus intime, que celui des corps inorganiques; et, en cela, il est parfaitement conséquent. Comme, suivant lui, *toute chose de la nature* se développe continuellement suivant la loi d'une prédélinéation, œuvre elle-même d'une force innée, le problème n'est pas autre pour l'être vivant que pour le corps brut. Malebranche, qui suspectait fort l'issue de l'entreprise de Descartes cherchant à expliquer la *formation du fœtus*, ne laisse pas que d'ajouter : « Cette ébauche peut nous aider à comprendre comment *les lois du mouvement* suffisent pour faire *croître* peu à peu les parties de l'animal; mais que ces lois puissent les *former* et les *lier toutes ensemble*, c'est ce que personne ne prouvera jamais. » Mais un des exemples les plus propres à reconforter contre les dédains de l'antichimisme est assurément celui d'un savant qui a eu quelque réputation, et qui avait nom Alexandre de Humboldt. L'histoire vaut la peine d'être rappelée.

Vers l'âge de vingt-six ans, le futur auteur du Cosmos avait composé un apologue intitulé : *La force vitale ou le génie Rhodien*. Un tableau, venu de Rhodes, disait-on, attirait tous les regards dans la Pœcile de Syracuse. Sur le premier plan, un groupe de jeunes filles et de jeunes garçons, le visage empreint d'une expression de désir et de souffran-

---

La commission comptait parmi ses membres deux ingénieurs des mines. Les trois autres membres avaient un mérite incontesté, mais les questions que soulève l'exploitation des eaux minérales leur étaient peu familières. Par des motifs que je n'ai pu saisir, la commission ne voulut admettre officieusement, au milieu d'elle, aucun inspecteur d'eaux minérales.

J'insiste sur ces circonstances, parce qu'elles expliquent le défaut de clarté que je reproche au décret du 28 janvier 1860.

Tout ce qui tient à l'*inspection* et à l'*adjonction* a été parfaitement traité par mon savant collègue, le docteur Durand-Fardel, dans la Gazette des eaux. Il n'entre pas dans ma pensée de reproduire sur ce sujet des observations analogues; les dimensions d'une simple lettre ne suffiraient pas à un semblable travail. Je crois cependant que si les fonctions de l'inspecteur adjoint sont peu définies, celles de l'inspecteur le sont assez bien, surtout si l'on puise, pour les établir, dans les dispositions non abrogées de la vieille législation.

Le décret a commis d'autres oublis; il ne dit rien, à propos des établissements particuliers, du *matériel* ni de la nomination des *employés*, c'est-à-dire des éléments fondamentaux de l'exploitation. Pour que l'action de l'inspecteur s'étende sur ces éléments, il faut recourir à des dispositions, très générales d'ailleurs, de l'arrêté du 3 floréal an VIII et de l'arrêté du 6 nivôse an XI. Il est probable que la commission n'a pas remarqué que la partie de l'ordonnance de 1823 dont la vigueur est maintenue, ne s'applique qu'aux établissements appartenant à l'État, à des communes ou à des institutions de bienfaisance, mais pas aux établissements appartenant à des particuliers.

Le *mécanisme financier* du décret roule sur la sincérité des déclarations du propriétaire. Il ressort de la lecture du titre III tout entier que l'inspecteur aura, sur sa comptabilité, un droit de contrôle nécessaire, et cependant ce droit important n'est pas mentionné dans l'article 16 où chacune de ses attributions est mise en lumière.

En accordant des *réductions* aux *indigents*, le décret abolit l'art. 4 de l'arrêté du 23 vendémiaire an VI qui leur accordait la

ces, tendaient les mains vers un Génie qui tenait à la main droite une torche allumée, et sur l'épaule duquel était posé un papillon. Les commentateurs s'épuisaient en interprétations sur le sens de cette allégorie, quand un navire, venant de Rhodes, apporta un autre tableau, qui était évidemment le pendant du premier. Cette fois, le génie était au milieu du groupe, mais le papillon était envolé, le flambeau éteint et renversé. Les jeunes gens confondaient leurs embrassements. Or, il y avait à Syracuse un philosophe du nom d'Épicharme, renommé pour sa sagesse. Le tyran lui demanda ce que signifiaient ces deux tableaux, et voici ce que répondit le philosophe : « Le premier est l'image de la *force vitale*, isolée au milieu des autres puissances de la nature, associant les substances qui se fuient d'ordinaire, séparant celles qui se recherchent, commandant enfin aux forces du monde physique ; dans le second, les substances terrestres ont recouvré leurs droits, et le jour de la mort est pour elles un jour d'hymen. Alex. de Humboldt vieillit, et, en réimprimant cet opuscule après un demi-siècle d'observations et de méditations, il en répudia franchement la pensée. « Je n'ose plus, dit-il dans ses *Éclaircissements*, présenter comme des forces particulières ce qui n'est produit peut-être que *par le concours* de substances connues depuis longtemps, et de leurs *propriétés matérielles*. La composition *chimique* des éléments peut nous fournir une définition *des substances animées et des substances inanimées*, beaucoup plus sûre que ne le sont les critérium empruntés à la circulation des parties fluides dans les parties solides, etc..... » La difficulté qu'on éprouve à ramener les phénomènes vitaux à des lois physiques et chimiques, dit-il encore, ne tient qu'à *la complication des phénomènes*, à *la multiplicité des forces* qui existent simultanément, aux *conditions de leur activité*. (*Tableaux de la nature*, traduction de M. Galusky 1851, t. II, p. 291 et suiv.).

Pour conclure sur ce chapitre, nous professons que les conditions dans lesquelles s'accomplissent au sein du corps vivant les échanges moléculaires par lesquels s'opère l'intussusception peuvent rendre ces échanges *différents* de ceux que l'analyse ou la synthèse des laboratoires nous a appris à connaître ; qu'il n'en résulte aucunement que cet ordre de phénomènes soit de nature extra-physique ou extra-chimique, et qu'aucun de ceux qu'il a été jusqu'ici donné de pénétrer n'est *en opposition* avec les lois de la nature externe. Si ce peut être là un terrain de conciliation acceptable par les adversaires de l'iatrochimisme, nous le lui offrons de grand cœur.

II. Par quelque procédé que l'organisme se forme et se développe, d'où procèdent en lui les pouvoirs moteur et sensitif, ou tout autre qu'on y voudra admettre? Ils procèdent, selon nous, de l'organisation d'abord, parce que l'esprit, — notre esprit, du moins, — se refuse à comprendre qu'ils puissent venir d'ailleurs ; ensuite parce que les faits prouvent qu'ils viennent réellement de là.

Un pouvoir qui ne serait pas lié à l'organisation lui serait nécessairement antérieur ; il serait donc attaché au principe vital lui-même. Ce serait une *faculté* de ce *principe*. Ces choses-là se mettent assez aisément sur le papier ; mais nous défions qu'on s'en forme dans l'esprit une représentation claire et distincte, autrement dit, qu'on en ait l'*idée ;* car une idée n'est pas autre chose que la représentation d'un objet quelconque, d'ordre physique, d'ordre intellectuel ou d'ordre moral. C'est une proposition intelligible que celle-ci : *Une force préside à l'organisation du corps, et du fait de cette organisation sortent certaines propriétés.* Mettez *combinaison* à la place d'*organisation*, et vous aurez exprimé la théorie vulgaire des opérations chimiques. Mais ce n'est pas parler intelligiblement que d'attribuer des facultés multiples à un principe un et indivisible comme est toute force simple. Nous n'insisterons pas sur ce point de vue, que nous avons développé ailleurs, en l'appliquant surtout à la pathologie. (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 234 et 235.)

Nous disons, en second lieu, que la subordination de la motricité et de la sensibilité aux conditions matérielles de l'organisme est démontrée par les faits. On resèque une portion de nerf ; certaines fonctions sont instantanément annihilées dans toutes les parties du corps où la portion périphérique de ce nerf se distribue ; mais peu à peu la brèche se répare, le tronçon nerveux enlevé se reforme (M. Vulpian), et les fonctions se rétablissent. M. Brown-Séquard coupe un lapin en deux ; il attend que toute trace de sensibilité et d'irritabilité musculaire ait disparu dans le train postérieur. Alors il injecte du sang oxygéné dans les artères crurales, et le train postérieur recouvre sa sensibilité et sa motricité. L'injection n'a-t-elle lieu que dans une seule artère, la révivification momentanée n'a lieu que du côté correspondant. Tourmentez ces faits comme il vous plaira, vous ne leur ferez jamais exprimer autre chose qu'une dépendance des propriétés motrice et sensitive à l'égard de l'organisation.

La grande objection qu'on adresse à cette doctrine, M. Malgaigne l'a présentée l'autre jour avec toute son habileté de dialecticien et tout l'entrain de sa parole. Souvent les dérangements de fonction ne sont pas en rapport d'intensité

---

gratuité. Le décret n'explique pas qui aura capacité pour accorder ces réductions : le préfet, l'inspecteur ou les propriétaires. Cette question de l'indigence, auprès des sources sanitaires, est cependant très importante et méritait d'être traitée avec plus de clarté. Elle le serait, en ce qui concerne l'inspecteur, si l'*indigence légale* était caractérisée en matière d'eaux minérales.

A propos d'indigent, il me paraît regrettable que, dans les stations sanitaires, le décret laisse à l'autorité locale le pouvoir de faire traiter par qui il lui convient les indigents hospitalisés. Cette disposition a été dictée par des esprits d'une loyale sincérité qui ne supposaient pas les petites passions que met en jeu l'exploitation des eaux minérales.

Je ne pousserai pas plus loin la critique des détails. J'évite à dessein de parler du *libre usage des* eaux. Le décret ne pouvait créer un privilége au profit des inspecteurs et même au profit des autres médecins. Dans la plupart des stations, il n'y a pas de péril à employer les eaux sans prescriptions médicales.

Ainsi le décret de 1860 est une sorte de paraphrase confuse de l'ordonnance de 1823. Les novations et dérogations qu'il apporte à celle-ci ne me paraissent pas heureuses.

Cependant, en se plaçant dans cet ordre d'idées, il eût été sans doute possible d'être plus net par la forme, mais dans le fond les conséquences eussent été à peu près les mêmes, à savoir *rivalité dans l'exercice de la médecine auprès des sources sanitaires ; concurrence sans dignité ; documents administratifs inexacts ; documents médicaux sans sincérité.*

En rompant violemment avec l'esprit de l'ordonnance de 1823, on pouvait concilier les droits de la liberté professionnelle auprès des sources sanitaires avec l'exercice régulier de l'inspection. On eût fait des eaux minérales une branche du service public qui ne l'eût pas cédé aux autres par la régularité de son fonctionnement.

Je regretterais que la commission n'eût pas pris une pareille décision, si je ne savais que la législation de l'an VII fut suivie de celle de l'an VIII, et si ce précédent ne me faisait espérer que le décret de 1860 sera suivi d'un décret en 1861.

J'ai l'honneur d'être, etc.,

ALIBERT,
Inspecteur des eaux d'Ax.

avec les lésions de tissu ; la mort même peut survenir sans lésion apparente. Voilà le vieil argument ! Eh bien, nous nous faisons fort de prouver, — et nous sommes étonné que personne ne l'ait fait encore dans aucune discussion ni dans aucun livre, — que ce désaccord entre l'altération anatomique et le trouble fonctionnel accuse *bien plus* la pathologie vitaliste, telle que la professe M. Malgaigne, que la pathologie organicienne, telle que nous la professons. Quelle est la doctrine de l'orateur ? Comme nous, il croit à une force organisatrice primitive ; mais, tandis que nous attribuons au composé matériel issu de cette force toutes les manifestations positives de la vie, à l'état sain ou à l'état morbide, lui, rapporte ces manifestations au principe lui-même. C'est donc ce principe qui a subi une perturbation ; mais, puisqu'il est le régulateur de l'organisation, puisqu'il est inhérent à la matière (c'est M. Malgaigne qui le dit), la matière qui lui obéit doit en subir tous les caprices ; elle doit s'altérer quand il s'altère, et s'altérer suivant le même mode et au même degré que lui. L'effet doit être proportionnel à la cause ; le produit de la force adéquat à la force. La pathologie vitaliste est ainsi condamnée par le plus juste et le plus irrécusable des jugements, celui d'un principe et de son propre principe. Bien différente est la situation de notre pathologie organicienne. Nous ne demandons pas, nous n'avons jamais demandé, une modification visible du tissu, pas même une lésion proprement dite, pour rendre compte d'un trouble fonctionnel ou de la mort ; car ce n'est pas à l'organisme inerte, mais à l'organisme en mouvement, ou en acte, que nous demandons la cause de ses maladies comme celle de ses propriétés. Ceci nous conduit à une courte explication, qui pourra faire cesser encore un malentendu.

Rattacher les fonctions et les maladies à l'organisation, et non au principe même de la vie, ce n'est pas dire que les fonctions naissent de la simple juxta-position des particules du corps, ni les maladies d'un changement dans l'ordre de la juxta-position. Nous avons protesté contre cette interprétation il y a cinq ans (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 235). La vie, pour nous, résulte du mouvement ; elle n'existe, ainsi que les actes par lesquels elle se manifeste, que par le fait du *tourbillon* et par l'action de toutes les forces (il ne s'agit plus de la force initiale) mises en jeu par le tourbillon. Dès lors nous ne nous étonnons pas plus de voir un corps mort, quoique intact à nos yeux, que de voir un morceau de fer non aimanté absolument pareil à un morceau de fer aimanté. Nous n'avons pas du tout la prétention de voir stéréotypées dans le tissu toutes les variations d'intensité ou de direction que la chaleur, l'électricité, la force de contraction, l'action nerveuse, etc., pourront subir dans l'organisme. Nous concevons au contraire à merveille qu'un dérangement grave dans le mécanisme de la machine se produise sans altérer la texture d'aucun organe, comme lorsqu'un trouble *invisible* de l'action nerveuse qui gouverne la contraction du cœur vient à gêner ou suspendre la circulation et entraver par là toutes les fonctions essentielles ; et nous comprenons encore qu'un échange moléculaire trop rapide ou trop lent d'un organe quelconque, par les variations qu'il amènera dans la température du tissu et du sang, ou de toute autre manière, trouble sérieusement la santé, sans altérer sensiblement la composition organique de la partie. Seulement, nous n'en continuerons pas moins à attribuer la maladie, comme nous avons attribué la santé, aux *conditions matérielles* de l'organisme.

III. Sur la dernière question, celle des rapports de l'être vivant avec la nature extérieure, la longueur de cet article nous condamne à ne présenter que de brèves considérations, motivées plus particulièrement par la lettre de M. Pidoux.

Nous avons déjà eu occasion de le dire, il n'y a pas de doctrine vitaliste mieux coordonnée et plus raisonnable que celle de notre honoré confrère. En faisant dépendre les actions vitales de « propriétés inhérentes à la matière organisée, » il se sépare du vitalisme de M. Malgaigne, et crée, pour sa doctrine et pour la nôtre, un moule commun où des dissidences partielles ne peuvent plus les séparer bien profondément. Il ne conteste pas en eux-mêmes les phénomènes physiques et chimiques de l'économie. Il met seulement à leur production une condition essentielle, c'est que l'organisme y ait consenti pour la satisfaction d'un besoin qui lui soit propre. Tout est *sens*, *instinct* dans l'organisme ; à chaque sens correspond un stimulus spécial, et les fonctions n'ont d'autre but ni d'autre résultat que de réaliser, par un acte formel, le rapport préalable du sens avec son stimulus. Les actes chimiques seront dès lors limités par les besoins instinctifs de l'organisme ; et les substances qui, ne répondant pas à ces besoins, seront introduites dans l'organisme, seront des *corps étrangers*. Tout cela, sauf les explications qui pourraient être rendues nécessaires par certains passages de l'exposé relativement à la portée et aux conséquences physiologiques et pathologiques de l'interprétation, — par celui-ci notamment : « Il s'agit d'une autre mécanique, d'une autre chimie, mécanique et chimie animées, à l'égard desquelles la mécanique et la chimie *proprement dites* ne sont que conditions d'existence, et non cause efficiente et principe immédiat d'action ; » — tout cela, disons-nous, ne peut contrarier, *en fait*, qu'un mécanicisme grossier qui nierait jusqu'à l'organisme lui-même. Nous n'allons pas jusqu'à croire que tous les actes physico-chimiques qui s'accomplissent dans l'économie soient en conformité avec ses besoins ; l'économie *consent* souvent à des combinaisons très hostiles à sa nature ; elle *consent* à être malade ; mais nous croyons aussi que les actes par lesquels se fait le renouvellement des tissus sont *définis*, et appropriés au but, comme le sont ceux par lesquels les objets sont vus ou les sons entendus. Le *vitalisme organique* de M. Pidoux a besoin de ces faits ; ce qu'on pourrait appeler l'*organicisme vitaliste* n'en est aucunement gêné.

Il est seulement une remarque que nous tenons à présenter en terminant. L'organisme est tout instinct ; il se forme et se conserve par des déterminations instinctives. Cet instinct, dans la pensée intime de M. Pidoux, est-il absolument aveugle ? Nous n'oserions le dire. Un peu inquiet de ce passage : « les mêmes choses du dehors agissent.... différemment sur nous dans des moments et des états divers ; il faut toujours que l'organisme consente, » nous ne croyons pas inutile de faire remarquer que la doctrine de M. Pidoux condamne sa pathologie aussi bien que la nôtre au fatalisme, en ce sens que tout travail organique, qu'il marche vers la destruction ou vers la réparation, aura sa marche fatalement réglée par la composition et les propriétés de l'organisme. Il y aura une nature médicatrice, mais il y aura aussi une nature pernicieuse, sans que rien de spécial puisse jamais intervenir, comme dans d'autres formes de vitalisme, pour changer la direction du mouvement. La vie, en effet, dans cette doctrine, est la manifestation de lois inhérentes à la matière, et le propre de toute loi est d'être fatale et non intelligente. Quand donc on dit que les actions de l'organisme sont *électives*, il ne faut pas oublier que cette élection est elle-même prédéterminée. La vie, momentanément troublée par un modificateur quelcon-

que, reprend son cours suivant sa loi imprescriptible de continuité, comme elle peut, comme le lui permettent les conditions nouvelles où elle est obligée de s'exercer, sans impliquer une fin de salut plus qu'une fin de destruction, ainsi qu'il y paraît trop souvent en pratique. Une *planaire* dont on a séparé longitudinalement la tête en deux moitiés ne rapproche pas ces deux moitiés pour recouvrer sa tête unique; elle reproduit deux demi-têtes sur les surfaces de section, devenant ainsi un monstre *bicéphale*. Et les instincts de chaque cerveau se déterminent manifestement sans concert avec les instincts de l'autre, de manière à jeter le désaccord dans les mouvements de l'animal. Si c'est là un effet de prévision, on conviendra qu'il est bizarre.

A. Dechambre.

L'article qu'on vient de lire était écrit presque en entier avant que nous n'eussions entendu, à l'Académie de médecine, la dernière et remarquable argumentation de M. Poggiale. Nous sommes heureux de nous être rencontré avec lui sur beaucoup de points, de fait comme de doctrine.

A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouvelles observations sur la colique hépatique. — Lecture faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 6 juillet 1860, par M. le docteur Fauconneau-Dufresne, l'un de ses membres.

Depuis la publication de mon Traité de l'affection calculeuse du foie, qui a eu lieu en 1851, j'ai eu l'occasion de donner des soins ou des conseils à un grand nombre de personnes atteintes de cette maladie. J'ai pu me convaincre de la fréquence de ce genre de souffrances en la comparant à la quantité moindre des autres lésions hépatiques qui se présentaient à moi.

Plus on voit de malades dans un ordre quelconque de la pathologie, et plus on rencontre de variétés morbides. Chaque individu, en effet, a sa manière de souffrir comme sa manière d'être, et c'est particulièrement sous ce point de vue, messieurs, que j'ai eu la pensée de vous soumettre les observations qui m'ont été fournies par ma pratique spéciale. Je les accompagnerai de considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces coliques de cause singulière et de formes quelquefois si bizarres.

Je m'occuperai d'abord de certains *états nerveux* tout à fait *extraordinaires* qui compliquent et qui suivent, dans quelques circonstances, le passage des concrétions biliaires à travers les conduits. La formation même de ces concrétions au sein du foie, dans les racines du canal hépatique, paraît avoir été l'occasion de phénomènes sympathiques dont l'origine ne pouvait être de prime abord soupçonnée.

Je rappellerai l'observation que j'ai citée, d'après M. le professeur Trousseau, à la page 195 de mon Traité, et qui avait pour sujet un de nos confrères des départements. Il éprouva d'abord dans l'hypochondre droit un sentiment de pesanteur avec des tiraillements incommodes et continuels, puis des douleurs dans le poignet droit; ces douleurs revinrent à l'épigastre, avec extension à l'épaule, à la clavicule, à l'ombilic et même à l'hypogastre, s'attachèrent particulièrement aux deux hypochondres, où elles produisaient une sensation insupportable de déchirement ou des élancements aigus; elles passaient d'un côté à l'autre avec la rapidité de l'éclair; parfois elles s'étendaient aux diverses autres parties du corps; parfois aussi elles prenaient la forme intermittente. C'était surtout vers le milieu de la nuit que ces angoisses se faisaient ressentir et qu'elles offraient leur plus grande intensité. Des selles bilieuses en grand nombre marquaient, dans quelques cas, la fin de ces accidents. Toutefois, au milieu de tous ces désordres, il n'y avait pas de fièvre; les digestions s'exécutaient même assez bien; mais le moral était singulièrement affecté par les souffrances physiques. Les urines, qui étaient fréquemment ictériques, mirent sur la voie du diagnostic, et des recherches dans les garderobes y firent découvrir des concrétions biliaires. Le traitement alcalin et l'usage des fondants finirent par amener du soulagement.

D'une autre part, messieurs, vous n'avez pas oublié les observations qui nous ont été communiquées par notre honorable collègue M. Duparcque, dans lesquelles il a remarqué un spasme commençant par le côté droit de l'abdomen, dont la paroi, de ce côté seulement, présentait des mouvements brusques vifs et répétés d'élévation et d'abaissement alternatifs. Bientôt la cuisse correspondante était prise à son tour de mouvements convulsifs. Ils s'étendaient ensuite à la jambe et de là au pied, qui était porté dans une adduction, avec extension forcée, par les secousses successives; enfin la convulsion, qui s'était ainsi propagée de haut en bas, gagnait la poitrine, et alors la respiration s'embarrassait, devenait irrégulière ou saccadée. Cette convulsion envahissait le membre supérieur, le cou, la tête, aux diverses parties de laquelle elle imprimait des contractions qui rappelaient celles occasionnées par l'épilepsie. Tout à coup les fonctions cérébrales se troublaient, se suspendaient; le malade tombait dans l'assoupissement, et à l'agitation spasmodique succédait une résolution des membres convulsés. Ces phénomènes se renouvelaient par accès, avec et comme les coliques hépatiques.

M. Duparcque dit avoir constaté 4 fois ces phénomènes sur 13 cas de coliques hépatiques. Je dois dire que, pour mon compte, sur un bien plus grand nombre de cas de cette affection, je n'ai rien observé de semblable. Dans les 130 observations que j'avais pu réunir et qui m'ont servi pour composer mon Traité, aucun phénomène de ce genre n'est non plus indiqué. On y voit une agitation plus ou moins grande, les attitudes les plus singulières, des cris, des gémissements, des lamentations, le désespoir même; on dit aussi que tous les muscles du corps sont entrés dans une contraction spasmodique; qu'il est survenu de terribles attaques éclamptiques, sans toutefois qu'on décrive les formes indiquées par notre savant confrère. Il faut donc les considérer comme excessivement rares, bien que le hasard les ait fournies plusieurs fois de suite à M. Duparcque.

Je relaterai ici en quelques mots deux observations qui me sont propres et qui montreront d'autres formes des symptômes nerveux qui sont produits quelquefois par les coliques hépatiques. La première est un nouvel exemple du trouble général que les douleurs peuvent développer, et la seconde fait voir l'influence qui peut en résulter sur les fonctions mentales.

Obs. I. — Le 17 juillet 1857 je fus mandé à l'hôtel du Louvre pour une dame d'une trentaine d'années qui, depuis quelques heures, était en proie aux plus cruelles souffrances. Elle s'était tellement agitée et tordue sur son lit que celui-ci était dans le plus grand désordre. Elle était échevelée, une sueur froide couvrait tout le corps; les extrémités étaient glaciales et le pouls misérable. Beaucoup de vomissements glaireux avaient eu lieu. La région hépatique me fut indiquée comme étant le siége principal des douleurs. Je la palpai avec soin et je constatai une tuméfaction douloureuse au niveau des conduits biliaires Il n'y avait pas d'ictère. Les grandes douleurs étant passées, je me bornai à prescrire des fomentations émollientes et narcotiques, une potion antispasmodique (1) et celle de Rivière dans le cas où les envies de vomir reparaîtraient. Je recommandai de faire prendre du bouillon dès que l'estomac pourrait le

(1) J'ai fait composer par M. Dublanc, pharmacien, rue Caumartin, 45, des gouttes calmantes pour un malade sujet à de fréquentes coliques hépatiques et qui désirait pouvoir en être soulagé dans un voyage qu'il avait à faire. En voici la composition :

Opium brut	2,00	Térébenthine	2,00
Acide lactique	1,00	Teinture de cannelle	1,00
Esprit de succin	2,00	Rhum	7,00

Huile d'anis . . . . . . 4 gouttes.

Le produit filtré est de 10 grammes; 10 à 12 gouttes représentant 5 centigrammes

supporter. — Le lendemain une légère jaunisse s'était manifestée; mais le calme s'était rétabli et peu à peu la malade put prendre quelque nourriture. — Je ferai mention ici d'une circonstance qui donna lieu à diverses interprétations : trois ou quatre jours après les grandes douleurs dont j'ai parlé, la malade s'aperçut d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette qui s'était formée au niveau des conduits biliaires. M. le professeur Nélaton qui donnait des soins à cette dame pour une autre affection, étant venu la voir, ne douta pas que ce ne fût un gros calcul qui s'était engagé dans le cholédoque. Après une colique hépatique aussi violente qui avait déterminé un ictère, il était sans doute très rationnel de concevoir cette opinion. Mais elle me paraît devoir être abandonnée par les raisons suivantes : la teinte ictérique disparut sans que la petite tumeur cessât de se faire sentir; d'après mes conseils, la malade, qui habitait le département des Vosges, se rendit aux eaux de Soultzmatt et y fit un traitement d'une vingtaine de jours, pendant lequel la petite grosseur se dissipa graduellement. Or, d'une part, le calcul, resté dans le cholédoque et devant empêcher le cours de la bile, n'aurait pas laissé la jaunisse se dissiper, et, d'une autre part, malgré tous les avantages que je reconnais au traitement alcalin, je ne saurais admettre qu'un cholélithe de cette grosseur pût fondre de cette manière. Je suis bien plutôt tenté de croire qu'un des ganglions lymphatiques qui entourent le paquet des conduits biliaires, se sera engorgé rapidement et aura ensuite opéré sa résolution sous l'influence des eaux de Soultzmatt. Il faut noter, enfin, que ce ne sont pas les gros calculs qui parcourent les conduits en quelques heures et donnent lieu à des douleurs atroces, mais les petits qui sont irréguliers et qui, en cheminant, vont produire une irritation sur des parties toujours nouvelles de ces conduits. — J'ai revu plusieurs fois depuis cette dame; quoique très sujette à des gastralgies pénibles, elle n'a plus ressenti d'attaques de colique hépatique.

Obs. II. — La seconde observation concerne une dame de Pau, âgée de trente et quelques années. Vers 1857, après des émotions vives et des fatigues qui furent occasionnées par la mort d'un de ses enfants, elle éprouva une première colique hépatique. En 1858, une autre attaque semblable, mais bien plus violente, se manifesta et se termina pas l'expulsion d'un calcul biliaire de la grosseur d'un pois. Plusieurs mois se passèrent ensuite avec les apparences d'une bonne santé; mais pendant celui de décembre 1858, il y eut des crises presque continuelles, caractérisées par des vomissements fréquents, de vives douleurs dans les hypochondres, des urines ictériques. La moindre émotion suffisait pour renouveler ces accidents. L'appétit diminua successivement; une grande maigreur en fut la suite, et il se manifesta une surexcitation nerveuse qui fit des progrès rapides. La malade semblait poussée par un besoin extrême d'activité étonnant, eu égard à sa grande faiblesse. Elle tombait après dans un assoupissement invincible. Au lieu de la gaieté qui était dans son caractère, elle fut plongée dans la plus grande tristesse et semblait en proie à des préoccupations profondes. En même temps, elle éprouvait la sensation d'une boule remontant de l'estomac à la gorge et y produisant une contraction spasmodique, qui empêchait le moindre aliment de passer.

Ces détails se trouvaient dans une note qui me fut envoyée au mois de février de cette année, par le docteur Cassous, habitant la même ville. A cette époque, les bons jours étaient plus nombreux, l'humeur était moins triste et la raison un peu plus sûre. Il y avait encore une douleur assez persistante dans les hypochondres et à l'épigastre; la région des voies biliaires était très sensible et on y trouvait une petite tuméfaction; les urines étaient souvent encore ictériques, les époques menstruelles n'avaient pas été supprimées. Quelques aliments pouvaient passer, entre autres du café et des légumes.

Je n'ai pas vu cette malade. Je ne reproduirai pas ici les détails du traitement que j'ai conseillé et qui a consisté dans les bains alcalins et les boissons de cette nature à doses modérées, les antispasmodiques variés et des moyens moraux. J'ai eu l'occasion d'apprendre qu'une certaine amélioration était survenue dans son état général.

Le *diagnostic* de la colique hépatique de nature calculeuse est ordinairement facile à établir. J'ai discuté autrefois devant la Société une opinion de M. le docteur Beau, qui prétendait que rien n'était rare comme le rejet d'un calcul après la cessation de la douleur. On peut certainement établir que la proposition inverse est celle qui est la vérité. Lorsqu'une colique hépatique est suivie d'ictère, on est presque sûr de trouver dans les garderobes, quand la bile recommence à couler dans l'intestin, une ou plusieurs concrétions biliaires. Cette recherche exige sans doute de surmonter quelques désagréments, mais il est bien rare qu'elle ne soit pas suivie de succès. Là sans doute est la preuve matérielle que la colique est bien de nature calculeuse; cependant on peut encore, sans constater la présence des concrétions dans les selles, assurer qu'on a eu affaire à une colique hépatique de cette nature, lorsque la douleur réside sur le trajet des conduits, qu'elle se manifeste à plusieurs reprises, qu'elle est accompagnée de vomissements, et surtout quand elle est suivie d'ictère. Je vais rapporter encore deux observations : on ne pourra pas douter du diagnostic dans la première, puisqu'on a trouvé dans les fèces la preuve, en quelque sorte, du délit; on n'en doutera pas plus dans la seconde, quoiqu'on n'ait pas cherché à constater cette preuve.

Obs. III. — Le 31 juillet 1851, je fus appelé dans la soirée, pour madame C...., âgée d'environ cinquante ans; elle arrivait, depuis peu de temps, de Vichy, où on l'avait envoyée pour des souffrances gastro-hépatiques, dont la nature n'avait pu être bien déterminée. Il y avait plusieurs jours qu'elle était tourmentée par des douleurs atroces dont le siége se trouvait dans cette même région gastro-hépatique; elles revenaient par crises; mais à mon arrivée ces espèces de crises étaient plus éloignées et moins intenses. La partie correspondante aux voies biliaires était tuméfiée et très douloureuse; la jaunisse était déjà développée. — Ces circonstances suffisaient parfaitement pour ne pas douter qu'il ne s'agît de calculs passés de la vésicule par le canal cystique et déjà arrivés dans le canal cholédoque. — Toute la famille de madame C.... était très liée avec Magendie; mais ce célèbre médecin, qui donnait des soins à la malade, se trouvait momentanément à la campagne. Je proposai pour le même soir un bain, un liniment narcotique, une potion calmante antispasmodique, et je témoignai le désir de me trouver le lendemain avec mon excellent maître, dont précisément à cette époque je recueillais et publiais les leçons dans L'UNION MÉDICALE. M. Magendie voulut bien approuver ce que j'avais conseillé et se rendre même, non sans quelques objections, à l'avis que je soutenais de faire filer, après un nouveau bain, quelques doses fractionnées d'eau de Sedlitz. — Le mari de madame C... qui avait été le bibliothécaire d'un grand établissement et qui, au moindre mot des médecins, cherchait dans les livres ce qui pouvait s'y rapporter, suivait avec le plus grand soin les effets du traitement. Dès que la bile recommença à couler dans l'intestin, c'est-à-dire le 4 août, il découvrit dans les selles une première concrétion. Les jours suivants, les douleurs, mais moins fortes, reparurent; les selles redevinrent grisâtres et il y eut une recrudescence de la jaunisse. De nouvelles doses d'eau de Sedlitz ramenèrent la bile dans l'intestin, et firent trouver dans les selles trois autres concrétions à facettes. Depuis ce temps, madame C... n'a plus souffert et l'ictère s'est graduellement dissipé. L'humeur est redevenue sereine après avoir été on ne peut plus sombre. — Nous prescrivîmes les extraits fondants, les boissons alcalines et les bains de même sorte. — Chaque année, j'ai l'occasion de revoir madame C...; sa santé s'est maintenue assez bonne et elle ne s'est plus ressentie de sa cruelle atteinte de colique hépatique.

Obs. IV. — L'observation que je vais maintenant rapporter a pour sujet une dame de soixante-quatre ans, habitant la ville de Rennes. Elle vint me consulter le 23 septembre 1858, pour des coliques hépatiques qui, depuis quelques années, la rendaient on ne peut plus malheureuse. Je lui conseillai des bains alcalins-gélatineux, l'usage des pilules d'extrait de taracsacum, de l'eau minérale de Saint-Galmier, et celui du sirop laxatif fondant dont j'ai donné la formule à la page 413 de mon traité. — Quoique ce traitement eût été exécuté ponctuellement pendant trois mois

d'extrait d'opium, le malade peut en prendre plus ou moins, suivant le besoin, jusqu'à cette dose, sur un morceau de sucre.

Un de mes anciens amis d'études, sujet aux coliques hépatiques, M. le docteur Vollant, d'Argenton (Indre), a employé avec succès sur lui et d'autres malades la préparation suivante : On mêle 1 décigramme d'hydrochlorate de morphine avec un peu de sucre ou de réglisse; on en fait huit doses. M. le docteur Vollant, avant de faire prendre une de ces petites doses, attend que la douleur ait été supportée un certain temps pour ne pas entraver la marche du calcul, et que le malade soit au lit. Aussitôt qu'elle est prise, il recommande au malade de rester dans le repos le plus parfait. Peu après survient une légère moiteur, un relâchement dans la douleur, du calme et cette somnolence agréable que procure la morphine. Si la première dose ne produit pas entièrement cet effet, on a recours, une demi-heure ou une heure après, à une seconde dose. Il assure qu'il est rare qu'on soit obligé d'avoir recours à une troisième pour faire cesser la douleur occasionnée par le calcul engagé, qui passe alors. Les autres doses doivent être réservées en cas de nouvelles coliques.

Après la lecture de ce mémoire, M. le docteur Jules Worms a rappelé que M. Rademacher (de Berlin) avait employé avec succès le chardon marin contre la colique hépatique. Voici sa formule :

Semences entières de chardon marin. . . . . 500 grammes.
Alcool rectifié, } ââ. . . . . 500 —
Eau, }

Infusez pendant huit jours, exprimez et filtrez.
On donne de 20 à 60 gouttes de cette teinture trois fois par jour.

et demi, il survint, en novembre, une nouvelle colique hépatique, avec vomissements, fièvre, douleurs générales, et suivie d'ictère. Au mois de janvier et de février 1859, il y en eut plusieurs autres. Plus ces crises se rapprochaient, moins elles étaient fortes; la jaunisse était aussi moins foncée, mais les démangeaisons à la peau devenaient très incommodes. Il n'y avait pas de vomissements. Dans les moments de souffrances, la langue cuisait horriblement, m'écrivait la malade, et il restait un très mauvais goût dans la bouche. Après les crises, madame T. du D... éprouvait un état de faiblesse et d'apathie qu'elle ne pouvait vaincre.— De nouvelles et plus fortes douleurs se renouvelèrent à partir du 25 avril; l'un des accès fut très violent et dura près de douze heures de suite; tout le ventre semblait entrepris. Il y eut de la fièvre et il se développa un ictère qui devint jaune-foncé. Ces scènes pénibles durèrent près de huit jours; au bout d'un mois, la convalescence était à peine arrivée. — Consulté de nouveau par madame T. du D..., je l'engageai à revenir à son traitement et à ne pas perdre courage; elle se décida, sur mes instances, à se rendre à Vichy. A son retour chez elle, au mois d'août, elle n'avait plus rien ressenti; ses forces étaient revenues, et son estomac, qui n'était guère bon habituellement, fonctionnait très bien. Le teint était tout à fait naturel. — Au 15 mars de cette année 1860, cette dame m'écrivait pour me témoigner sa reconnaissance et me dire que le traitement, suivi très exactement pendant un an, l'avait tout à fait guérie. Je m'empressai de lui répondre pour l'assurer, de mon côté, du plaisir que j'éprouvais de ce bon succès; mais je l'engageai en même temps à se défier quelque peu de l'avenir, attendu que ces maladies sont sujettes à récidiver et que le traitement alcalin ne doit pas être complètement abandonné. En effet, si la cholestérine et la matière colorante de la bile se précipitent de cette liqueur pour former les cholélithes, c'est que la soude qui les y tient en suspension fait défaut. Lorsque les humeurs cessent d'être suffisamment saturées de cet élément, les mêmes résultats peuvent se reproduire, et il est, par suite, indiqué de ne pas en supprimer complètement l'usage.

(*La fin à un prochain numéro.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Note sur l'application de la chaleur développée par les appareils d'éclairage à la ventilation*, par M. *Morin*. — L'auteur pense que, dans certains cas, les becs ordinaires d'éclairage pourraient être disposés de manière que l'air échauffé et les produits de la combustion s'échapperaient directement dans des tuyaux ou conduits d'appel, dont l'action provoquerait la rentrée d'air nouveau, froid ou chaud, selon les saisons, par un système d'appareils, de carneaux particuliers disposés à cet effet.

On pourrait disposer les appareils d'éclairage près des murs et les isoler du milieu qu'ils seraient destinés à éclairer et à assainir tout à la fois, au moyen d'enveloppes de verre, munies ou non, selon les besoins, de réflecteurs disposés de manière à projeter la lumière sur les parties convenables. La portion de ces appareils d'éclairage qui serait du côté des murs et la partie supérieure de leur enveloppe seraient mises en communication directe et libre avec des cheminées d'appel, analogues à celles qui existent dans les bâtiments chauffés et ventilés par les appareils déjà connus. Ces cheminées ainsi fermées à la hauteur des appareils d'éclairage, ayant une ouverture à la surface des planchers, et s'élevant dans les trumeaux des murs de face ou de refend, produiraient un appel d'air dont l'énergie dépendrait de l'intensité du foyer d'éclairage.

M. *Gouyon*, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), lit une note sur une opération qu'il pratique dans les cas de croup où l'on a coutume de recourir à la trachéotomie, et sur certains autres procédés médico-chirurgicaux qui lui sont propres.

PHYSIQUE PHYSIOLOGIQUE. — *Sur l'absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil*, par M. *J. Janssen*. — Ce mémoire comprend :

1° La détermination de la quantité de chaleur qui parvient à la rétine dans les yeux de divers animaux et pour diverses sources;

2° La recherche de la fraction d'absorption afférente à chaque milieu dans l'effet total;

3° La thermocrose des milieux ou l'étude de leur mode d'action sur la chaleur.

Conclusions. — 1° Chez les animaux supérieurs, les milieux de l'œil, qui sont d'une transparence si parfaite pour la lumière, possèdent au contraire la propriété d'absorber d'une manière complète les rayons de chaleur obscure, opérant ainsi une séparation des plus nettes entre ces deux espèces de radiations.

2° Au point de vue physiologique, cette propriété des milieux paraîtra importante si l'on considère que, dans nos meilleures sources artificielles de lumière (lampe Carcel), l'intensité calorifique de ces radiations obscures est décuple de celle des radiations lumineuses.

3° Ces radiations obscures s'éteignent en général avec une rapidité extrême dans les premiers milieux de l'œil : pour la source citée, la cornée en absorbe les deux tiers, l'humeur aqueuse les deux tiers du reste, de sorte qu'une fraction extrêmement faible se présente aux autres milieux.

4° Quant à la cause de cette propriété des milieux de l'œil, elle réside tout entière dans leur nature aqueuse; leur thermocrose est identique avec celle de l'eau.

5° Enfin, une dernière réflexion semble naturelle à l'égard de nos sources artificielles de lumière; ne doit-on pas les considérer comme bien imparfaites encore, puisqu'il existe pour les meilleures d'entre elles une si grande disproportion entre les rayons utiles et ceux qui sont étrangers au phénomène de la vision, disproportion qui se retrouve nécessairement entre la dépense totale et celle qui serait théoriquement nécessaire ?

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Jaubert* sur le service médical des eaux minérales de Gréoulx pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Martin* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1850 à Byrey-sur-Vezouze. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Spire* sur une épidémie de variole qui a régné en 1859 et 1860 dans la commune de Hettange-Grande (Moselle). — *d*. Un rapport de M. le docteur *Lemaistre* sur une épidémie de variole qui a régné de janvier en mai 1860 dans la commune d'Isle (Haute-Vienne). — *e*. Une série de rapports d'épidémies. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une observation d'occlusion intestinale suivie de l'élimination d'une portion d'intestin, par M. le docteur *Henri Dubois*, de Villers-Bretonneux (Somme). (*Comm.:* MM. Cruveilhier et Barth.) — *b*. Une observation de fièvre insidieuse, par M. le docteur *Sabatier*. (*Comm.:* MM. Grisolle et Beau) — *c*. Un travail intitulé : *Nouvelles observations de coryzas chroniques et de punaisies non vénériennes*, par M. le docteur *J.-J. Cazenave* (de Bordeaux). — *d*. Des réflexions sur la discussion actuelle, par M. le docteur *Bassaget*. — *e*. Une lettre de M. *Landouzy*, qui informe l'Académie qu'il a actuellement sous son observation quatre pellagreux qui n'ont jamais fait usage de maïs. — *f*. L'observation d'un cas de calcul biliaire traité par une nouvelle méthode, par M. le docteur *A. Legrand*. (*Comm.:* MM. Barth et Devergie.) — *g*. Une observation intitulée : *Chute d'un lieu élevé; fractures multiples*, par M. le docteur *Rouhier* (de Grancey-le-Château). (*Comm.:* M. Robert.) — *h*. Des observations physiologiques sur l'emploi du café selon ses diverses torréfactions, par M. *Affray*, pharmacien à Nantes. (*Comm.:* MM. Bussy et Lecanu.) — *i*. Une lettre de M. le docteur *Antonio da Luz Pitta*, qui sollicite le titre de membre correspondant étranger.

M. le *Président* annonce que MM. les docteurs Zizurin, président de l'Académie de médecine à Varsovie, et Bœck (de Christiana), assistent à la séance.

M. *Ségalas* dépose sur le bureau le dernier volume des comptes rendus du conseil général de la Seine, contenant un rapport de M. le docteur Véron sur la maison d'accouchements de Paris (Maternité). M. Véron exprime le désir que l'Académie de médecine publie un rapport sur la fièvre puerpérale, et M. Ségalas, qui à sa qualité d'académicien, joint celle de membre du conseil général, voudrait que ce rapport fût publié avant l'ouverture de la prochaine session, c'est-à-dire avant le 15 novembre 1860.

M. *Guérard*, rapporteur de la commission nommée à la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale, prie l'Académie de prendre en considération les difficultés qui retardent son travail. Il lui faudrait la coopération de tous les médecins de Paris pour savoir comment se comportent en ville les épidémies de fièvre puerpérale en même temps qu'elles sévissent dans les établissements hospitaliers. Faute de cette comparaison, l'étude de la fièvre puerpérale dans les hôpitaux ne saurait conduire à des conclusions ayant la valeur que l'Académie et le public sont en droit d'exiger.

M. *Depaul* offre à l'Académie, au nom des auteurs, MM. Bœck (de Christiania) et Danielssen, la 2e livraison de leur grand ouvrage sur les maladies de la peau. Cette livraison est composée de quatre magnifiques planches coloriées et d'un double texte explicatif (français et norvégien). Elle est exclusivement consacrée à la description de la *radesyge;* M. Bœck s'est surtout efforcé de montrer par de nombreuses recherches historiques et par l'observation clinique, que cette affection n'est autre chose qu'un syphilide serpigineuse.

M. *de Kergaradec* donne lecture d'un rapport qu'il n'a pas laissé au secrétariat, et que nous mentionnerons dans un prochain numéro.

Suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

M. *Poggiale*. Après avoir entendu le beau discours de M. Bouillaud et la profession de foi de M. Trousseau, on pensait que l'Académie allait clore cette discussion. M. Malgaigne a cru devoir la continuer et la replacer sur le terrain du vitalisme pur. Il a voulu nous faire entendre sa parole éloquente et effrayer sans doute les chimistes et les organiciens; mais, cette fois, j'aime à le croire, il a manqué son but. En effet, ceux d'entre nous qui défendent les vrais principes de la science ont-ils à redouter la parole d'un homme qui a le malheur de nier nos conquêtes scientifiques et de s'attacher encore à de vaines théories? La science réclame des preuves, des faits et une discussion sérieuse, et je n'ai trouvé, au moins pour ce qui me regarde, dans le discours de M. Malgaigne, que des assertions pompeuses, des erreurs graves, de l'ironie et des plaisanteries indignes de cette tribune.

Ma première argumentation n'a pas porté la lumière dans l'esprit de M. Malgaigne; il est resté sourd à tout ce que j'ai dit sur les mémorables découvertes de Lavoisier, sur les phénomènes chimiques de la respiration, sur les sources de la chaleur animale, sur les substances organiques obtenues par voie de synthèse, sur les actions physiques et chimiques qui se passent dans l'économie, etc.

Au lieu de répondre à mes arguments, on m'a dit : Vous faites artificiellement de l'urée; ce n'est pas de l'urée, mais de l'urine sans reins qu'il nous faut. Faites-nous du sang, faites-nous de la bile, des cellules, des globules, des fibres musculaires, etc., si vous voulez que nous croyons à votre science.

Si nous pouvions faire du sang, de la bile, du lait, etc., on nous dirait encore : Ce n'est pas assez; nous ne croirons à votre chimie que lorsque vous aurez fait courir sur le tapis vert de notre Académie un petit animal sorti vivant de vos creusets.

Si je prends de nouveau la parole, ce n'est donc pas pour convertir les hommes qui ne veulent pas qu'on les trouble dans leur foi scientifique, mais pour démontrer à l'Académie et à tous ceux qui, de près ou de loin, suivent ces débats, les erreurs regrettables de nos honorés collègues.

Et d'abord qu'on me permette de repousser un reproche injuste qui m'a été adressé. On a prétendu que j'avais été dur pour les vitalistes, et que je les avais accusés d'ignorance et de paresse. Ces sortes d'attaques sont en dehors de mes habitudes, et je suis d'ailleurs profondément convaincu qu'elles ne serviront jamais au progrès de la science. J'ai dit seulement que je ne pouvais expliquer le vitalisme pur qu'en admettant que les hommes distingués qui le professent ignorent les phénomènes physiques et les phénomènes chimiques. J'étais certes autorisé à faire cette supposition, après avoir entendu des paroles si regrettables sorties de la bouche d'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine, chargé de la grave responsabilité de l'enseignement officiel, d'un homme qui a acquis une juste célébrité, et qui a osé dire en pleine Académie qu'il ignorait complétement les sciences physiques. Je le suis encore plus aujourd'hui, après avoir entendu M. Malgaigne.

Non, les ultra-vitalistes ne sont pas ignorants et paresseux; je leur reproche, au contraire, de trop écrire, de trop disserter, de trop argumenter sur la nature du principe vital, sur son alliance avec l'âme, et sur les maladies de cette alliance, sans se préoccuper des organes et des phénomènes physico-chimiques. Aussi leurs études sont-elles stériles, et sont-ils condamnés à ne faire aucun progrès dans la science de l'homme. Chaque progrès que nous faisons est, au contraire, une conquête définitive et qui nous permet d'aller plus loin.

On m'a reproché de m'être égayé sur les vitalistes, qui n'ont pour réponse à toute question que *principe vital* ou *force vitale;* mais M. Malgaigne a-t-il fait autre chose dans son long discours? La force vitale n'est-elle pas pour lui la cause de tous les phénomènes physiques et chimiques de l'organisme? On a dit que je me faisais une idée trop effrayée du vitalisme, et que, même du temps de Barthez, le vitalisme faisait une bonne part aux sciences physico-chimiques; enfin on m'a reproché d'ignorer l'illustre doctrine médicale de Montpellier. J'ai relu très attentivement Barthez, Bichat et les principales publications modernes qui traitent du vitalisme, et je déclare que je n'ai rien exagéré.

Suivant Barthez, les lois du principe vital sont absolument étrangères aux lois connues de la mécanique, de l'hydraulique, de la physique et de la chimie. Les divers phénomènes que l'on observe dans le corps de l'homme doivent être rapportés à deux principes différents, dont l'action n'est point mécanique et dont la nature est occulte. L'un est l'âme, et l'autre le principe vital.

D'après Barthez, la chimie ne peut occuper une place dans l'ensemble des connaissances physiologiques que par l'analyse des solides et des liquides, *lorsqu'ils ne sont plus vivants*, tandis que la science de l'homme est essentiellement la connaissance des lois que suit le principe vital dans le corps humain. En un mot, le principe vital est la cause qui produit tous les phénomènes de la vie dans le corps humain. Ces phénomènes n'ont absolument aucun rapport avec les lois physiques et chimiques, et s'accomplissent sous l'influence de la *force vitale*.

Bichat admit que toutes les propriétés vitales étaient des propriétés de la matière; il imita, sous certains rapports, les physiciens et les chimistes; mais comme les vitalistes purs, il prétendit que les phénomènes physiques et chimiques n'intervenaient pas normalement dans les actes vitaux. Il considérait, en outre, ces phénomènes comme incompatibles avec la vie. De là cette fausse définition de la vie : *l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.*

Pour Bichat, la vie est en opposition constante avec les lois physiques, qui n'interviennent normalement qu'après la mort. Ce fut une des erreurs de ce grand génie, erreur due à l'état de la science, et peut-être aussi aux préjugés de son temps. Galilée, dit Magendie, n'avait-il pas expliqué l'ascension des liquides dans le corps d'une pompe par cet axiome de l'antiquité : *La nature a horreur du vide?* On ne trouverait pas un seul physiologiste aujourd'hui, dit M. Cl. Bernard, qui osât soutenir qu'il y a antagonisme et incompatibilité entre les fonctions de la vie et les phénomènes physiques et chimiques. En effet, n'est-il pas démontré pour tout le monde que la vie s'arrête lorsque les phénomènes physiques et chimiques viennent à cesser? M. Cl. Bernard se trompe; il y a encore un physiologiste qui soutient cette singulière doctrine.

On cherche en vain dans les phénomènes de la vie l'opposition qui existe, dit-on, entre les phénomènes qu'on peut appeler vitaux, comme la sensibilité, la contractilité, et les phénomènes physico-chimiques. On nous parle sans cesse de la putréfaction qui se produit dans les corps morts. Mais les conditions sont-elles les mêmes? Les transformations incessantes des tissus vivants ne s'opposent-elles pas à leur destruction? Ne sait-on pas d'ailleurs que, dans une foule de cas, la putréfaction des corps morts eux-mêmes est empêchée?

Nous devons à Bichat d'avoir fait tous ses efforts pour renverser les doctrines basées sur l'âme de Stahl, l'archée de Van Helmont, le principe vital de Barthez, la force vitale, etc. La connaissance des causes premières étant interdite à l'homme, ce grand physiologiste n'a voulu étudier que les résultats généraux de ces causes inconnues. « Chercher la connexion des causes premières avec leurs effets généraux, c'est, dit-il, marcher en aveugle dans un chemin où mille sentiers mènent à l'erreur. » Je dirai donc avec Bichat, que nous importe la connaissance des causes premières ? Avons-nous besoin de savoir ce que sont l'oxygène, le calorique, la lumière, pour en examiner les phénomènes ? Ne peut-on, sans connaître le principe de la vie, la force vitale, la force chimique, l'affinité, étudier la sensibilité, la motilité, les phénomènes physico-chimiques de la digestion, de la respiration, de la sécrétion urinaire, etc. ? Ne nous attachons donc qu'aux résultats de cette cause inconnue, et cessons de discuter sur des choses que l'homme ne connaîtra jamais. Le principe vital est un mystère impénétrable, un être imaginaire, abstrait, inconnu, qu'on a habillé de mille façons ; mais ce n'est pas avec un mystère qu'on fonde une science et qu'on la fait progresser. Aussi les physiciens et les chimistes se garderont-ils d'employer jamais une pareille méthode.

Mais on m'a dit : Vous vous trompez ; personne ne songe plus à défendre la vieille doctrine de Montpellier. Voyons s'il en est réellement ainsi. J'ai relu la discussion qui a eu lieu en 1855 entre les vitalistes et les organistes, j'ai relu les publications récentes sur le vitalisme, et la plupart des auteurs sont restés sur le même terrain que Barthez.

Pour les vitalistes dont il est question, le vitalisme et l'organicisme sont inconciliables, il y a entre ces deux systèmes un antagonisme complet. Ils n'admettent pas qu'il existe normalement dans l'économie des actions physiques et chimiques. L'organisme serait soumis à des lois spéciales, indépendantes de celles qui régissent la matière. Tous les phénomènes physiques et chimiques sont produits par la force vitale qui est *une* comme l'âme. Cette force vitale a la *science infuse* des procédés aveugles et nécessaires ; elle défend les organes et lutte sans cesse contre l'influence des causes morbifiques. Cette force préside à tous les phénomènes de l'organisme, comme l'affinité préside aux phénomènes chimiques du monde inorganique. Comme on le voit, c'est la pensée de Barthez tout entière exprimée en d'autres termes. M. Malgaigne n'a-t-il pas défendu ces principes ?

Pour certains vitalistes modernes, la puissance, qui fait vivre l'homme et les êtres organisés, est l'accomplissement de la volonté créatrice, l'impulsion continuée d'une loi divine. Les médicaments et les substances énergiques n'agissent, suivant les vitalistes anciens et modernes, que par la force vitale. L'abus des liqueurs alcooliques, l'air vicié, les aliments de mauvaise qualité, les acides minéraux, les carbonates alcalins, le nitrate de potasse, etc., agissent sur le principe vital. C'est par la force vitale que les sels de cuivre, de mercure, de plomb, tuent l'homme et les animaux. Trouve-t-on dans tout cela quelque chose qui diffère des doctrines de Barthez ? Non, assurément. Dans une publication récente, un des vitalistes les plus considérés, n'a-t-il pas écrit qu'il ne se passe pas au sein de l'organisme vivant une seule action de physique, proprement dite ou de chimie générale ? C'est, dit-il, une autre chimie, c'est une autre physique, qui ont leurs lois propres. Ce sont précisément ces principes contre lesquels je ne cesserai de protester.

Si l'on nous disait : Oui, c'est en vertu des affinités chimiques ordinaires que l'oxygène de l'économie se combine avec l'hydrogène et le carbone pour produire de l'eau et de l'acide carbonique, que les matières amylacées se transforment en sucre, que l'azote est éliminé à l'état d'urée et d'acide urique, et que les combinaisons organiques et inorganiques se modifient dans l'économie ; nous reconnaîtrions volontiers de notre côté qu'il est des phénomènes, tels que la sensibilité et la motilité, qui ne sont pas explicables aujourd'hui par la chimie et par la physique ; si les vitalistes expérimentaient au lieu de nous combattre, s'ils acceptaient nos méthodes expérimentales, nous pourrions vivre en bonne intelligence avec eux ; mais, tant qu'ils feront jouer le premier rôle au principe vital, la guerre continuera, on accumulera des faits contre les doctrines dynamiques et je ne doute pas que dans un avenir prochain elles ne s'écroulent.

Si vous vous étiez borné, m'a-t-on dit, à exposer devant l'Académie les services que la chimie rend à la physiologie et à la médecine, tout le monde vous eût applaudi. Mais là n'est pas la difficulté. Qui doute aujourd'hui des services rendus par la chimie aux sciences médicales ? Les recherches si importantes qui ont été publiées depuis une vingtaine d'années sur la composition chimique du sang, de l'urine, des concrétions urinaires, de la plupart des liquides animaux, sont connues de tout le monde. Tout le monde connaît également les belles applications de la chimie et de la physique à la physiologie, à la toxicologie, à la neutralisation des poisons, à la thérapeutique. Mais, je le répète, la question n'est pas là. Il s'agit de savoir aujourd'hui si le rôle du chimiste ne commence que lorsque la vie a cessé, s'il lui est interdit de pénétrer dans l'organisme, et si les actions physiques et chimiques de l'économie sont soumises à d'autres lois que celles du monde extérieur. Eh bien ! quelles que soient les prétentions des vitalistes, je déclare que l'étude de l'homme appartient à tout le monde, aux philosophes, aux médecins, aux chimistes, aux physiciens. Les premiers étudient l'intelligence de l'homme et ses nobles facultés, les médecins, indépendamment des études pathologiques, analysent plus particulièrement les phénomènes vitaux, tels que la sensibilité et la motilité ; le physicien et le chimiste, le rôle de la matière dans les phénomènes de la vie, c'est-à-dire l'étude des phénomènes qui, dans l'économie comme en dehors de l'économie, appartiennent aux lois générales de la matière. Cette étude se ferait beaucoup mieux si le médecin était en même temps chimiste et physicien, mais leurs efforts combinés peuvent conduire au même résultat sans subordination et sans absorption.

On prétend que notre chimie détruit la physiologie et qu'elle ne peut intervenir qu'après la mort. C'est une grave erreur. Visitez les laboratoires des physiologistes français et allemands, et vous verrez quel est le concours de la chimie dans les expériences physiologiques. Est-ce après la mort que M. Bernard a prouvé que le sucre se forme dans le foie ? Est-ce après la mort que l'on a reconnu que, dans l'acte de la respiration, l'oxygène se combine avec l'hydrogène et le carbone du sang, et produit ainsi la chaleur animale ? Est-ce après la mort que l'on a étudié l'action du suc gastrique et du suc pancréatique sur les aliments ? Est-ce après la mort que l'on a constaté que beaucoup de substances organiques et inorganiques éprouvent dans l'économie les mêmes altérations que lorsqu'on les met en présence des agents chimiques ?

On m'a fait dire que je ne vois dans les manifestations de la vie que des phénomènes physiques et chimiques soumis aux lois ordinaires de la physique et de la chimie. Je proteste contre cette interprétation de ma pensée, et je défie mes contradicteurs de citer une ligne de ma première dissertation qui le prouve.

Mon opinion est celle de tous les physiciens et de tous les chimistes français, et je puis ajouter de presque tous les chimistes les plus illustres de l'Europe. J'ai essayé de prouver par de nombreux exemples que les combinaisons organiques et inorganiques éprouvent dans l'économie les mêmes altérations que lorsqu'on les met en présence des agents chimiques ; qu'elles sont soumises aux lois générales de la matière et que l'on doit rechercher l'explication des actes physiologiques dans les lois de mieux en mieux connues de la chimie et de la physique. L'Académie sait que je tiens compte de la vie dans l'ensemble des fonctions physiologiques, et que je ne compare pas l'homme à un corps brut. Voudrait-on me classer parmi les vitalistes, parce que j'admets la sensibilité, la motilité, la vie ? Si l'on devient vitaliste à si bon compte, je ne demande pas mieux.

Puisque les faits nombreux consignés dans ma première argumentation n'ont pas convaincu M. Malgaigne, je demande la permission de soumettre à l'Académie d'autres faits qui, comme les premiers, démontreront à ceux qui n'ont pas de parti pris l'existence normale de phénomènes physiques, chimiques et mécaniques dans l'organisme, sans faire intervenir la force vitale.

Devons-nous conclure de tout ce que nous venons de dire que

tous les phénomènes des corps vivants peuvent être expliqués par les forces physiques? Ce serait une erreur aussi grave que celle que nous reprochons aux vitalistes, et aucun physicien sérieux n'a jamais annoncé une semblable prétention. Il y a dans l'organisme autre chose dont il faut tenir compte, bien que nous en ignorions la nature : il y a l'ensemble des fonctions; il y a l'action nerveuse dans les animaux supérieurs; il y a des actions plus obscures dans les animaux inférieurs et dans les plantes. Si nous pouvons expliquer par les lois de la physique et de la chimie la plupart des phénomènes des corps vivants, nous n'avons pas la prétention de les expliquer tous. Il en est qu'on doit appeler vitaux, mais il faut bien se garder de leur donner le nom de forces vitales. Conservons le nom empirique de phénomènes vitaux, qui devient d'ailleurs tous les jours plus restreint; mais évitons l'emploi des mots qui n'expriment aucune vérité et qui jettent la confusion dans les sciences. Si Newton, dit M. Matteucci, s'était borné à donner le nom d'attraction à la force qui régit le merveilleux système de la mécanique céleste, son nom serait depuis longtemps tombé dans l'oubli; mais il a démontré que l'attraction s'exerce en raison directe des masses, en raison inverse du carré de la distance, et il a rendu son nom immortel en dévoilant ainsi les admirables lois de cette force. Nous l'avons déjà dit dans notre première argumentation; disserter, argumenter sur le principe vital, sur les forces vitales, et ignorer les lois d'après lesquelles elles agissent, c'est ne rien faire du tout, c'est arrêter le progrès, c'est s'opposer à la recherche de la vérité.

Dans ma première argumentation, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie un grand nombre d'exemples qui prouvent que les actions chimiques de l'économie s'accomplissent en vertu des mêmes lois que celles du monde physique. Pour que ma démonstration soit aussi complète que possible, et dans l'espoir d'ébranler mes contradicteurs, je demande à l'Académie la permission d'ajouter de nouveaux arguments à ceux que j'ai déjà produits.

J'ai déjà appelé l'attention de l'Académie sur les composés organiques qu'on est parvenu à obtenir par voie de synthèse, et je lui ai présenté des échantillons d'urée, d'alcool, d'essence de moutarde, de stéarine, de margarine, de butyrine, obtenus artificiellement. Je voudrais prouver maintenant que nous pouvons reproduire dans nos laboratoires un grand nombre d'opérations chimiques qui s'accomplissent dans l'économie. Examinons pour cela ce qui se passe dans l'acte de la digestion et particulièrement l'action de la salive, du suc gastrique et du suc pancréatique sur les aliments.

Bien que la salive paraisse avoir une action chimique très restreinte dans les phénomènes de la digestion, il est incontestable qu'indépendamment de son action physique, elle possède la propriété de convertir l'amidon en glycose.

M. Bernard a fait voir que les sécrétions parotidienne et sous-maxillaire isolées ou réunies ne sont pas susceptibles de produire cette transformation; mais la sécrétion sous-maxillaire acquiert cette propriété lorsqu'elle est mêlée avec le mucus de la bouche. On observe ces divers phénomènes dans un ballon de verre, dans la bouche ou dans le tube digestif. On ne peut donc pas admettre qu'ils soient produits par la force vitale.

Le suc gastrique possède la propriété de dissoudre les matières albuminoïdes et les tissus qui donnent de la gélatine; il les gonfle, les rend demi-transparentes, les désagrége et enfin les dissout. Il les transforme ainsi en produits facilement absorbables.

Ces phénomènes s'observent également en dehors de l'organisme. Tout le monde connaît les célèbres expériences de Spallanzani et celles de MM. Beaumont, Tiedmann et Gmelin. Quand on mêle le suc gastrique avec des aliments mâchés et que l'on introduit le mélange dans de petits tubes de verre à la température du corps humain, au bout de quelques heures les aliments se transforment en une gelée ou en une bouillie liquide. Que l'on opère dans la cavité de l'estomac ou dans des tubes de verre, il est indispensable que le suc gastrique ait une réaction acide. Il perd, en effet, dans les deux cas la propriété digestive si on le neutralise par un carbonate alcalin; il perd également cette propriété par la chaleur qui détruit la pepsine et par l'addition de diverses substances, telles que l'acide arsénieux, l'acide sulfureux, l'alun, etc. M. Malgaigne dira-t-il que ces phénomènes ne s'accomplissent qu'en vertu de la force vitale?

L'action du suc pancréatique sur les matières grasses nous fournira un nouvel argument. M. Bernard a observé que le suc pancréatique agit sur les matières grasses d'une manière énergique; il les émulsionne instantanément et les rend absorbables. Le suc pancréatique transforme également la fécule en glycose. Si l'on agit en dehors de l'organisme, on observe les mêmes phénomènes sur les matières grasses et sur l'amidon.

Je répéterai encore qu'il faut admettre, bien entendu, dans les fonctions digestives, comme dans toutes les fonctions, l'influence du système nerveux. Ainsi, quand on coupe les pneumogastriques, la sécrétion du suc gastrique acide cesse, et l'on voit prédominer la sécrétion alcaline ou mucus gastrique. La digestion n'est plus possible dans ces conditions. Dans plusieurs états pathologiques, le suc gastrique n'est plus sécrété, et les fonctions digestives ne s'accomplissent plus. On comprend dès lors que, sous l'influence d'un chagrin violent, d'une triste nouvelle, la composition du suc gastrique soit modifiée et que l'acte de la digestion soit empêché.

Nous venons de voir que les matières grasses sont émulsionnées par le suc pancréatique. Après avoir subi cette modification, elles passent dans les chylifères et donnent au chyle son opacité et sa blancheur. Les matières grasses des aliments végétaux et animaux sont l'origine principale de la graisse; cependant de nombreuses expériences faites avec le plus grand soin, ont prouvé qu'il se produit de la graisse dans l'organisme. MM. Dumas et Milne Edwards ont reconnu, en effet, que les abeilles produisent de la cire, même quand elles ne sont nourries qu'avec du sucre. MM. Pelouze et Gélis ont constaté qu'en dehors de l'économie, le sucre donne naissance à un acide gras, l'acide butyrique.

La graisse qui pénètre ou qui se forme dans l'économie, est destinée à être brûlée et à produire de l'eau et de l'acide carbonique qui entretiennent la chaleur animale. Aussi Lavoisier n'a-t-il considéré la respiration que comme une combustion lente de carbone et d'hydrogène, qui est, dit-il, semblable en tout à celle qui s'opère dans une lampe ou dans une bougie qui brûle.

Est-il possible d'admettre avec les ultra-vitalistes que la chaleur animale est due à la force vitale et non à la combinaison de l'oxygène avec le carbone et l'hydrogène? On sait cependant que le corps humain est traversé par un poids énorme d'oxygène, et que, d'après les expériences de MM. Favre et Silbermann, on représente la chaleur de combustion de l'hydrogène par 34462 calories et celle du carbone par 8080 calories, quand il se transforme directement en acide carbonique. Pourquoi, dans l'économie, la chaleur ne se produirait-elle pas par l'action chimique comme en dehors de l'organisme? pourquoi avoir recours à une force occulte, au lieu d'expliquer ces phénomènes par les véritables forces de la nature? Je ne cesserai de protester, au nom de la science, contre de pareilles doctrines. Les recherches des chimistes ont établi que les composés organiques et inorganiques obéissent aux mêmes lois, et que, quand on opère dans les mêmes conditions, on obtient les mêmes résultats. Sans doute les éléments organiques présentent une grande mobilité dans leurs actions, mais il serait contraire à toutes les notions scientifiques, si l'on admettait des agents mystérieux et des forces spéciales pour leur formation. Il n'est plus possible de supposer qu'un composé chimique perde son caractère fondamental dans l'économie, et, au contraire, un grand nombre de faits attestent que les corps qui ont les mêmes propriétés chimiques remplissent les mêmes fonctions physiologiques. M. Roussin, professeur agrégé de chimie du Val-de-Grâce, en a fourni dans ces derniers temps des exemples remarquables, d'où il semble déjà ressortir une loi générale qu'il a formulée ainsi :

« Les substances isomorphes au point de vue de leur groupement moléculaire, sont isomorphes également au point de vue physiologique. »

En résumé, il est impossible d'admettre que les substances de l'organisme vivant soient soustraites aux lois de la physique et de la chimie. Nous considérons, au contraire, comme démontré que les mêmes lois président aux transformations qui s'opèrent dans

l'économie, aussi bien que dans les corps bruts. Les matières organiques éprouvent des transformations variées, et l'on comprend que les forces physiques et chimiques produisent des résultats différents dans les corps organisés et dans la nature morte: Ce sont d'autres appareils et d'autres opérations, comme l'a dit M. Bouillaud dans son savant discours. La science ne permet pas d'expliquer les propriétés du système nerveux et de remonter à la cause des phénomènes qu'on appelle vitaux, mais ce n'est pas une raison pour supposer une force nouvelle qui n'est soumise à aucune loi, et qui, par conséquent, au lieu d'appartenir aux sciences physiques, est du domaine de la métaphysique dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Dans les sciences, expliquer un phénomène, c'est le soumettre à des lois connues, et la physiologie ne pourrait pas être classée parmi les sciences exactes, si elle admettait un principe vital, une force vitale.

Au lieu d'engager les jeunes médecins dans cette voie sans issue, au lieu d'arrêter l'esprit de recherche, encouragez les études de chimie, de physique, d'anatomie et de physiologie, que ces études soient *fondamentales* au lieu d'être *accessoires*, et soyez convaincus qu'en appliquant sagement les sciences physiques à la physiologie, on parviendra tôt ou tard à bien comprendre l'ensemble des phénomènes physiques et chimiques de la vie.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 3 AOUT 1860.

Communication de M. le docteur *Bourguignon* sur un nouvel appareil pour les injections sous-cutanées du sulfate d'atropine.

Discussion du mémoire de M. *Bourguignon* sur les causes des névralgies en général.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Étude sur l'intoxication lente par les préparations de plomb; son influence sur le produit de la conception, par M. Constantin Paul, interne des hôpitaux de Paris.

La transmission par hérédité d'accidents produits par un corps inorganique est demeurée jusque-là complétement ignorée. M. Paul a le mérite de l'avoir mise hors de doute, pour l'intoxication saturnine, dans le mémoire très intéressant dont nous donnons ici un résumé succinct. C'est un fait d'autant plus important à signaler qu'il touche à la fois à l'hygiène professionnelle et à des questions élevées de doctrine médicale.

Le fait qui a fixé d'abord l'attention de M. Paul sur ce point de la pathologie des intoxications est celui d'une femme qui avait eu trois couches heureuses et trois beaux enfants avant de s'exposer à l'action des préparations plombiques, et qui, depuis qu'elle subissait cette influence, avait eu, sur dix grossesses, huit fausses couches, un enfant mort-né et un seul enfant venu à terme, mais mort à l'âge de cinq mois. Les recherches auxquelles M. Paul s'est livré pour s'assurer si le plomb pouvait être la cause de cette mortalité pesant sur dix enfants, l'ont mis en possession de quatre-vingt et une observations portant principalement sur des femmes. D'après ces faits, M. Paul se croit en mesure d'affirmer aujourd'hui « que l'intoxication saturnine se manifeste non-seulement par les accidents que nous connaissons, mais encore par la mort du fœtus ou la mort prématurée de l'enfant, que ce soit le père ou la mère qui se soit exposé à l'intoxication. »

« Ce fait se démontre, dit l'auteur :

» 1° Par la présence des métrorrhagies chez des femmes qui ont eu une suppression des règles pendant un ou plusieurs mois, avec tous les signes qui font croire à une grossesse, dans la limite d'affirmations qu'on en peut faire à cette époque;

» 2° Par des fausses couches de trois à six mois;

» 3° Par des accouchements prématurés dans lesquels les enfants viennent morts ou mourants;

» 4° Par une mortalité au-dessus de la moyenne dans les trois premières années de la vie de l'enfant. »

Voici quelques détails : les quatre-vingt et une observations de M. Paul donnent un ensemble de 123 grossesses, sur lesquelles il y a :

64 avortements ;
4 accouchements prématurés, 1 au septième mois, 3 au huitième ;
5 mort-nés;
20 enfants morts dans la première année ;
8 enfants morts dans la deuxième ;
7 enfants morts dans la troisième ;
1 mort plus tard ;
14 enfants vivants, dont 10 seulement ont plus de trois ans ;
Plus 15 métrorrhagies, tenant sans doute à des avortements.

Ainsi, sur 123 grossesses confirmées, 73 enfants sont morts avant l'accouchement. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. M. Paul n'a pu se procurer une moyenne de ce qui se passe habituellement; elle n'existe pas et serait difficile à établir, parce que la déclaration de naissance ne peut et ne doit partir que de l'époque de la viabilité. Quant à la proportion des mort-nés, qui est de 5 contre 50 enfants venus vivants, dans le tableau qui précède, elle serait habituellement de 3,7 d'après les chiffres du bureau de statistique de la préfecture de la Seine. Toutefois, ce dernier chiffre comprend non-seulement les enfants mort-nés, mais encore les individus morts dans l'intervalle qui sépare la naissance de la déclaration; il est donc plus fort qu'il ne devrait être. Dans le tableau de M. Paul, cette source d'erreur a été évitée; mais en se mettant à cet égard dans les mêmes conditions que les registres de l'état civil, le chiffre des mort-nés est de 9 sur 50 enfants vivants.

Les relevés des décès pendant l'année 1856, comparés aux décès des enfants dont il s'agit ici, donnent les chiffres suivants ; sur 50 naissances il y a :

Dans la première année, 7,42 décès, tandis qu'ici il y en a 20 ;
Dans la deuxième, 2,70, ici il y en a 8 ;
Dans la troisième, 1,33, ici il y en a 7.

L'influence nuisible de l'intoxication saturnine ressort assez clairement de ce qui précède. On en trouve une preuve tout aussi évidente en comparant les résultats des grossesses chez des sujets identiques avant et pendant l'intoxication. M. Paul cite à cet égard cinq femmes qui, avant de s'exposer au plomb, ont eu en somme 9 enfants à terme et pas de métrorrhagies, pas de fausses couches ni d'autres accidents de grossesses. Depuis qu'elles se sont exposées au plomb, elles ont eu 36 grossesses nouvelles, sur lesquelles 26 fausses couches; 1 accouchement prématuré; 2 mort-nés; 5 enfants morts, dont 4 dans la première année; 2 enfants vivants, dont l'un est chétif, mal portant, et l'autre n'est encore que dans sa troisième année.

Renversant ensuite les termes de la comparaison, M. Paul cite l'observation d'une femme qui eut 5 fausses couches sur 5 grossesses pendant qu'elle travaillait au plomb, et qui, après avoir changé d'état, eut un enfant vivant qui se porte bien. Cette observation est la seule que l'auteur possède; cela tient à ce que les femmes qui se trouvent dans ces conditions ont quitté les ateliers, et que le hasard seul peut les faire retrouver.

L'influence du plomb, transmise par le père de l'enfant, est tout aussi réelle que quand c'est la mère qui y est exposée; elle est cependant moins malfaisante peut-être, ce qui tient à ce que, chez la mère, l'intoxication produit son effet sur l'organisme, non-seulement au moment de la conception, mais encore pendant toute la durée de la grossesse.

Il n'est, au reste, pas nécessaire, pour que la mort du fœtus arrive, qu'il y ait eu une intoxication profonde. Cet accident peut être la seule manifestation de l'intoxication saturnine chez des individus présentant le liséré des gencives.

Il ressort enfin des observations recueillies par M. Paul que le plomb ne paraît pas modifier l'aptitude à la fécondation. Sur 81 in-

dividus, hommes ou femmes, 29 ont vu survenir, pendant qu'ils travaillaient au plomb, des grossesses dont le total s'élève à 123, c'est-à-dire plus de 4 par individus, ce qui n'est certainement pas au-dessous de la moyenne. (*Archives générales de médecine*, mai 1860.)

Emploi de lavements iodés dans l'hépatite, par le docteur INNHAUSER.

Le fait suivant, dont nous n'avons sous les yeux qu'un résumé succinct donné par le *Journal de médecine de Bruxelles* (avril 1860), d'après le *Geneeskundige Courant der Nederl.* (n° 6), peut paraître assez sujet à caution par sa singularité; toutefois, on ne saurait absolument mettre en doute le diagnostic d'un médecin habile comme l'est M. Innhauser, et, dès lors, les résultats du traitement méritent de fixer l'attention des praticiens.

Une femme mariée souffrait, depuis plusieurs années, de constipation, de douleurs dans l'hypochondre droit, et d'un léger degré d'ictère. Ayant été exposée à une forte pluie, elle fut prise d'une hépatite aiguë qui ne céda pas à un traitement antiphlogistique. Des vomissements opiniâtres de bile et d'aliments non digérés constituaient les symptômes prédominants; mais l'ictère et les douleurs au foie avaient en même temps augmenté; il y avait en plus une fièvre intense et du subdelirium.

Comme l'estomac rejetait constamment tout, et que d'autres praticiens avaient déjà obtenu de bons résultats de l'administration de l'iode dans les affections chroniques du foie, M. Innhauser prescrivit des lavements iodés (iodure de potassium, 50 centigr., et teinture d'iode, 5 gouttes), à donner toutes les quatre heures dans une légère décoction de lin, en ayant soin de faire suivre le second lavement iodé d'un lavement évacuant.

Les vomissements cessèrent après le second lavement. A partir de ce moment, l'auteur fit faire aussi des frictions avec la teinture d'iode sur la région du foie. Après avoir employé ces moyens pendant vingt-quatre heures, on constata une amélioration évidente : le volume du foie avait notablement diminué, et à peine sentait-on encore cet organe déborder les fausses côtes. La fièvre avait beaucoup diminué, et il y eut une selle qui amena un grand soulagement.

Ces mêmes moyens ayant été continués à plus faible dose, tous les symptômes s'amoindrirent peu à peu, et la malade se rétablit complétement en peu de temps.

Corps étranger fourchu introduit dans le rectum et retiré au dix-huitième jour; guérison, par le docteur F. RAFFY (de Puymirol).

OBS. — Le malade dont il s'agit présentait depuis douze jours environ une hémorrhagie anale intermittente. A l'en croire, ces pertes seraient survenues à la suite d'un effort précédent. Quant M. Raffy le vit, le 26 septembre 1858, l'hémorrhagie continuait très abondante, le malade était dans un état d'anémie extrême et éprouvait les plus violentes douleurs à l'anus et dans le rectum. Il niait résolument avoir avalé ou introduit dans le rectum un corps étranger. Le sphincter anal était fortement contracté; toutefois le doigt put pénétrer dans le rectum et y rencontra un corps dur et allongé. La contraction du sphincter faisait échouer toutes les tentations d'extraction.

M. Raffy fendit alors le sphincter par un coup de bistouri, et le doigt put alors pénétrer complétement dans le rectum. On trouva un corps dur, allongé, à surface dépolie, qui paraissait implanté dans un des replis du rectum. Ce ne fut pas sans effort qu'à l'aide des deux doigts on amena au dehors une tige ligneuse de la grosseur du petit doigt qu'il fut impossible d'amener à plus d'un centimètre au dehors de l'anus. Cette extrémité étant fixée par un aide, M. Raffy suivit la tige avec l'indicateur et arriva à la rencontre d'une nouvelle tige qui paraissait articulée avec la première à angle aigu. Il fallut beaucoup de peine pour la dégager et l'amener dans l'axe du rectum. Rapprochant alors les deux branches, on retira une véritable fourche en bois parfaitement intacte. Les deux branches, de la grosseur du petit doigt, mesuraient un écartement de 7 centimètres et une longueur, pour l'une de 8 centimètres, et pour l'autre de 7.

L'extraction de ce corps fut suivie de l'issue d'une abondante quantité de sang, mais qui n'eut point de durée. — Le malade finit par se rétablir après une convalescence assez longue.

« Dans quel but cet homme, âgé de trente sept ans, père de deux enfants, s'était-il introduit ce corps étranger dans le rectum? S'il faut l'en croire, c'était uniquement dans le but de favoriser la sortie des matières fécales; mais on comprendra que la honte et le choix du corps, joints d'ailleurs à une conduite peu exemplaire, laissent pressentir un but qu'il est inutile de nommer. » (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, mars 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

De l'asthme, par THÉRY (Jean-Pierre), médecin de l'hospice civil de Langon, ancien interne des hôpitaux de Paris, ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, 1 vol. in-8, chez Germer Baillère; Paris, 1859.

En 1847, l'Académie de médecine mit au concours cette question : *De l'asthme*. Le prix ne fut pas décerné, mais un encouragement fut accordé au mémoire du docteur Théry. C'est ce travail que l'auteur a publié l'année dernière, après lui avoir apporté toutefois de profondes modifications. Il ne s'est point proposé de répandre et de soutenir des idées nouvelles, il n'a point entendu consacrer son ouvrage à la défense de quelque théorie inédite sur ce sujet si souvent controversé. Son but a été autre ; il a voulu simplement, nous dit-il lui-même, résumer les connaissances acquises et présenter un compte rendu exact et fidèle des progrès faits par la science sur un sujet épineux et difficile. Ce but si modeste, M. Théry, disons-le tout d'abord, l'a pleinement atteint; mais nous regrettons, pour notre part, qu'il n'ait pas osé prétendre au delà et qu'il n'ait pas utilisé les nombreux matériaux qu'il a rassemblés, pour édifier une œuvre aussi complète au point de vue dogmatique qu'elle l'est sous le rapport descriptif et clinique. Un examen rapide de la manière dont l'auteur a traité la question nous permettra d'indiquer et de faire ressortir les desiderata que nous signalons ici.

L'ouvrage de M. Théry est divisé en deux parties bien distinctes. Dans la première, qui n'est en quelque sorte que l'introduction et la justification de la seconde, l'auteur a réuni 207 observations empruntées aux travaux les plus estimés sur le sujet et à son observation personnelle; ces faits sont destinés à servir d'exemples types et à présenter au lecteur les nombreuses variétés que peut offrir la maladie dans son évolution. Ces observations ne sont, d'ailleurs, pas réunies sans ordre et rassemblées au hasard; elles sont réparties en sept sections, suivant qu'elles ont principalement trait à l'un ou à l'autre des points de vue sous lesquels toute maladie peut être considérée. C'est ainsi que les 5 observations de la première section ont surtout pour but de montrer la symptomatologie de l'asthme; les 44 suivantes ont pour objet l'étiologie et permettent d'apprécier l'influence réelle des causes les plus variées, les plus bizarres quelquefois. Viennent ensuite 52 exemples des diverses lésions organiques qui ont été rencontrées dans les autopsies, puis 25 observations destinées à élucider la question de la nature et du siége de la maladie; 27 autres se rapportent aux complications, 24 à la durée, à la marche et aux terminaisons, et enfin 30 sont destinées à démontrer les ressources de la thérapeutique. L'auteur, craignant que le nombre même de ces observations n'en rendît les conclusions moins évidentes ou moins faciles à saisir, a eu soin de les faire suivre de tableaux synoptiques qui permettent d'apprécier d'un coup d'œil des résultats intéressants. Ces relevés viennent démontrer une fois de plus la vérité de cette proposition émise déjà par Cœlius Aurelianus (*De morbis acutis et chronicis*, libri VIII), à savoir que l'asthme est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Toutefois, la différence est

loin d'atteindre la proportion indiquée par Naumann (*Handbuch der medicinischen Klinik*, 1834) et par Joseph Frank (*Traité de pathologie interne*, IV), qui avancent que le nombre des hommes asthmatiques est, à celui des femmes, comme six est à un; notre auteur a, en effet, trouvé sur 209 cas, 149 hommes et 60 femmes, c'est-à-dire une relation de 1 à 2 1/2. Nous craignons que cette différence ne soit pas fortuite et qu'elle tienne à une confusion contre laquelle Frank avait déjà mis en garde, confusion qui consiste à regarder comme asthmatiques des femmes qui ont des accès de suffocation hystérique. Tout au moins, sommes-nous autorisé à formuler un doute à cet égard, puisque M. Théry range l'hystérie parmi les causes de l'asthme. C'est probablement par une erreur de même ordre qu'Arétée, seul entre tous les auteurs, était arrivé à formuler cette proposition précisément inverse : « Huic vitio mulieres op-» portunæ sunt magis, quam viri, quando quidem et humidæ et frigidæ sunt. » (Aretæi Cappadocis, *De causis et signis acutorum et diuturnorum morborum libri quatuor; de curatione acutorum et diuturnorum morborum libri quatuor*; Leyde, 1735.) Il résulte, en outre, d'un tableau spécial dans lequel l'âge est étudié séparément dans chaque sexe, que le maximum de fréquence, sur 69 cas, a été pour l'homme de trente-six à quarante ans (13 observations), tandis que pour la femme, sur 37 cas ce maximum s'est montré de vingt et un à vingt-cinq ans (7 observations). Les résultats ne sont pas moins intéressants en ce qui touche la profession. Sur 98 cas (hommes) où elle a été notée, 29 concernent des malades appartenant aux classes élevées de la société, 27 se rapportent à des hommes exerçant des professions libérales, et, dans ce dernier groupe de 27 malades, 10 étaient prêtres; ainsi se trouve confirmée cette assertion d'Hoffmann : « Hominum hoc genus propter » crebriorem sermocinationem, humorum congestioni ad pulmones, » præ reliquis obnoxium est. » (*Friderici Hoffmanni opera omnia*, Genève, 1740, avec deux suppléments.) Nous ne pouvons poursuivre plus longtemps l'examen de ces tableaux synoptiques; ce que nous en avons dit suffit, d'ailleurs, pour montrer qu'ils seront consultés avec le plus grand fruit. Nous avons cependant un léger reproche à leur adresser en ce qui a trait aux résultats nécroscopiques. L'auteur, exposant les lésions diverses trouvées dans soixante-deux autopsies, les a simplement énumérées sans les distinguer entre elles d'après leur importance ou leur fréquence; il eût été plus utile, ce nous semble, de séparer celles qui sont en relation évidente avec la maladie (qu'elles soient primitives ou secondaires, peu importe pour le moment) de celles qui lui sont complétement étrangères, et n'ont avec elle d'autre rapport que celui d'une coïncidence tout accidentelle. Il eût évité par là de mettre sur le même rang l'emphysème pulmonaire et les épanchements cérébraux, par exemple, ou bien encore les affections des bronches et les altérations de la rate et du pancréas. Ce tableau renferme les deux observations remarquables de MM. Andral et Montault, dans lesquelles les nerfs diaphragmatiques et pneumogastriques furent trouvés altérés. En outre, 4 cas empruntés à Brée, Andral, Damaodge Needham, viennent témoigner, s'il en est encore besoin, qu'on peut ne rencontrer à l'autopsie aucune espèce de lésion.

Cette première partie de l'ouvrage sera pour chacun une source de renseignements précieux, et nous la croyons, quant à nous, d'une utilité incontestable. Nous ne ferons à M. Théry qu'un reproche de détail; nous aurions voulu qu'il ne se bornât pas à indiquer les noms des auteurs de ses observations, et qu'il fît connaître exactement les sources bibliographiques d'où il les a tirées.

La seconde partie est consacrée à la description didactique de l'asthme, et cette étude est faite avec tout le soin, tous les détails que l'on est en droit d'attendre de l'auteur d'une monographie. Un historique complet présente les diverses théories qui ont tour à tour été proposées sur la nature et le mode de production de l'asthme, et l'aridité d'une telle revue est amplement compensée par de nombreuses citations originales que M. Théry a eu l'heureuse idée de joindre à son exposé; nous mentionnerons, entre autres, deux fragments peu connus de Willis qui renferment toute sa doctrine sur le spasme des bronches. C'est à elle que se rattache également notre auteur après avoir réfuté par une argumentation solide, car elle est basée sur les faits, les théories trop exclusives de MM. Rostan (affections du cœur), Beau (catarrhe bronchique) et Louis (emphysème pulmonaire). Pour cette dernière lésion, il nous semble avoir très bien montré comment elle est, dans bon nombre de cas, consécutive et subordonnée, dans son mode de formation entièrement mécanique, à des accès d'asthme antérieurs. Il eût pu, d'ailleurs, ajouter à sa critique quelques arguments que nous l'avons vu avec surprise laisser de côté; on sait combien M. Louis a attaché d'importance à l'existence des saillies thoraciques comme signe visible et palpable d'emphysème; or, cette importance est contestable dans le plus grand nombre des cas. Il résulte, en effet, des recherches mêmes de M. Woillez, que le thorax normal présente fréquemment des saillies qui augmentent le développement de l'un de ses côtés; et, en fait, sur 86 sujets sains, il n'a trouvé la poitrine régulière que 26 fois (Woillez, *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, Paris 1838); et, comme d'autre part, il n'a pas indiqué de moyen pour distinguer la saillie physiologique de la saillie anormale, on voit à quoi se réduit la valeur de cette dernière. Ce n'est pas tout; M. Louis regarde comme prêtant un appui direct à sa doctrine les faits d'emphysème héréditaire signalés par Jackson (voy. le mémoire de M. Louis dans les *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. I, 1836); sur 28 malades atteints d'emphysème, 18 avaient leur père ou leur mère souffrant de la même affection. Sur 50 sujets exempts d'emphysème, 3 seulement avaient eu des parents asthmatiques. Ces faits nous paraissent démontrer simplement que l'asthme est héréditaire, ce qui n'est une nouveauté pour personne. Enfin, la doctrine de l'emphysème, telle qu'elle a été formulée depuis vingt-cinq ans, est inacceptable, même au point de vue purement anatomique, car elle est inconciliable avec nos connaissances actuelles sur la structure *aréolaire* du poumon.

Revenons. Admettant la constriction spasmodique des bronches, M. Théry en décrit avec soin les effets immédiats et secondaires, et se demande pourquoi, malgré de telles conditions, la terminaison fatale est si rare dans l'accès lui-même. Il trouve la principale raison de ce fait surprenant au premier abord dans une force expansive propre au tissu pulmonaire et capable de lutter contre les spasmes. C'est résoudre par l'affirmation une question encore pendante aujourd'hui; nous pourrions même dire une question dont la réponse doit être négative. C'est là, en effet, revenir à ce problème si souvent posé par les physiologistes : Le poumon est-il actif pendant l'inspiration? Or, à examiner les choses de près, nous croyons qu'on doit répondre non. Il ne suffit point d'admettre l'existence d'une force expansive du poumon, il faut encore lui trouver un instrument au moyen duquel elle puisse se manifester; or, nous voyons bien du tissu musculaire et du tissu élastique dans l'appareil broncho-pulmonaire; mais ces tissus sont disposés de façon à produire la rétraction de l'organe, c'est-à-dire l'effet précisément inverse. M. Théry voit une preuve de cette force d'expansion dans ce fait, que le poumon continue à respirer chez l'animal auquel on a enlevé une assez grande portion des parois thoraciques; mais déjà Amussat a démontré que cela est dû à l'occlusion d'une des ouvertures latérales, en sorte que le poumon correspondant suit les mouvements des côtes; si l'on tient les deux plaies béantes, l'asphyxie a lieu immédiatement. M. Théry avance enfin que, chez l'homme, dans certaines plaies de poitrine, le poumon se porte au dehors, phénomène qu'il déclare, avec Roux, impossible à comprendre sans une force d'expansion. L'auteur oublie sans doute ici un fait démontré par MM. Malgaigne et Morel Lavallée, et qui réduit à néant cette prétendue expansibilité; c'est que c'est pendant *l'expiration* que le poumon fait issue à travers la plaie, et que c'est pareillement *l'expiration énergique* qui préside à la formation des hernies pulmonaires. (Voy. Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, 1re et 2e édit. — Morel-Lavallée, *Hernies du poumon*, *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I.)

Abordant enfin la question si débattue de la nature de la maladie, l'auteur se prononce formellement et déclare qu'il voit alors dans l'asthme *une névrose se manifestant par une contraction spasmodique des bronches*. Jusque-là rien de mieux, et nous nous associons plei-

nement à cette doctrine. Mais nous ne saurions passer sous silence l'étrange contradiction qui porte M. Théry à déclarer en même temps que l'asthme n'est point une maladie essentielle ; nous tenons d'autant plus à relever cette erreur, qu'elle tend à se généraliser aujourd'hui, et cela uniquement parce qu'on a détourné le mot *essentiel*, comme beaucoup d'autres, de son véritable sens. En effet, et notre auteur est tombé dans cette erreur, maladie essentielle n'est point synonyme de maladie générale ; de plus, l'expression de maladie essentielle n'implique point du tout l'absence de lésions : l'essence étant simplement *ce qui existe par soi-même*, cette qualification implique le développement primitif et spontané, l'existence indépendante de la maladie, et voilà tout. Après cela, qu'il y ait ou non des lésions, cela importe peu.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, le seul point de doctrine sur lequel nous nous trouvions en désaccord avec l'auteur du mémoire que nous analysons. Voici la définition de l'asthme telle que la donne M. Théry (p. 203) : « L'asthme est une affection apyrétique, intermittente, caractérisée par des paroxysmes revenant à des intervalles plus ou moins éloignés, et pendant lesquels la respiration est gênée, convulsive, bruyante ; la toux, sèche et pénible au commencement de l'accès, devient plus humide, moins fatigante, et termine la crise par une expectoration plus ou moins abondante ; l'accès terminé, le malade se trouve dans une position semblable, ou du moins à peu près semblable à celle dans laquelle il se trouvait lors de l'invasion. » Avec une telle définition, on le conçoit, il n'y a plus lieu de distinguer et de séparer l'asthme dit essentiel et l'asthme symptomatique. Du reste, nous devons le dire, l'auteur n'a pas reculé devant cette conclusion, et il s'exprime à ce sujet de façon à ne laisser aucun doute : « J'ai étudié cette affection dans sa généralité, soit qu'elle existât seule, soit qu'elle existât concurremment avec d'autres maladies à l'état de complication, de cause, d'effet, de terminaison ; je n'ai point limité mes recherches dans le cercle assez restreint de l'asthme idiopathique, et je pense être ainsi resté plus près de la nature, sans river les faits dans une inutile et interminable classification » (p. 203). Et plus loin (p. 365) : « Donc l'asthme existe comme maladie idiopathique ; mais, dans cet état, il n'offre aucune différence réelle avec l'état dans lequel il est symptomatique. Si l'on n'avait point cherché à créer, sous ce point de vue, deux affections diverses ; si l'on eût simplement observé, on eût épargné à l'histoire de notre science bien des pages remplies d'erreurs et d'hypothèses. » Et enfin, page 364 : « Vous tomberez donc dans l'erreur si vous prenez quelques-uns des désordres organiques comme la cause première d'une maladie qui se montre alors même qu'ils sont absents ; vous tomberez dans l'erreur si vous séparez violemment l'asthme des lésions sur lesquelles il s'est implanté, le diagnostic différentiel vous jettera dans un labyrinthe sans issue. L'emphysème pulmonaire ne se rapproche pas de l'asthme, c'est l'asthme qui lui-même se joint souvent à l'emphysème, ou bien ce dernier est souvent une terminaison, et ainsi de la bronchite, du catarrhe, de l'hypertrophie du cœur, etc. A ce point de vue, l'asthme devient un symptôme et non plus une maladie. Je réponds que l'affection, fût-elle toujours symptomatique, constituerait néanmoins une maladie assez importante, assez considérable, eu égard à ses effets, pour trouver une place dans les cadres de nosologie. »

Plusieurs points demandent à être examinés ici. Confondre dans une même description, élever au même niveau l'asthme essentiel et l'asthme symptomatique (nous nous servons des qualifications mêmes de l'auteur), ce n'est plus, ce nous semble, faire l'histoire de la *maladie asthme*, c'est étudier, partout où elle peut se rencontrer, une espèce particulière de dyspnée qui se distingue de toutes les autres par son intermittence et sa périodicité plus ou moins longue, et par les phénomènes qui accompagnent l'accès ; c'est donner, en nosologie, la même place à l'asthme, maladie essentielle bien et dûment caractérisée, et aux accès de suffocation qui accompagnent certaines affections du cœur ou les anévrysmes de l'aorte ; c'est s'exposer (et M. Théry, pour rester conséquent, n'a pu éviter l'écueil) à regarder les mêmes états morbides successivement comme causes et comme complications (comparez à ce sujet les chapitres qui portent ces deux titres) ; c'est méconnaître l'action prépondérante de certaines causes en donnant une importance égale à toutes les circonstances physiologiques ou pathologiques qui peuvent précéder ou accompagner les accès, et, pour n'en citer qu'un exemple, la goutte et le rhumatisme n'occupent pas plus de place dans l'étude de M. Théry que l'épilepsie, la chorée et le tétanos. Nous pensons que chacun conviendra avec nous qu'il y a là une lacune et une confusion regrettables. Quelle peut en être la source chez un auteur qui a cependant cherché à différencier l'asthme et la dyspnée ? A notre grand regret, c'est toujours la même, c'est l'oubli du sens propre et légitime des mots, c'est le manque de précision dans le langage médical, c'est la négligence des caractères fondamentaux qui séparent *la maladie*, *l'affection* et *le symptôme*. Plusieurs fois déjà nous avons insisté sur ce fait ; nous y revenons aujourd'hui, et nous y reviendrons chaque fois que nous en trouverons l'occasion. Nous sommes convaincu, en effet, que c'est là un point d'une importance capitale ; la première condition d'avancement d'une science, c'est la fixité et la certitude dans les termes ; il ne doit pas plus être permis d'en changer et d'en modifier le sens à son gré lorsqu'il s'agit de médecine, que lorsqu'il s'agit des sciences mathématiques et physiques ; toute synonymie dangereuse doit être rejetée sous peine de voir la confusion s'augmenter encore et toute discussion devenir impossible. Si M. Théry, au lieu de chercher à séparer l'asthme et la dyspnée uniquement par les caractères objectifs ou par l'existence des lésions organiques, eût eu recours aux caractères immuables de la maladie, il n'eût point, malgré la ressemblance des phénomènes extérieurs, regardé l'asthme comme identique à la dyspnée convulsive paroxystique ; il n'eût point réuni par une assimilation insoutenable l'asthme idiopathique et l'asthme symptomatique, et toutes ses descriptions, d'ailleurs si remarquables, au point de vue clinique, toute son étude, si éminemment utile par les nombreux détails qu'elle renferme, y eussent gagné en netteté et en précision. Pour nous, nous ne voyons point cette question de l'asthme aussi obscure, aussi insoluble qu'on veut bien le dire. Réservant le terme classique d'asthme par la *névrose essentielle*, dont les caractères symptomatiques sont bien connus, et voyant que cette névrose réalise dans bon nombre de cas les conditions que doit remplir tout état morbide pour être qualifié du nom de *maladie*, nous dirons : l'asthme est une *maladie essentielle*. Dans ces cas, le développement en est spontané, les causes extérieures jouent le rôle de causes occasionnelles, et ne font que mettre en jeu cette influence mystérieuse dont nous sommes bien forcé d'admettre la puissance sous le nom de prédisposition ; dans ces cas encore la maladie est indépendante dans son existence et dans son évolution de tout autre état morbide, et si la mort, ce qui est rare, survient de bonne heure, on ne trouve à l'autopsie aucune lésion caractéristique. Mais, dans d'autres circonstances, l'asthme se montre comme *affection secondaire* dans le cours de certaines maladies constitutionnelles ou diathésiques, telles que la goutte, le rhumatisme ou la maladie hémorrhoïdaire ; ici plus de développement spontané, mais une subordination souvent facile à saisir à une maladie antérieure ; du reste, les autres caractères sont les mêmes ; nous conformant alors à la définition rigoureuse des mots, nous dirons : l'asthme constitue l'une des *affections* de la goutte ou de la maladie hémorrhoïdaire au même titre que la migraine ou la dyspepsie flatulente ; instruit par les cas où la maladie se montre chez le même sujet avec l'ensemble des caractères qui lui appartiennent, nous pourrons encore la reconnaître lorsque les manifestations en seront moins complètes, lorsque le tableau en demeurera imparfait ; et chez le sujet issu de parents goutteux qui présentera pendant de longues années pour tout phénomène morbide des accès d'asthme, nous ne verrons point *une maladie*, nous verrons l'une des *affections* par lesquelles se révèle une maladie générale dont l'évolution n'est parfois complète qu'au bout de plusieurs générations. En dehors de ces faits, et pour éviter toute confusion, nous rejetons complétement le mot asthme ; nous ne voyons plus que des accès de suffocation avec ou sans difficulté de la respiration dans l'intervalle, nous ne voyons plus qu'une dyspnée paroxystique, *symptôme* de certaines névroses et des altérations les plus diverses des appareils de la respiration et de la circulation. D[r] JACCOUD.

VI

VARIÉTÉS.

Par arrêté ministériel, les médecins-majors de 1re classe vivront à la table des officiers supérieurs ; les médecins-majors de 2e classe vivront à la table des capitaines ; les médecins aides-majors de 1re et de 2e classe vivront à la table des lieutenants et sous-lieutenants.

— Le concours ouvert le 2 avril dernier pour une place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé mercredi 25 juillet. M. Léon Labbé, interne des hôpitaux, a été nommé à l'unanimité des suffrages.

— Dans le rapport à l'Empereur, publié par le *Moniteur*, sur la situation des sociétés de secours mutuels et de prévoyance, nous remarquons le passage suivant: « Nous constaterons aussi le succès de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, dont notre rapport de l'an dernier avait annoncé la création. Sa première assemblée générale, qui a eu lieu en octobre dernier, a permis de constater la fondation de la Société centrale à Paris, et de trente Sociétés locales créées dans les départements et agrégées à l'Association générale. Plusieurs autres Associations départementales étaient, à cette époque, en instance pour obtenir l'agrégation. Il y a lieu de se féliciter de voir la mutualité pénétrer parmi les classes libérales et faire sentir sa morale et précieuse influence aux hommes qui, par la place qu'ils occupent dans le monde, les services qu'ils rendent à l'humanité, sont appelés à donner l'exemple et à assurer le triomphe des causes auxquelles ils se dévouent. »

— Une chaire d'hygiène navale vient d'être créée près l'École de médecine navale du port de Toulon. M. Jules Roux, premier chirurgien en chef de la marine, nommé professeur titulaire, a inauguré ce nouvel enseignement, qui, en ses mains, ne peut manquer d'éclat.

— M. Michel Lévy, membre du conseil de santé, directeur de l'École du Val-de-Grâce, vient d'inspecter l'École de médecine militaire de Strasbourg. L'état d'avancement des travaux et l'impulsion qui leur est imprimée, font espérer que la mesure du casernement des élèves militaires pourra être appliquée dès la rentrée du mois de novembre prochain.

— Par suite des récents concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, ont été nommés internes des hospices: MM. Zimberlin, Sommeiller, Sieffermann, de Mirbeck et Feldmüller. Ont été nommés externes dans l'ordre suivant : MM. Bernheim, Oustalet, Stouls, Christian, Anstett, Sarniquet, Claudat, Fritsch, Phelipeau, Flamant et Moutes.

— La Société médicale du Panthéon vient de constituer son bureau de la manière suivante : *président*, MM. Dublanc ; *vice président*, MM. Boissel et Brierre de Boismont ; *secrétaire général*, M. Auzias-Turenne ; *secrétaires annuels*, MM. Bataillé et Domerc ; *trésorier*, M. Focillon.

— On lit dans la *Gazette médicale* de Strasbourg : « Nous apprenons qu'une modification importante doit être introduite dans l'ordre des examens de doctorat et dans l'époque de leur soutenance, pour les élèves de l'École de santé militaire, établie près la Faculté de médecine de Strasbourg. On reviendrait pour ces élèves aux dispositions qui ont précédé le règlement actuel. Le premier examen roulerait sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle, il aurait lieu à la fin de la première année; le second examen comprendrait l'anatomie et la physiologie, il serait soutenu à la fin de la seconde année ; le troisième examen, de pathologie interne et externe, serait placé après la troisième année ; le quatrième et le cinquième examen, ainsi que la thèse, seraient, comme aujourd'hui, renvoyés à la fin de la scolarité. Les examens de fin d'année seraient soutenus à Pâques.

— Les obsèques de M. le docteur Monin viennent d'avoir lieu à Blois. Un grand nombre de citoyens de toutes les classes ont rendu un dernier hommage à la mémoire de cet homme de bien, en suivant son convoi. A cause de l'heure avancée et du mauvais temps, M. le docteur Dufay a cru ne pas devoir retenir l'assistance en lisant au bord de la fosse de l'honorable défunt la notice biographique, qu'il avait préparée. La lecture que nous en avons faite dans le journal de Loir-et-Cher nous permet de dire qu'elle résume avec un grand bonheur la vie du défunt, et exprime excellemment les heureuses qualités de son caractère.

— Le doyen des médecins de la ville de Nîmes, M. Montagnon, vient de mourir dans sa quatre-vingt-deuxième année.

— M. le docteur Couronné, ancien directeur de l'École secondaire de Rouen, vient de mourir à l'âge de soixante et onze ans.

— M. le docteur Simond vient de mourir à l'âge de soixante ans, au Châtelard en Bauges (Savoie).

— Un concours pour six emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire instituée près la faculté de médecine de Strasbourg, sera ouvert le 2 novembre prochain, à l'hôpital du Val-de-Grâce. Les six emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants : Physique et chimie médicale; — histoire naturelle médicale et botanique; — anatomie; — physiologie; — clinique et pathologie médicales; pathologie générale; — clinique et pathologie chirurgicales ; opérations.

— Trois médecins lamas, des steppes kirghiz, vastes pays situés entre les frontières de la Chine et celles de la Russie, sont récemment arrivés à Saint-Pétersbourg. Ils prétendent posséder un *spécifique contre le cancer*. L'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg leur a refusé la permission d'expérimenter sur les malades des hôpitaux.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

Bulletins de la Société anatomique de Paris : Anatomie normale; anatomie pathologique; clinique. 34e année, 2e série. Tome IV, année 1859. 7 fr.
Abonnement à l'année 1860. Pour Paris. 7 fr.
Par la poste, *franco*. 8 fr.

Considérations cliniques sur l'emploi médical des agents physiques, par le docteur *Ferran*, médecin aide-major. In-8 de 77 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr. 50

Considérations sur la dyscrasie veineuse, précédées de la traduction du traité de Stahl, intitulé : *De vena porta, porta malorum hypochondriaco-splenetico-suffocativo-hysterico-colico hæmorrhoïdariorum* (Halle, 1698), par le docteur *Jules Brongniart*. Grand in-8 de 82 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 50

De la pellagre en Italie, et plus spécialement dans les établissements d'aliénés, d'après des observations recueillies sur les lieux, par le docteur *E. Billod*. In-8 de 70 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr.

De la pepsine et de ses propriétés digestives, par les docteurs *Mialhe* et *Pressat*. In-8 de 32 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr.

De la scarification oculaire, lettres adressées à M. le docteur Sichel, professeur d'ophthalmologie, par M. le docteur *Marc Borchard*. Paris, Victor Masson. 1 fr.

Des maladies de croissance, par le docteur *Raoul Regnier*. Grand in-8 de 102 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Des conditions pathogéniques de l'albuminurie, par le docteur *Jaccoud*. Grand in-8 de 158 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Hygiène des professions : Maladies des menuisiers et des ébénistes, d'après M. le docteur *Koblank*, par le docteur *Marc Borchard*. Paris, Germer Baillière. 1 fr.

Leçons cliniques sur les causes et sur le traitement de la tuberculisation pulmonaire, faites à l'Hôtel-Dieu (1859) par le docteur *Noël Guéneau de Mussy*, recueillies par le docteur *Wieland*. In-8 de 135 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Leçons sur le chancre, par le docteur *Ricord*, recueillies et publiées par *Alfred Fournier*. 2e édition, revue et augmentée, suivie de notes et pièces justificatives, et d'un formulaire spécial. 1 fort volume in-8 de 549 pages. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr.

Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou Nouveaux éléments de l'art de guérir, par *C.-P. Forget*. In-8 de xvi-650 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

Quelques considérations pratiques sur les accouchements en Orient, par le docteur *Paul Eram*, médecin des hôpitaux de Constantinople. Grand in-8. Paris, Le François. 5 fr.

Recherches cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu, par le docteur *Auburtin*. In-8 de 175 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Die Krankheiten des Nervensystems (Les maladies du système nerveux), par *R. Leubuscher*. Grand in-8. Leipzig, Engelmann 8 fr.

Ergebnisse und Studien aus der medicinischen Klinik zu Bonn (Résultats et études de la clinique médicale de Bonn), par *M.-E.-A. Naumann*. Tome II. Grand in-8. Leipzig, Engelmann. 12 fr.

Klinik der embolischen Gefæsskrankheiten, mit besonderer Ruecksicht auf die ærztliche Praxis (Clinique des maladies emboliques des vaisseaux), par *B. Cohn*. Grand in-8. Berlin, Hirschwald. 14 fr. 75

Lehrbuch der Kinderkrankheiten (Traité des maladies des enfants), par *C. Gerhardt*. Première moitié. Grand in-8. Tubingue, Laupp. 6 fr. 75

A Medico-Legal Treatise on Malpractice and Medical Evidence; comprising the Elements of Medical Jurisprudence (Traité de médecine légale), par *J. Elwell* In-8. New-York. 42 fr.

A practical Treatise on Fractures and Dislocations (Traité pratique des fractures et luxations), par *F.-H. Hamilton*. In-8, avec 289 figures. Philadelphie. 39 fr.

Electro-Physiology and Electro-Therapeutics, showing the best Methods for the Medical Uses of Electricity (Électro-physiologie et électro-thérapeutique), par *A.-C Garratt*. Grand in-8. Boston. 35 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 10 AOUT 1860. N° 32.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, en date du 31 juillet 1860.

Sont chargés de présider les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain:

Pour les écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen (écoles de Reims, d'Amiens, d'Arras, de Lille, de Caen et de Rouen) : MM. Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur, et Bussy, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers (écoles de Rennes, de Nantes, d'Angers, de Poitiers, de Tours et de Limoges) : MM. Jarjavay, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Gaultier de Claubry, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les Académies de Strasbourg, de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon (écoles de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon) : MM. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Oppermann, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg;

Pour les écoles situées dans les Académies de Montpellier, d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger (écoles de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger) : MM. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Planchon, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 9 août 1850.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR L'ACTION DU PERCHLORURE DE FER; VOTE DES CONCLUSIONS DU RAPPORT. — VITALISME ET ORGANICISME ; RECTIFICATIONS.

— Le perchlorure de fer a revendiqué ses droits dans la dernière séance de l'Académie. M. Devergie est venu demander la mise aux voix des conclusions de son rapport, qui ont été adoptées sans contestation. Il a profité de l'occasion pour maintenir en faveur de M. Pize (de Montélimar) la priorité de

FEUILLETON.

Littérature médicale.

M. Moreau (de Tours) : La psychologie morbide. — Vicomte de Lapasse : Essai sur la conservation de la vie. — M. Descuret : La médecine des passions. — Le baron de Feuchtersleben et M. Foissac. — Hygiène de l'âme. — M. Ch. des Étangs : Du suicide politique.

(Suite. — Voir les numéros 21 et 29.)

Pour achever de rendre la pensée du remarquable livre de M. Moreau, il faut pénétrer plus avant dans l'étude de la prédisposition héréditaire. Nous avons montré comment dans sa doctrine, cette prédisposition, exprimant la constitution innée du système nerveux, indiquait par cela même la direction initiale des facultés morales et intellectuelles et mesurait d'avance la portée de l'éducation. Il reste à examiner, avec l'auteur, quel est le caractère de cet état originel qui peut se traduire par la névralgie comme par l'aliénation mentale, par l'imbécillité aussi bien que par la manie aiguë. Les vues de M. Moreau sur ce point paraîtront hardies. Elles peuvent se résumer de la manière suivante :

Toutes les affections nerveuses issues de la prédisposition héréditaire, sont essentiellement de la même nature que l'idiotie et la folie; et ces deux formes mentales, quelque différentes qu'elles soient en apparence, procèdent de causes identiques, dont l'effet immédiat, qu'elles soient « physiques ou morales, mécaniques, chimiques, gaies ou tristes... de nature *expansive* ou *dépressive*, » est de *déterminer l'exaltation de la sensibilité dans tous ses modes nerveux, intellectuel et affectif*. La conséquence extrême de ce principe est que la folie et l'idiotie même sont le produit de conditions favorables au développement de l'intelligence et que le *génie est une névrose*.

On a déjà vu comment une foule de troubles nerveux (névralgie, épilepsie, paralysie, etc.), se rencontraient avec les diverses formes de l'aliénation mentale et s'y mêlaient en cent manières aux sources même de l'hérédité. Ce point de départ établi, M. Moreau s'applique à montrer que la folie, dans ses expressions si diffé-

l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura, en ce sens que M. Pize a le premier consigné ces expériences dans un document public. L'honorable secrétaire a aussi présenté, sur plusieurs points du débat actuel, de courtes observations empreintes de sagesse, et dont quelques-unes appuient directement les opinions exprimées dans ce journal.

— A ce sujet nous croyons devoir corriger quelques fautes échappées, dans notre dernier article, à la rapidité de la rédaction.

En rappelant les expériences de MM. Vulpian et Philipeaux (p. 500), relatives à l'excision des nerfs, nous avons dit que la motricité du bout périphérique, d'abord abolie, se rétablissait quand le tronçon s'était reproduit. Le fait ne se passe pas précisément ainsi. La brèche ne se répare pas. Le bout périphérique s'altère d'abord et perd sa motricité; puis il se régénère peu à peu et plus ou moins complétement, et alors sa motricité reparaît sans qu'il ait recouvré ses communications avec le bout central. Cette différence, d'ailleurs, ne fait que donner plus de force à notre thèse, en montrant que la motricité n'émane pas d'une force qui résiderait dans le cerveau, mais qu'elle est bien une propriété du tissu vivant.

Dans l'exposé de l'expérience de M. Brown-Séquard (*ibid.*) se trouve cette phrase : « Il attend (après avoir séparé le train postérieur du lapin) que toute trace de sensibilité et d'irritabilité musculaire ait disparu ; » et plus loin : « Le train postérieur recouvre sa sensibilité et sa motricité. » En remplaçant le mot ***sensibilité*** par celui de ***motricité*** dans le premier membre de phrase, et ce même mot de sensibilité par celui d'***irritabilité musculaire*** dans le second, on aura rétabli la propriété des termes. Il est trop clair qu'il ne peut y avoir sensibilité dans le train postérieur séparé du reste du corps.

Enfin, page 498, deuxième colonne, on voudra bien substituer au mot *oxygénation* (du sang) celui d'*oxydation*.

A. D.

Dans le comité secret qui a eu lieu mardi à l'Académie de médecine, les candidats proposés pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, ont été classés dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, M. Gosselin; en 2e ligne, *ex æquo*, MM. Broca et Richet; en 3e ligne, M. Morel-Lavallée; en 4e ligne, *ex æquo*, MM. Follin et Giraldès.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Fonction digestive énergique du pancréas sur les aliments azotés. — Démonstration nouvelle par la fistule. — Parallèle entre le procédé expérimental de la fistule et celui de l'infusion, par Lucien Corvisart, médecin ordinaire de l'Empereur. — *Mémoire lu le 20 mars à l'Académie de médecine.*

(Suite. — Voir le numéro 30.)

L'étude du pancréas fut reprise, à cette époque, par M. Bernard, et, bien qu'il eût considéré le rôle de cet organe, « *particulièrement dans la digestion des matières grasses neutres*, » il ne négligea point d'appuyer l'opinion soutenue par Purkinje et Pappenheim par des affirmations très souvent répétées, à tel point que leurs modestes, mais fermes déclarations se trouvèrent éclipsées dans ce nouvel ouvrage.

En même temps qu'il donnait un appui très haut à la découverte des deux physiologistes allemands et répétait très souvent que le pancréas dissout les alimets azotés, le même auteur, tant la science sur ce point était mal assise, tant les faits relatés se trouvaient contradictoires et les guides pour l'expérimentation malheureux, chose étrange! ruinait non moins haut cette découverte par une série de restrictions.

M. Bernard attribue formellement : — *A.* au suc pancréatique pour action de putréfier les aliments quand il est seul, et de les putréfier d'autant plus qu'il est plus normal : — *B.* d'avoir besoin, pour agir sur eux, qu'ils soient préparés par le suc gastrique ou la cuisson, ou que le suc du pancréas ait acquis ses propriétés par son mélange avec la bile ; — *C.* de n'avoir, sans ces conditions étrangères, aucune action propre, si ce n'est d'entraîner la décomposition putride des aliments.

En effet, cet auteur, au milieu de choses souvent contraires, s'exprime ainsi :

A. « Les matières azotées ne se dissolvent dans le suc pancréatique qu'en se putréfiant très rapidement quand elles sont crues, et moins rapidement quand elles sont cuites. » (Cl. Bernard, *Mémoire sur le pancréas*, p. 129, ligne 29, année 1856.)

« Le suc pancréatique, mis en contact avec de l'albumine d'œuf cuit, de la caséine retirée du lait par l'acide acétique, avec du gluten, a entraîné la décomposition putride de toutes ces substances, excepté de la caséine qui conservait au mélange une réaction acide. » — « On a remarqué que la décomposition putride était d'autant plus rapide, que le suc pancréatique était plus normal. » (Cl. Bernard, *Leçons sur les propriétés physiologiques des liquides de l'économie*, t. II, p. 400, année 1858.)

B. a. « Le suc pancréatique devient capable de digérer les ali-

---

rentes, débute constamment par des symptômes qu'on a coutume de rapporter à l'*excitation* : « Un état d'*éréthisme*, d'orgasme général du système nerveux, de vague et indécis qu'il était dans le principe, tend à se localiser et à se concentrer dans l'encéphale. » Les troubles de sensibilité qu'éprouve le malade, l'insomnie, la précipitation désordonnée des idées sont les effets de ce travail successif.

Ici se présente une objection. On se figure malaisément que certaines causes dites dépressives, telles que le chagrin, dont l'influence sur l'ensemble de l'organisme aboutit à l'alanguissement des fonctions, produise néanmoins, produise toujours l'excitation cérébrale, et qu'il faille reconnaître cette excitation dans les formes mentales caractérisées par la stupeur. Que répond M. Moreau? L'affection engendrée par cet ordre de causes a deux périodes. Au début, « appel à l'influx nerveux, concentration de la sensibilité, et, par suite, exaltation des forces morales, des facultés affectives principalement, ou de la partie émotive de l'âme. » Plus tard surviennent « la dépression, l'affaissement de l'énergie vitale, l'état de prostration physique et moral... Ce sont les mêmes phénomènes, le même enchaînement de causes et d'effets qui s'observent dans l'ordre physique, lorsque, à la suite de congestions sanguines, d'un travail hypérémique, du ramollissement du cerveau et de la moelle vertébrale, les facultés du mouvement diminuent ou sont anéanties. » La prostration, ajoute-t-il, est portée aussi loin que possible chez les individus atteints de mélancolie avec stupeur; et cependant, en réalité, tous les chimistes savent, depuis les beaux travaux de M. Baillarger sur ce sujet, que, dans aucune autre forme de délire, les facultés de l'âme ne sont plus profondément remuées, plus énergiquement surexcitées. »

L'interprétation de M. Moreau est très intelligible ; mais pour en apprécier la valeur il faut la placer en présence du fait auquel elle s'applique. Ce fait, mis, en effet, en lumière avec beaucoup de sagacité par M. Baillarger, c'est que les mélancoliques, au moment où ils paraissent tombés dans l'anéantissement moral, ne sont, pour ainsi dire, que distraits. Ils sont le jouet d'imaginations tristes ou effrayantes ; ils entendent des voix, des cloches, des tam-

ments azotés (sans les putréfier), à condition qu'ils soient cuits. » (Cl. Bernard, *Mémoire sur le pancréas*, p. 130, ligne 20.)

b. « Le suc pancréatique dissout les matières azotées, pourvu qu'elles aient été préparées par le suc gastrique. »

c. « Le suc intestinal (composé de bile et de suc pancréatique) dissout les aliments azotés, en suivant une marche différente de la *putréfaction proprement dite qui a lieu dans le suc pancréatique seul;* cette propriété est due à la présence de la bile. » (Cl. Bernard, *Mémoire sur le pancréas*, p. 139, ligne 27.)

« La bile intervient positivement pour communiquer à ce liquide des propriétés spéciales. » (*Loc. cit.*, p. 139, ligne 40.)

Enfin par un retour absolu :

C. « L'ACTION QUE LE SUC PANCRÉATIQUE EXERCE SUR LES MATIÈRES AZOTÉES NE PARAÎT PAS ÊTRE UNE ACTION QUI LUI SOIT PROPRE. » (Cl. Bernard, *Leçons de physiologie expérimentale*, t. II, p. 441, ligne 30.)

Si d'un côté, en apparence, les trois ouvrages du même auteur que j'ai cités (1) pouvaient répondre aux défenseurs de la découverte de Purkinje et Pappenheim : « Je vous ai formellement appuyé; j'ai proclamé avant vous l'action digestive de cette glande sur les aliments azotés. »

D'un autre côté, ces mêmes livres pouvaient dire au contraire, et avec réalité, aux adversaires de la même fonction : Vous avez pleinement raison ; je l'ai dit depuis longtemps, *le pancréas n'a pas d'action digestive propre; s'il en a, c'est qu'il l'a puisée dans son mélange avec la bile, et encore ne peut-il l'exercer que sur les aliments qui ont été préalablement digérés ou préparés par le suc gastrique ou la cuisson. N'ai-je pas dit d'ailleurs que le suc pancréatique ne dissolvait les aliments qu'en les putréfiant?*

Tels étaient l'état de la question et l'indécision quand je publiai mon premier mémoire « *Sur une fonction peu connue du pancréas* ». (Paris, 1857-1858.)

J'apportai à la découverte de Purkinje et de Pappenheim quelques développements importants, je crois, et une confirmation sans restriction.

Par une première série d'expérimentations, je démontrai que le duodénum étant lié aux deux bouts chez les animaux vivants, le le suc pancréatique, versé dans cet intestin y dissout et digère une masse considérable d'aliments albuminoïdes, malgré que la présence de toute bile soit absolument éloignée par le lavage préalable et la ligature du canal cholédoque.

Je montrai que jamais, dans ce cas, on ne peut trouver, dans le produit digéré, contenu dans le duodénum, aucune trace de putréfaction soit au moment du sacrifice, soit même plusieurs heures après ; que l'effet digestif ne cesse point, si, au lieu d'aliments cuits, on introduit dans le duodénum des aliments vierges de toute cuisson, quelque légère qu'elle fût, et n'a pas moins lieu si, sans passer par l'estomac et afin de préserver les aliments de tout contact avec le suc gastrique, on porte ceux-ci du dehors directement dans l'estomac.

Après cette série d'expériences faites pour chaque aliment dans le duodénum de chiens vivants, j'en exposai une seconde.

Dans une deuxième série d'expériences, je pris, au moment favorable, le suc pancréatique par infusion dans la glande; sans cesse, ce suc, mis avec les aliments crus ou cuits, les dissolvait, les digérait sans putréfaction aucune, avec une grande énergie, sans qu'il y ait eu intervention d'aucun aide, ni de la cuisson de la bile ou du suc gastrique, et sans suc intestinal, tant l'action que possède le suc pancréatique lui est propre et personnelle, puissante à un haut degré.

Dans une troisième, le ferment actif séparé des autres éléments de l'infusion, comme de toute sécrétion étrangère, montra exactement les mêmes propriétés fonctionnelles élevées.

Je crus avoir avancé la question ; j'espérai, par des résultats précis, nettement exprimés, ramener les physiologistes qui, comme Frérichs, Bidder et Schmidt, etc., etc., avaient consacré, sous ce rapport, l'abandon du pancréas.

On connaît la grande activité des Allemands pour tout ce qui touche la physiologie. A peine mon mémoire eut-il paru que les savants de ce pays se mirent à l'œuvre.

Je ne rappellerai point l'opinion de Funke sur mon travail (1), les dénégations de Keferstein et Halvachs (2), le faux point de départ, cause de leur erreur (3), celle de M. Brinton (4), ni le long travail expérimental du professeur Meissner (5), dont les résultats sont, suivant ses expressions, une confirmation complète des miens, ainsi que les expériences également confirmatives de Schiff ; tout cela comprendrait un trop grand nombre de pages.

J'eus lieu de me féliciter que des auteurs habiles et regardés comme tels aient reconnu la réalité de ce que j'avais écrit; —

(1) En 1858, Bernard abandonna plus complétement encore la manière de voir de Purkinje et Pappenheim, et écrivait : « 1° Le suc pancréatique mis en contact avec de l'albumine d'œuf cuit, de la caséine retirée du lait par l'acide acétique et du gluten, *a entraîné la décomposition putride de toutes ces substances*, excepté la caséine, qui conservait au mélange une réaction acide. *On a remarqué que la décomposition putride était d'autant plus rapide que le suc pancréatique était plus normal; 2° l'addition de la bile n'a empêché, dans aucune expérience, la putréfaction.* » (Cl. Bernard, *Leçons sur la propriété physiologique des liquides de l'économie*, t. II, p. 400, leçon du 18 juin 1858.) Ainsi, la cuisson, la bile, deux adjuvants autrefois si puissants du suc pancréatique, ne pouvaient plus empêcher ce dernier de putréfier les aliments, et ce suc les putréfiait, suivant Bernard, d'autant plus vite qu'il est plus normal. — Ma manière de voir était déjà depuis un an absolument différente.

(1) *Schmidt's Jahrbücher*, 1858, Janv., n° 1, p. 21 à 25.

(2) *Göttinger, Nachricten* 14 août 1858.

(3) *Schmidt's Jahrbücher*, 1859, vol. CII, p. 244, et *Union médicale*, 1859, t. III, p. 149.

(4) *The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, Aug. 1859, et *Journal de physiologie de Brown-Séquard*, t. II, p. 672 ; — *The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, 1860, p. 66, et *Journal de M. Brown-Séquard*, t. III, p. 473.

(5) *Zeitschrift für ration. Med. de Henle et Pfeuffer*, 1859, *Dritte Reihe* Bd. VIII.

bours, écoutent des ordres sinistres, se sentent emportés dans des abîmes, etc. Voilà l'état des mélancoliques. Cet état est-il constant? Il le faudrait pour la thèse de M. Moreau; il le faudrait, sinon dans tout le cours de la maladie, au moins au début; car une seule exception ruinerait nécessairement la théorie basée précisément sur l'indéfectibilité du fait. Notre incompétence serait fort disposée à s'incliner devant la vaste expérience de l'auteur, si d'autres aliénistes d'une égale autorité, MM. Delasiauve et Morel, par exemple, n'avaient émis sur ce point les doutes les plus sérieux, pour ne rien dire de plus.

En second lieu, des désordres intellectuels du genre de ceux qui viennent d'être rappelés impliquent-ils forcément une *excitation* cérébrale? Quelle différence entre ce maniaque, possédé par un délire aigu, qui va les yeux brillants, la face enluminée, les mouvements brusques et violents, la démarche rapide, criant, gesticulant, menaçant, emporté par un tourbillon d'idées incohérentes, plein d'activité intellectuelle, quoique d'une activité désordonnée, — et ce stupide à l'œil terne et fixe, qui ne pense pas, à proprement parler, qui ne raisonne pas, qui ne discute pas, qui ne provoque pas, mais qui suit machinalement une série d'images fantastiques devant lesquels toute sa personnalité morale est affaissée ! M. Baillarger lui-même a comparé cet état à un rêve, comparaison très juste, ce nous semble : le rêve est-il un résultat d'excitation cérébrale? L'effet de ce rêve est d'inspirer la terreur : la terreur a-t-elle le caractère d'une exaltation ? Pour notre part, nous avons peine à voir dans une simple succession d'idées fausses, en dehors de tout autre symptôme, autre chose qu'un dérangement de fonctions analogues, si l'on veut, aux déréglements de l'appétit gastrique, à la toux, qui peuvent bien quelquefois être le résultat d'une excitation de l'estomac, mais qui peuvent aussi provenir d'autres dispositions morbides.

On comprend que la difficulté ne s'atténue pas à l'égard de l'idiotie et de l'imbécillité. M. Moreau essaye de la lever, comme pour la stupeur, avec une explication et avec des faits. L'explication, la voici : « La variété des effets n'implique pas de différence dans la nature de la cause ; elle tient à ce que cette cause exerce

toutefois, la vérité n'était pas moins entière dans mon mémoire dès 1857, et nous sommes déjà en 1860 !

Je ne peux surtout considérer le progrès comme bien grand, si, sur trente propositions également vraies de mon travail, il me faut constater qu'on ne s'est encore occupé que de l'une d'entre elles, cela pour aboutir à en reconnaître la réalité.

J'espère donc en une critique expérimentale plus complète.

Mais dès à présent il y a un progrès à réaliser sur deux points :

1° LE SUC PANCRÉATIQUE QUI SORT DE LA GLANDE PAR LE PROCÉDÉ DE LA FISTULE A-T-IL LES MÊMES PROPRIÉTÉS DIGESTIVES QUE CELUI QUI EST PRIS PAR INFUSION?

2° DES DEUX PROCÉDÉS, QUEL EST LE MEILLEUR POUR ARRIVER AUX RÉSULTATS LES PLUS RIGOUREUX?

II. — *Le suc pancréatique issu par la fistule du canal pancréatique chez l'animal vivant, et obtenu à un moment favorable, a une action énergique sur les aliments azotés.*

Les expériences qui servirent de base à mon premier mémoire, celles qui furent, à diverses époques, répétées devant MM. Kuhne, Snellen, Milne Edwards, Flourens, Philippeaux, Vulpian et Bernard lui-même, et qui montrèrent l'action digestive énergique du pancréas, furent constamment faites à l'aide des infusions de la glande. Celles de M. Bernard, qui l'ont conduit aux résultats divergents, que nous connaissons, avaient été faites avec le procédé de de Graaf modifié.

Il restait donc à ceux dont je combattais les convictions un dernier déni à poser : à savoir que la diversité des résultats pouvait venir d'une diversité de procédé expérimental et que celui de la fistule est préférable.

Tandis que le procédé de l'infusion consiste à aller prendre ou dissoudre avec de l'eau le suc pancréatique formé dans le sein de la glande PENDANT LA VIE, AVANT TOUTE OPÉRATION, ce qui fait, suivant moi, sa supériorité, celui de la fistule consiste à recueillir directement, par une canule fixée dans un des canaux excréteurs, le suc qui s'écoule de la glande après l'opération.

Ce qu'il faut reconnaître, c'est qu'il s'établit tout de suite, à tort ou à raison, une présomption favorable au procédé de la fistule, laquelle permet de contempler l'écoulement goutte à goutte du suc pendant la vie; il semble, en effet, qu'on ait ainsi le suc pancréatique en nature.

Toutefois si recueillir le suc par le canal excréteur est évidemment bien, se confier AU SUC QUE FORME UNE GLANDE OPÉRÉE est à mes yeux une fâcheuse condition ; mais je passe rapidement.

Sans discussion préalable porter la question sur ce terrain préféré était une nécessité ; c'est ce que j'ai fait en présence des mêmes savants à l'exception de MM. Kuhne, Snellen et Schiff, qui étaient absents.

Je me posai donc de rechef les questions suivantes :

Est-il vrai que, sans aucune trace de bile, ce suc putréfie les aliments et les digère ?

Est-il vrai ou faux qu'il n'ait d'action que si les aliments ont été préparés soit par la cuisson, soit par le suc gastrique, soit par la bile ?

Et j'appelai le suc pancréatique recueilli par la fistule à prononcer.

Toutefois, employer ce procédé tout à fait comme avait fait M. Bernard, eût été sans doute marcher au même résultat, car ce que l'auteur disait était assurément ce qu'il avait vu.

Je devais chercher à faire mieux et à profiter surtout de la connaissance de certaine loi importante, formulée par moi en mars (1) et juillet (2) 1859.

Cette loi, son développement, ses conséquences feront le sujet d'un prochain mémoire, mémoire qui, pour la seconde partie, sera constitué par un travail expérimental, confirmatif, accompli en commun, sur ce sujet, avec le professeur Schiff pendant les vacances d'octobre de l'année dernière.

A la suite de mes expériences de 1857-1858, faites avec le procédé de l'infusion, j'avais en effet reconnu que deux séries de résultats peuvent se présenter à l'observateur.

Tantôt l'infusion du pancréas, c'est-à-dire le ferment contenu dans la glande, se révèle comme inhabile à digérer, de sorte que, si on le met avec des aliments à l'étuve, la putréfaction de ceux-ci peut être seule remarquée.

Cette série très réelle de résultats négatifs rend compte de la bonne foi des contradicteurs obstinés des auteurs allemands, comme elle explique les incertitudes, les retours et l'opinion de M. Bernard touchant la putréfaction.

Or, il résulte des expériences que j'ai entreprises que cette série des résultats négatifs contient les opérations dans lesquelles on prend le pancréas à des animaux qui n'ont point encore atteint la quatrième heure de la digestion gastrique — ou qui ont dépassé la neuvième heure, — ou bien qui sont à jeun.

La raison est simple, j'ai reconnu qu'à ces époques, le pancréas est ou encore trop pauvre en ferment pour avoir une action digestive notable, ou bien qu'il en est épuisé.

L'état d'épuisement le plus complet existe vers la neuvième heure de la digestion (3).

(1) *Schmidt's Jahrbucher*, vol. CII, n° 5, p. 244, et l'*Union médicale*, 1859, t. III, p. 149, donnent la formule de cette loi pour les heures.

(2) Dans la *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1859, t. VI, p. 156, je prévenais que j'exposerais « comment le pancréas ne se charge pas de ferment pancréatique en » l'absence de digestion et de peptone gastrique; comment une *pure action sympa-* » *thique* de l'estomac sur le pancréas est aussi impuissante pour cet objet que l'absor- » ption ou la production, quelque grandes qu'elles soient, de *peptones intestinales.* »

La formule arborait le principe de la loi, à savoir, la nécessité *du transport des peptones gastriques* pour que le pancréas effectue la formation et se charge de ferment pancréatique, et reléguait au deuxième plan ce qu'on croyait devoir toujours occuper le premier, l'excitation sympathique ou nerveuse; cette matière première, les *peptones gastriques*, est si nécessaire que, sans elle, le pancréas reste impuissant, la sécrétion, si elle exerce, n'est douée que d'un pouvoir digestif insignifiant.

(3) Je montrerai que, sous certaines influences, on peut faire avancer ou retarder d'une ou de deux heures cette époque à volonté.

---

son action à des époques différentes du développement physique et moral de l'être humain qu'elle modifie. Avant la naissance, sur le fœtus, la cause pathogénique peut aller jusqu'à arrêter plus ou moins complétement l'évolution des facultés dont l'ensemble constitue ce qu'on a appelé la vie de relation. On conçoit que son influence diminue à mesure qu'elle s'exerce à une époque plus éloignée de la naissance, et que les effets se rapprochent davantage de la folie proprement dite. » Cela admis, et ne prenant pour sujets d'étude que les individus chez qui la cause morbide n'a pas étouffé en germe la vie intellectuelle, que dit l'observation? Elle apprend que le plus grand nombre des idiots sont scrofuleux ou rachitiques; que l'idiotie est, avec les scrofules et le rachitisme, un produit fréquent des mariages consanguins; que beaucoup d'idiots et d'imbéciles ont la tête grosse, et que fréquemment, avant le développement de leur infirmité, ils ont montré une intelligence précoce, qui les a fait classer tout d'abord parmi les *petits prodiges*; que chez les imbéciles l'état scrofuleux et rachitique est moindre que chez les idiots, mais que l'élément névropathique prédomine.

Nous avons lu avec la plus grande attention cette partie du livre de M. Moreau, et, cette fois encore, nous n'avons pu nous convaincre de la réalité de l'excitation cérébrale comme racine commune de la folie et de l'idiotie. Nous signerions volontiers la conclusion de ce chapitre, qui, à ne considérer que la lettre, le résume d'une manière aussi heureuse qu'exacte : « Aliénés, idiots, scrofuleux et rachitiques, en vertu de leur commune origine, de certains caractères physiques et moraux, doivent être considérés comme les enfants d'une même famille, les rameaux divers d'un même tronc. » A la bonne heure, voilà une grande donnée pathologique, tirée en partie des propres recherches de l'auteur, et que la science doit enregistrer précieusement. Il y a là une lumière pour le traitement médical et l'hygiène des aliénés. Mais s'agit-il de spécifier cette origine, de la ramener à une seule et unique forme de déviation morbide ? Tout change, et l'on ne peut se défendre d'une grande hésitation. Une même cause, dit M. Moreau, peut engendrer des effets différents, suivant qu'elle entre en exercice à telle ou telle époque de l'organisation. Cela est possible; mais la cause est-elle réellement

Dans une autre série d'expériences, au contraire, l'infusion d'un pancréas entier, c'est-à-dire la totalité du ferment contenu dans la glande, se révèle comme doué d'une force digestive extrême; MAIS, POUR OBTENIR CE RÉSULTAT, IL FAUT SAVOIR CHOISIR LE PANCRÉAS A L'HEURE FAVORABLE QUE J'AI SIGNALÉE, ET QUI EST ENTRE LA CINQUIÈME ET LA HUITIÈME HEURE DU REPAS. A cette époque, et surtout à la sixième et septième heure, le pancréas et sa trame sont au maximum de ferment.

Or, je n'ai point apprécié son énergie par l'abondance apparente de son suc, ni par sa viscosité, ni par sa densité, ni par l'analyse chimique, moyens approximatifs, sinon infidèles, mais uniquement par l'énergie digestive, énergie facile à mesurer d'après l'action totale du suc sur un poids donné d'aliments.

J'avais appris que le pancréas d'un chien moyen, pris à la sixième ou septième heure du repas, et mis en infusion, digère facilement 50 et jusqu'à 75 grammes d'aliments azotés; en conséquence, j'appliquai cette même loi à me conduire d'un coup et sans tâtonnements à choisir l'heure à laquelle je devais faire l'opération de la fistule pour recueillir le suc pancréatique le plus actif possible. Je fis cette opération à la sixième heure d'un repas.

Le procédé de Bernard se trouve, d'après la plupart de ses expériences écrites, consister, pour le choix du temps, en ce qu'il applique la canule au canal excréteur vers la première ou deuxième heure de la digestion.

Pour moi, choisir cette heure, c'est précisément accumuler, pour ainsi dire, toutes les chances défavorables. En effet, nous avons reconnu que, dans la trame de la glande, le ferment pancréatique n'arrive point à son maximum d'abondance et de perfectionnement, *tant que la digestion gastrique n'est point régulièrement parvenue elle-même à la sixième heure du repas*.

Faire l'opération de la fistule à la première ou deuxième heure seulement, c'était donc, à cause de la douleur, *s'exposer à couper court la digestion gastrique à peine commencée* et à arrêter par contre-coup le perfectionnement de la sécrétion pancréatique.

Par le procédé de M. Bernard, il n'est pas impossible de recueillir un suc non élaboré, entièrement inactif sur les aliments azotés, quelles que soient d'ailleurs ses autres qualités, ce malheureux choix du temps donne peut-être la raison des observations contradictoires faites par cet auteur.

Il faut remarquer, en effet, que l'arrêt de la digestion gastrique n'empêche pas toujours l'excrétion d'une certaine quantité, même abondante, de liquide par le canal pancréatique; mais, dans ce cas lui-même, et malgré son apparence de viscosité, d'alcalinité, d'activité sur les graisses, etc., le suc pancréatique est moins parfait, moins riche en ferment, moins actif. La sécrétion, en ce qu'elle a d'essentiel, sa qualité, est amoindrie.

Quant à moi, sachant l'importance qu'il y a à ce que la digestion gastrique soit arrivée à la sixième heure sans encombre, afin que l'élaboration du suc pancréatique se perfectionnât suffisamment, j'attendis ce moment pour faire l'opération et appliquer la canule.

Peu m'importait que la digestion gastrique s'arrêtât alors sous l'influence de l'opération à cette sixième heure; son office était en majeure partie rempli, et comme conséquence, la glande, au moment où j'appliquai la canule dans son canal excréteur, se trouvait riche en ferment très élaboré AVANT L'OPÉRATION, et, s'il devait s'écouler dans la première heure une quantité quelconque de suc, j'étais assuré qu'il serait le plus normal possible et le plus riche en propriétés.

Si l'influence fâcheuse de l'opération se faisait sentir, ce ne pouvait être que sur la deuxième portion de ce suc; mais il était facile de se contenter de la première et, pour plus de sécurité, rejeter comme suspect ce qui continuerait à s'écouler après la deuxième heure de l'opération; si, par le fâcheux effet de cette dernière, et dans ces deux premières heures, l'issue du suc n'avait pas lieu, l'expérience était simplement à recommencer.

Nous réussîmes un assez bon nombre de fois.

Dans un grand nombre de cas, il arriva, malgré une grande rapidité d'opération, que l'écoulement ne commença, ainsi que cela s'est montré à tous ceux qui ont fait des fistules pancréatiques, que six, douze, dix-huit heures après, comme si, pendant ce temps, la sécrétion s'était pathologiquement suspendue; dès lors, ne pouvant attacher de confiance aux qualités de ce suc tardivement écoulé après l'opération, peut-être même formé sous l'influence perturbatrice de celle-ci, je les rejetai.

Je fus plus heureux dans un bon nombre d'autres cas; *l'écoulement commença aussitôt, et je pus recueillir sans interruption tout le suc qui fut fourni par la glande dans les deux heures qui suivirent l'opération*, heures qui, d'après mes dispositions, coïncidaient précisément avec l'époque de la perfection la plus élevée de la fonction pancréatique (sixième et septième heure du repas).

J'avais ainsi obtenu toutes les garanties possibles de rigueur scientifique.

Pour ne pas fatiguer l'attention par des redites incessantes, je citerai seulement l'expérience suivante; elle se trouve disposée pour montrer si les propriétés digestives, reconnues par moi au suc extrait par le procédé de l'infusion, existent également dans le suc recueilli par la fistule.

Un chien de moyenne taille (10 kilogrammes), griffon, jeune, fut opéré de la fistule pancréatique après la cinquième heure d'un repas; il s'écoula pendant les deux heures et demie qui suivirent (sixième et septième heure de la digestion) une quantité de suc pancréatique égale à 45 grammes.

Celui-ci était transparent, sirupeux, alcalin, coagulable par la chaleur; mais nous ne cherchons point ces caractères.

L'important était de l'appeler à résoudre les deux questions suivantes :

1° Est-il vrai que, sans trace de la bile, ce suc pancréatique putréfie les aliments azotés ou les digère?

2° Est-il vrai ou faux qu'il n'ait d'action que si les aliments ont

---

la même pour l'idiotie et la folie? La communauté de source héréditaire, est-ce là, à proprement parler, une cause? Tout au contraire, la différence des produits n'implique-t-elle pas une différence essentielle dans le mode de production? Ne peut-il pas, ne doit-il pas arriver, en d'autres termes, que le germe de la maladie, en traversant un ou plusieurs organismes pour passer dans des êtres nouveaux, éprouve des changements non-seulement dans son degré, mais dans son mode, et imprime au système nerveux en voie de formation des directions diverses, d'où résulte la diversité des états pathologiques? Or, ce qui caractérise la nature du mal, c'est précisément le procédé morbigène, c'est ce qui directement dévie le travail de formation organique dans tel ou tel sens, dans le sens où il déterminera l'excitation des facultés cérébrales ou dans le sens où il déterminera leur dépression. Voilà la vraie cause, la cause efficiente. L'hérédité n'en est que la condition d'exercice; c'est, si l'on veut, une cause éloignée ou indirecte.

Aussi, qu'arrive-t-il, en dépit de la consanguinité des états morbides? Non-seulement ces états diffèrent entre eux, mais un même état diffère de lui-même en des points où vient se heurter la doctrine de M. Moreau. Beaucoup d'imbéciles ont la tête bien conformée et même très développée. D'accord; mais combien l'ont mal faite et déprimée! L'auteur le sait bien, qui a lui-même décrit une forme de dépression particulière aux idiots. Si M. Baillarger croit aussi à l'existence d'un excès de développement cérébral chez certains idiots ou imbéciles, ce n'est, dans son esprit, qu'une déduction tirée du rapprochement de ces deux faits : que les *microcéphales* sont nombreux parmi les aliénés de cette espèce, et que néanmoins la mensuration de leur crâne donne des moyennes au moins égales à celles qu'on obtient chez les sujets dont l'esprit est sain. De même, si la précocité de l'intelligence a été souvent signalée chez les enfants destinés à tomber dans l'imbécillité, il en est beaucoup d'autres qui, sans trace de dégénérescence profonde de l'organisme, sans même jamais descendre très bas dans l'échelle intellectuelle, se sont fait remarquer dès leur plus tendre enfance par la débilité de toutes les facultés cérébrales. Nous entendons parler principalement de cette classe d'enfants qu'on appelle *ar-*

été préparés, soit par la cuisson, soit par le suc gastrique, soit par la bile ?

Les 45 grammes de suc pancréatique furent divisés en trois portions destinées chacune à digérer un aliment différent qui se trouvait tout préparé, de sorte que l'expérience digestive s'accomplissait déjà dans l'heure même qui avait suivi l'issue du suc hors de la glande vivante.

La première portion (15 grammes) fut mise avec 5 grammes de fibrine crue et fraîche (1) de sang de bœuf, et portée à l'étuve chauffée à la température du corps (+ 42 degrés centigrades). Après deux heures, la totalité de la fibrine était fondue, dissoute, digérée, sans aucune trace de putréfaction.

La deuxième portion (15 grammes) fut mise avec 5 grammes d'albumine d'œuf cuit reconnu absolument frais et inodore, et agitée tous les quarts d'heure. Après quatre heures, l'albumine était désagrégée, ramollie, et la majeure partie des 5 grammes était dissoute, sans aucune trace de putréfaction.

Pour la troisième portion, on prépara une expérience plus frappante encore : on sacrifia un chien ; on prit aussitôt son pancréas, on le découpa finement, on l'épuisa par un lavage à l'eau froide et très abondant de toute matière soluble, on le pesa, on prit la dixième partie de ce pancréas CRU et on le donna à titre d'aliment à cette troisième partie (15 grammes) du suc pancréatique écoulé en deux heures de la fistule ; on agita tous les quarts d'heure le bocal porté à l'étuve. A la huitième heure, il ne restait plus trace visible de ce pancréas ; il avait été dissous, le tissu cellulaire compris, entièrement digéré par une AUTODIGESTION VÉRITABLE (2).

Trouver dans aucun de ces cas, qui eurent pour témoins, dans le laboratoire de M. Flourens, le secrétaire perpétuel de l'Académie, MM. Milne Edwards, Rayer, Philippeaux, Vulpian, Bernard lui-même, aucune trace de putréfaction, nier la dissolution, n'invoquer l'action d'aucun adjuvant (3), était chose matériellement impossible.

Il en fut de même dans les autres recherches.

Donc, par les expériences faites à l'aide du suc pancréatique issu de la fistule, naturel, pur, la question se trouve encore résolue en ce sens, que je soutiens contre l'opinion de M. Bernard :

« *L'action du suc pancréatique est une action à lui propre, s'exerçant sans trace de bile, n'a rien, néanmoins, de commun avec la putréfaction.* »

(1) On l'avait retirée, deux heures auparavant, du sang au sortir de la veine.

(2) On peut obtenir l'*autodigestion* du pancréas d'une manière plus simple : il suffit de prendre à un chien le pancréas à la sixième heure d'un repas, on découpe finement le pancréas ; on le met dans 150 grammes d'eau. On le maintient huit heures à l'étuve à + 42 degrés centigrades, en agitant tous les quarts d'heure. Après ce temps, la majeure partie du pancréas a disparu, digéré non pas seulement par le suc d'un pancréas voisin, mais par son propre suc. Après moi, M. Schiff a déjà répété cette expérience avec succès.

(3) La fibrine et le pancréas étaient crus ; le suc gastrique, le suc intestinal, la bile, absents, n'avaient pu intervenir pour rien dans le phénomène.

D'un autre côté, comme ces aliments ainsi digérés n'avaient préalablement touché ni l'estomac ni la bile, comme la fibrine et le pancréas employé à titre d'aliment n'avaient subi aucune espèce de cuisson, il se trouve manifeste que la seconde question se résout ainsi que suit :

« *Il est faux que le suc pancréatique n'ait d'action que sur les aliments qui ont été préparés, soit par la cuisson, soit par le suc gastrique ou la bile.* »

Or, ces solutions expérimentales ne sont autres que celles auxquelles nous avaient conduit en 1857 les expériences faites, soit avec le suc pancréatique recueilli par infusion de la glande, soit avec le principe actif isolé par l'alcool des matières étrangères.

Dans des cas heureux, j'ai pu, en recueillant le suc écoulé depuis la première heure après l'opération jusqu'à la quatrième heure inclusivement (*et qui coïncidait avec la cinquième, sixième, septième, huitième heure du repas*), arriver, avec le suc recueilli chez un seul chien, à digérer jusqu'à 50 grammes de fibrine, 40 grammes d'albumine, et jusqu'à un pancréas entier !

Je renvoie à mon mémoire de 1857, *Sur une fonction peu connue du pancréas*, pour la détermination précise, sous ses diverses faces, de la fonction du pancréas comparativement à celle de l'estomac, ces expériences nouvelles ne faisant que confirmer les trente propositions de ce mémoire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques questions de syphilographie, par le docteur GALLIGO.

(Suite et fin. — Voir le numéro 30.)

III. — *Syphilis secondaire.*

En vous faisant connaître maintenant mes idées sur les phénomènes consécutifs produits par la blennorrhagie, je vous dirai que, dans les premières années d'exercice de ma profession, je notai plusieurs cas de syphilis produits par la gonorrhée, selon les aveux de malades que je n'avais pas observés pendant le cours de cette dernière infirmité. Par la suite, sur de très sérieuses considérations, et après les discussions verbales que j'ai eues avec M. Ricord, je ne crois pas devoir mentionner comme des faits authentiques, attestant la possibilité de phénomènes constitutionnels consécutifs à la blennorrhagie, ceux qui nous ont été *simplement avoués* par les malades chez lesquels nous n'avons été témoins ni de la

riérés, et qui a été, de la part de M. Séguin, l'objet d'études particulières. On ne peut plus dire ici que les facultés ont été oblitérées dès le sein de la mère, puisqu'il s'en faut de peu qu'elles ne soient entières. Où est ici l'exaltation des propriétés vitales ; comment se traduira-elle? Et pourtant, ces enfants arriérés viennent aussi de la source commune des idiots, des fous, des rachitiques et des scrofuleux. Nous le répétons, l'exception ici tue la règle, parce qu'elle porte sur le caractère attribué spécifiquement et essentiellement à la maladie.

Au surplus, il y aurait quelque réserve à faire, suivant nous, au sujet de ce développement rapide de l'intelligence chez les enfants prédestinés à l'idiotie. Nous avons connu un assez bon nombre de ces *petits hommes* de dix ou douze ans. Nous leur avons vu un air d'assurance au-dessus de leur âge, une mémoire étendue et facile, une certaine aptitude à tourner une lettre ou un récit, de la couleur mais une couleur d'emprunt dans le style. Nous ne leur avons jamais reconnu ce qu'on peut appeler la *capacité intellectuelle*, la force de conception, la sûreté de jugement, le sérieux dans la pensée et dans le sentiment. On ne voit pas pourquoi ces qualités feraient défaut dans un état qui a pour un de ses caractères « la prééminence des facultés intellectuelles. »

Enfin, à la folie, à l'idiotie, on voit encore se mêler, dans la filiation héréditaire, le crétinisme et les monstruosités. Peut-on dire que le crétin, qui se rapproche tant par l'état cérébral de l'idiot, ait l'intelligence précoce, ou que son cerveau soit dans un état d'excitation? Peut-on dire que ce monstre à qui il manque à la fois une partie des parois abdominales et une partie du cerveau ait subi, dans la première région, un arrêt de développement, et, dans la seconde, une exaltation des propriétés vitales? Que si l'on répond qu'il n'est question ici que d'idiotie et d'aliénation mentale, il faudra couper le lien qui rattache, dans le cerveau comme ailleurs, la monstruosité à la difformité, et la difformité au trouble des fonctions.

Reste la dernière conséquence de la doctrine de M. Moreau : *Le génie est une névrose ;* la détérioration de l'homme physique et la disposition maladive des centres nerveux sont la condition du

blennorrhagie, ni de son cours, ni de sa nature ; c'est pourquoi je n'ai pu établir si l'écoulement était ou non entretenu par un *chancre intra-uréthral*. Si pourtant il est vrai, comme il est hors de doute, que la blennorrhagie engendre les phénomènes consécutifs, même dans le sens voulu par ceux qui sont en opposition avec M. Ricord, et s'il est vrai que des syphilographes aient eu des exemples de syphilis produite par la blennorrhagie, d'après le simple aveu des malades, qui déclarèrent n'avoir été atteints que d'un simple écoulement, il est évident que les déductions tirées ne peuvent avoir dans tous les cas cette force logique qui leur est attribuable dans quelques-uns. Chez les malades atteints de syphilis que l'on veut rapporter uniquement à une blennorrhagie demeurée inobservée pendant son existence, vous conviendrez avec moi, cher et savant confrère, de la nécessité d'opérer les recherches les plus minutieuses pour établir s'il y a eu, outre l'écoulement, des signes qui prouvent l'existence de chancres, surtout de ceux de l'espèce *indurée*. M. Ricord m'a raconté plusieurs faits très singuliers, et je me souviens que M. Fleury me cita un exemple de syphilis dans lequel M. Ricord désespérait de trouver une autre cause que celle de la blennorrhagie ; mais, après avoir examiné scrupuleusement le malade, il finit par trouver à l'articulation du bras avec l'avant-bras droit, vers l'épitrochlée, un engorgement glandulaire dur et multiple. Le malade, interrogé, avoua avoir été atteint d'une très longue maladie à l'index, que malgré les explorations faites on n'avait pas jugée comme ayant le caractère syphilitique, bien qu'elle l'eût, selon l'avis de M. Ricord. M. Ricord lui-même me cita un autre fait d'un Israëlite chez lequel on aurait cru que les phénomènes consécutifs étaient dus à la blennorrhagie, si un examen attentif n'eût pas amené la découverte d'engorgements pluriglandulaires indurés à la région sous-maxillaire, et un *chancre induré sous la barbe*. Dans mon séjour à Paris, M. Ricord eut l'obligeance de me montrer quelques cas de cette nature dans lesquels on se serait aisément trompés en attribuant les phénomènes consécutifs à la blennorrhagie, tandis qu'ils étaient produits par des chancres infectants.

Ceci nous montre assez combien il est nécessaire de bien examiner sur toutes les parties du corps les malades atteints de phénomènes consécutifs, qu'ils attribuent uniquement à la *blennorrhagie* dont ils étaient atteints à une époque antérieure. J'avoue n'avoir jamais été aussi scrupuleux dans mes examens que je l'ai été depuis mon voyage de Paris, non-seulement dans les cas de blennorrhagie, mais aussi dans ceux des *chancres mous* et des *bubons d'emblée* qui étaient suivis de phénomènes consécutifs.

Il est donc évident que les diagnostics établis de phénomènes consécutifs produits par la blennorrhagie, dans les cas où nous n'avons pas suivi le cours de celle-ci, nous obligent à un examen attentif et minutieux, et nous ne pouvons rigoureusement pas savoir si ces *blennorrhagies étaient causées par de simples uréthrites* ou par un *chancre induré intra-uréthral*. Quant aux blennorrhagies qui se présentent à notre examen, il faut dire qu'il est très rare qu'elles produisent la syphilis, et si parfois elles la produisent ce n'est que lorsqu'elles se présentent avec le *chancre intra-uréthral*. Si l'on pense à la difficulté d'établir le diagnostic de ce *chancre*, principalement pour ceux qui n'ont pas l'habitude de faire ces explorations spéciales, dont M. Ricord eut l'extrême obligeance de me montrer le procédé, vous voyez, cher et savant confrère, combien il est aisé de se tromper. S'il est vrai, comme il n'y a pas lieu d'en douter, que la blennorrhagie produise rarement la syphilis ; si, dans les quelques cas où il la produit, en observant attentivement et avec connaissance de cause, on y trouve le *chancre intra-uréthral*, il est certain que dans le plus petit nombre de blennorrhagies dans lesquelles le *chancre se trouve caché*, et où par conséquent le diagnostic ne peut pas être établi, la raison peut conseiller d'admettre le chancre à l'état *larvé*, c'est-à-dire *inostensible* aux yeux de l'observateur, ainsi que tant d'autres phénomènes dans quelques maladies. La question se réduit donc à ceci :

Que les partisans de cette dernière théorie, même dans les cas que nous venons de dire, ne veulent pas admettre les phénomènes consécutifs sans la présence du *chancre induré intra-uréthral* quoique larvé, tandis que les autres, dont vous et moi faisons partie, soutiennent que l'on ne peut établir aucun jugement exact, lorsque, malgré les examens les plus rigoureux, la maladie fondamentale à laquelle on devrait attribuer la syphilis ne semble même pas exister. Ne pouvant pas établir le diagnostic du *chancre larvé*, il manque non-seulement quelques indices de la maladie, *comme la crépitation* dans les fractures, mais la *fracture* elle-même.

Donc, tant que les progrès ultérieurs de la science ne nous mettront pas à même d'en constater l'existence, soit par le *moyen de nouvelles observations*, soit par des *inoculations*, il faut dire que, bien qu'*exceptionnellement*, la blennorrhagie *peut* cependant, dans de telles conditions, produire les phénomènes consécutifs. Si les recherches ultérieures faites sans esprit de parti couronnent avec les faits cliniques ce que l'analogie et la philosophie nous commandent, personne n'hésitera certainement à retrancher ces légères exceptions, qui, tout en étant opposées à la doctrine de M. Ricord, ne diminueront certainement pas l'importance de ses savants ouvrages.

Quant à la transmission des phénomènes secondaires, je l'ai admise des parents aux enfants, de la nourrice à son nourrisson, et de celui-ci à la nourrice, comme chez les adultes, *particulièrement localisée aux seins*, convaincu par les faits cliniques des auteurs, tels que MM. Wallace, Weller, Rinecker, Vidal, Virchow, Langlebert, Auzias-Turenne, Rollet, Gibert, Devergie, Depaul, Porter, Guyenot, Ricord même et d'autres, et par mes observations les plus sévères. Je crois inutile de vous citer tous les cas de ce genre qui se sont présentés à mon examen, mais permettez-moi, néanmoins, de vous entretenir de quelques-uns des plus remarquables.

Dernièrement on a remarqué dans les environs de Florence, à

---

perfectionnement intellectuel et moral de l'homme, et rien n'est plus faux que l'axiome : *Mens sana in corpore sano*.

Toute réserve faite quant à l'interprétation de cet axiome (qui n'est peut-être pas pris ici dans son vrai sens), on pourrait heureusement admettre dans ses termes généraux cette déclaration de l'auteur, sans être tenu d'accepter du même coup toutes les vues d'où l'auteur la fait découler. Il y aurait encore loin de la concomitance fréquente d'un état névropathique avec de hautes facultés cérébrales, à un état constant d'excitation dans la folie et l'idiotie. Quant au fait, pour l'apprécier avec justesse, il faudrait, comme tout à l'heure, distinguer entre les diverses facultés intellectuelles et entre les divers modes affectifs. La folie peut être sœur d'une vive imagination ; témoin le Tasse. Il est douteux qu'elle le soit jamais d'une forte et droite raison. A prendre *in globo* toutes les hautes intelligences, vraisemblablement on n'y compterait pas plus de vices *originels* de l'organisme (car il faut écarter les effets morbides du travail intellectuel lui-même), que chez le commun des hommes. M. Moreau est arrivé, en compulsant l'histoire, à un résultat différent, mais par un procédé d'une rigueur contestable. Il note dans la vie des personnages célèbres de l'antiquité et des temps modernes, les moindres signes d'affection ayant leur siége dans le système nerveux. S'il n'en rencontre pas, il tient compte de maladies étrangères au système nerveux, mais pouvant, de près ou de loin, en troubler les fonctions, comme sont les maladies du cœur. Si enfin il n'en découvre ni d'un genre ni de l'autre, il en recherche chez les parents. Ces états morbides sont pour le moins au nombre de 30 ou 40. Si on les multipliait par le chiffre des ascendants et collatéraux d'un seul personnage, ils donneraient bien un total de 120 à 150 ; ce qui veut dire que, à supposer une fréquence égale pour tous les états morbides, on a 150 chances contre une de pouvoir rattacher à l'hérédité morbide le génie d'un individu quelconque. En tout cas, la démonstration ne pourrait être complète que si l'on faisait la contre-épreuve sur les intelligences moyennes ou inférieures.

Nous en avons fini avec M. Moreau. La haute importance de son livre, si plein de faits et de savantes considérations, nous

la Rufina, la transmission de la syphilis consécutive chez quatorze enfants vaccinés avec le virus-vaccin d'un enfant qui, tout en ayant l'apparence d'une santé parfaite, était (d'après les informations reçues) issu de parents qui peu de temps auparavant avaient été atteints de graves phénomènes consécutifs.

Quelques-uns de ces enfants avaient été traités par les docteurs Forti et Consortini, et l'un de ceux-ci, qui appartenait à une des familles les plus distinguées de la ville, subit sous ma direction, à Florence, un traitement mercuriel qui amena la guérison.

Je ne veux pas m'étendre sur d'autres faits importants, qui feront le sujet d'un mémoire que je ne tarderai pas à publier : je ne veux que fournir quelques indications.

Au moment où M. Gibert instituait des expériences à l'Académie de médecine de Paris, je voulus inoculer sur moi-même le pus des plaques muqueuses qui se trouvaient à la lèvre inférieure et aux angles de la bouche d'un de mes clients affecté de phénomènes consécutifs. En effet, ayant recueilli une partie du pus extrait des plaques muqueuses ci-dessus indiquées, j'opérai trois piqûres, une sur la partie moyenne de la région dorsale de mon avant-bras droit, et deux sur la région dorsale et supérieure, près de l'articulation carpo-métacarpienne de ma main droite. Seize jours s'écoulèrent sans que rien parût, mais au dix-septième jour et aux suivants, si rien ne se déclara à la partie inoculée de la région dorsale de l'avant-bras, il n'en fut pas de même de la région dorsale de la main, sur laquelle se développèrent deux pustules, qui ne tardèrent pas à prendre le caractère de deux chancres indurés bien distincts et cupuliformes, ainsi que ceux qui ont été décrits par M. Langlebert.

Je me soumis alors à un traitement par le proto-iodure de mercure, et je couvris avec du calomélas les deux chancres, qui au bout de trente-trois jours furent guéris, non pas sans laisser une induration de la peau, qui aujourd'hui, 11 janvier 1860, tout en n'étant plus indurée, a cependant toujours conservé dans ces deux parties une couleur cuivreuse foncée.

Je traitais deux jeunes gens atteints de phénomènes consécutifs représentés par des ulcérations à la gorge, par des plaques muqueuses aux lèvres, et chez un de ceux-ci, M. G.-B. L...., par une éruption ecthymateuse; chez l'autre, M. B..., par des plaques muqueuses, des ulcérations au palais, et par une roséole syphilitique. Malgré les conseils que je leur donnais de cesser leurs rapports avec deux femmes auxquelles ils étaient liés, ne croyant pas à la transmission des phénomènes secondaires, ils continuèrent leurs rapports avec leurs maîtresses, qui ne tardèrent pas à être affectées de chancres indurés très étendus et *cupuliformes aux lèvres*, suivis des phénomènes consécutifs les plus graves et les plus caractéristiques. En effet, la maîtresse de M. G.-B. L..., chez laquelle le chancre induré, d'un caractère infectant, occupait le bord libre et latéral gauche de la muqueuse labiale inférieure, et s'étendait jusqu'à la partie interne de la muqueuse même, fut atteinte d'un engorgement pluriglandulaire avec induration très forte à la région sous-maxillaire, ensuite de phénomènes consécutifs chancreux à la région pharyngienne, et d'un fort engorgement des glandes cervicales postérieures, d'une roséole à la région du thorax, et enfin d'un psoriasis à la paume des mains et à la plante des pieds.

Malgré les dires de cette fille pour me prouver qu'elle n'avait jamais été atteinte d'aucune affection vénérienne, je voulus faire un examen rigoureux, afin de constater si présentement elle portait des traces d'affections primitives ou des cicatrices qui pussent démontrer leur existence antérieure; mais je ne pus arriver à en découvrir aucune. J'en fis autant à l'égard de la maîtresse de M. B... (mais sans aucun résultat), chez laquelle le chancre infectant était revêtu des mêmes caractères que celui ci-dessus indiqué, si ce n'est qu'il occupait la partie latérale gauche et un peu médiane de la lèvre supérieure. Il y avait aussi des engorgements pluriglandulaires à la région sous-maxillaire de droite et de gauche, visiblement indurés. Les phénomènes consécutifs étaient analogues à ceux de l'autre cas, mais sans qu'il y eût d'ecthyma; je prescrivis un traitement général de proto-iodure de mercure, qui amena la complète guérison de la première malade, et une sensible amélioration de la seconde.

Permettez-moi maintenant de vous citer un autre fait très important dont j'ai été moi-même témoin :

Une femme d'une condition fort peu aisée, et atteinte de plaques muqueuses à la bouche, donnait des soins à une petite fille d'une de ses amies; ignorant la maladie dont elle était affectée, elle gardait dans sa bouche l'eau qui devait servir à laver l'enfant, afin de la réchauffer; après quelques semaines, la petite en question fut couverte de plaques muqueuses à la bouche, à l'anus et aux cuisses ; comme elle tetait encore sa mère, celle-ci ne tarda pas aussi à être affectée d'un chancre induré à la mamelle, de plaques muqueuses à la bouche et à l'anus; cette femme communiqua la maladie à son mari, chez lequel se manifestèrent des plaques muqueuses aux angles de la bouche, aux lèvres, à l'anus, au scrotum, aux cuisses et aux fesses. La première femme sus-mentionnée, qui donnait ses soins à la petite fille, la nommée C..., fut convenablement traitée de la syphilis, mais elle mourut peu après à l'hôpital de Florence d'une pneumonie; la petite, qui s'appelait Italie C..., mourut aussi à la suite de la syphilis; la mère put, moyennant un traitement suivi à l'hôpital de Florence, être sauvée; son mari, Joseph C..., est actuellement atteint, non-seulement de plaques muqueuses, ainsi que je l'ai dit ci-dessus, mais aussi d'ecthymas à la barbe et au cuir chevelu. La mère, qui se trouve maintenant dans un état de santé apparente, vint dernièrement me consulter en amenant avec elle un petit garçon atteint de plaques muqueuses à la bouche, aux cuisses et à l'anus; je prescrivis à la mère et à l'enfant un traitement interne de proto-iodure de mercure, ainsi que des lavages avec la liqueur de Labaraque. Ce fait démontre donc que la transmission de la syphilis et des plaques muqueuses peut aussi avoir lieu des enfants aux adultes.

---

commandait un examen attentif, comme le caractère de l'auteur nous invitait à une entière liberté de discussion. Heureux si nous n'avons pas pris nos coudées trop franches dans une question pleine d'obscurité et devant une œuvre considérable! Il nous reste à nous mettre en règle avec MM. Deseuret, de Lapasse, Foissac et des Étangs. Ce sera le sujet d'un prochain article.

A. Dechambre.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux public, M. le docteur Perrin (de Corbigny), a été nommé médecin-inspecteur-adjoint à l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

— Par arrêté préfectoral du 25 juillet, des médailles d'argent ont été décernées aux médecins dont les noms suivent pour le service médical gratuit organisé dans la Gironde :

Arrondissement de Bordeaux : MM. Duceau, docteur-médecin à Saint-André-de-Cubzac; Rafaillac, officier de santé à Margaux; Drillon, docteur-médecin à Castelnau; Bosmarin, officier de santé à Blanquefort; Gazeauvielh, docteur-médecin à Belin. — Arrondissement de Libourne : MM. Rogé, officier de santé à Guîtres; Duthil, docteur-médecin à Gensac; Cattenat, officier de santé à Branne. — Arrondissement de la Réole : MM. Moussillac, docteur-médecin à la Réole; Icard, docteur-médecin à Sauveterre. — Arrondissement de Blaye : MM. Régnier, docteur-médecin à Blaye; Pujo, docteur-médecin à Saint-Ciers-de-Canesse. — Arrondissement de Bazas : MM. Descazeaux, officier de santé à Bazas; Dossat, officier de santé à Uzeste. — Arrondissement de Lesparre : M. Legendre, docteur-médecin à Pauillac.

— Les membres du corps de santé militaire dont nous donnons les noms ci-après, viennent d'être désignés pour faire partie du corps expéditionnaire de Syrie :

M. le médecin principal de 2e classe, Colmant, attaché à l'état-major; MM. les médecins-majors de 1re classe, Ehrmann et Suret; MM. les médecins aides-majors de 1re classe, Baudreau et Boulongne; MM. les médecins aides-majors de 2e classe, Vallin et Rustégho; MM. Landreau, pharmacien-major de 2e classe, et Jeunet, pharmacien aide-major commissionné.

Tandis que les faits mentionnés avant ces derniers prouvent en faveur, non-seulement de la transmission des phénomènes secondaires, mais encore de leur transmission fréquente sous la forme chancreuse infectante et indurée, comme l'affirment MM. Rollet et Langlebert, bien souvent nous avons aussi des exemples de la nature de celui que je viens de raconter. Malgré cela, je n'entends pas dire que la transmission des phénomènes secondaires ait lieu facilement, et que ce soit une règle établie ; car je suis d'avis, avec MM. Diday et Thiry, que bien souvent on ne procède pas avec assez de sévérité aux expériences qui doivent constater la vérité de ce fait. En terminant ce sujet, je dirai qu'il est bien vrai que, dans les *phénomènes secondaires*, il ne se présente que *de rares exemples de transmission et de contagion*, qui ne peuvent, par conséquent, être considérés comme expression d'une régle générale, et qui n'empêchent pas de donner l'importance due aux faits positifs; ils ne prouvent pas non plus que les principes de la *non-transmission*, ainsi que les a établis M. Ricord, et qu'aujourd'hui même les savants docteurs Diday et Thiry continuent à les soutenir, soient un simple produit de l'imagination; ils prouvent, au contraire, comme je l'ai déjà dit, que la transmission des *phénomènes secondaires* est plutôt un *fait clinique exceptionnel*, et que la *non-transmission* de ceux-ci est *un fait général*.

Je ne finirai pas sans dire que, même pour ce qui regarde la syphilisation, considérée uniquement par rapport à la possibilité de son utilité thérapeutique pour les cas de syphilis grave, rebelle aux procédés de traitement déjà connus, je pense que l'on doit encore aujourd'hui continuer les études, afin de ne pas empêcher la science d'aboutir, s'il y a lieu, à un résultat qui, en apportant un grand soulagement à l'humanité, rendrait hommage au talent de ceux qui, avec tant de zèle et d'abnégation, se sont voués à l'étude de cette partie importante de la syphilographie, tels que MM. Auzias-Turenne, Sperino, Boeck, Sigmund et tant d'autres.

IV. — *Du double virus.*

J'ai déjà avoué, cher et savant confrère, le tort que j'ai eu de trop généraliser en établissant la doctrine de l'*infection constante* dans les phénomènes primitifs; mais mes idées étaient appuyées par les faits cliniques et les examens les plus minutieux.

En effet, ayant vu que dans ces formes il y avait une incubation plus ou moins longue; que les chancres, même les plus légers, pouvaient quelquefois produire la syphilis; que la destruction et la prompte guérison du chancre, quoique de courte durée, ne suffisaient pas toujours à nous garantir des phénomènes consécutifs, et que l'on ne pouvait pas attribuer à ces sortes d'infirmités un caractère *purement local*, et dû à un simple *procédé d'inflammation;* qu'enfin la *distinction* entre le *chancre mou* ou *cancroïde* et le *chancre induré* ou *infectant* n'était pas encore *solidement* établie, il est évident que ma doctrine renfermait l'énonciation de faits réels. C'est pour cette raison qu'elle fut accueillie favorablement en Italie, et que l'ouvrage dans lequel M. Vidal reproduisait mes idées, sans me mentionner, fut accueilli de même en France, si bien qu'il obtint le prix de l'Académie de médecine de Paris. Vous me demanderez maintenant ce qu'il faut conclure de tout cela, et si l'on doit admettre ou non un ou deux virus? Le chancre mou est-il une *contagion spéciale et locale* qui diffère du *chancre induré*, ou est-il une *simple modification de ce dernier?* Les provenances et l'origine fréquente des chancres indurés et mous ne nous montrent-elles pas l'existence de deux virus? A toutes ces questions, qui finalement contiennent *les doctrines des dualistes* et *des unicistes*, quant au *chancre mou* ou *cancroïde* et au *chancre induré*, je répondrai que, quoiqu'il soit généralement prouvé aujourd'hui que les *chancres mous* et *indurés* aient une existence, une origine et une propriété distinctes, on ne peut cependant nier que le chancre mou ne puisse produire le *chancre induré*, comme il arrive en inoculant le *pus* de celui-ci dans la région céphalique, ni que le *chancre mou* ne puisse quelquefois se transformer en *chancre induré;* qu'on ne peut contester la propriété, bien qu'*exceptionnelle*, du chancre mou (du moins en Italie) de produire la syphilis consécutive, comme le chancre induré ou infectant la produit ordinairement.

En admettant donc que les faits cliniques nous démontrent généralement (*permettez-moi l'expression*) l'omologisme d'origine des chancres *indurés* et *mous*, je dois dire que quelquefois j'ai vu les chancres procéder autrement, puisque, dans certains cas exceptionnels, le chancre mou venait d'un chancre induré, et ce dernier d'un chancre mou, et j'ai remarqué leur transformation en l'une ou l'autre des formes ulcéreuses dont je viens de parler. Malgré cela, je ne crois pas devoir réputer le *chancre mou* comme une maladie simplement *locale* et d'une *nature inflammatoire*, car je crois qu'il y a toujours un procédé spécial et contagieux presque *constamment localisé et limité* à la partie où il se trouve, comme il arrive dans quelques maladies contagieuses de la peau et des muqueuses, telles que la gale, la teigne et la diphthérite, et autres maladies éruptives et contagieuses entretenues par des parasites animaux et des cryptogames végétaux. Je ne crois pas néanmoins que le *chancre mou* puisse toujours se maintenir comme un effet de *contagion locale*, mais je crois qu'il peut se généraliser et produire ainsi les phénomènes consécutifs.

La question ainsi posée, je pense qu'avec de sévères études les syphilographes pourraient arriver à former un diagnostic certain, qui ferait connaître quels sont les *quelques chancres mous* capables de produire la syphilis et ceux qui ne le sont pas. Il faudrait aussi étudier si, indépendamment et en l'absence de toute induration, même la plus légère, *même parcheminée*, les chancres mous peuvent avoir des caractères physiques (en eux-mêmes ou dans le fluide qu'ils renferment et produisent), et s'ils peuvent nous donner des *signes certains* qui nous fassent distinguer les *différents caractères du chancre mou*, qui se maintient presque toujours *à l'état local*, de ceux du chancre mou qui, quoi qu'en disent quelques médecins, peut engendrer l'*induration* et même la syphilis.

En établissant des statistiques et des études de ce genre, on arrivera alors à éclaircir les questions du *dualisme* et de *l'unicisme*, qui ont tant de rapport avec la distinction du chancre *mou* ou *cancroïde* et de celui *induré* ou *infectant*. Que l'on ne suppose pas que j'entende par là parler de statistiques générales de ce genre, car il en existe un bon nombre rédigées par les hommes les plus compétents dans ces études, tels que MM. Bassereau, Ricord et Fournier, qui ont démontré comment le *chancre induré* vient d'un chancre homonyme, ainsi que le *chancre mou*. MM. Clerc, Gamberini et moi, qui toutefois croyons généralement à la vérité des doctrines de M. Ricord et de son école sur ce sujet, nous ne pouvons cependant pas nier, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, que le *chancre mou* amène, dans quelques cas, les phénomènes consécutifs. Les statistiques elles-mêmes établiront si la *loi* de la *double vérole* constitutionnelle est toujours confirmée par l'observation des faits ultérieurs. M. Gamberini et moi avons noté depuis longtemps quelques exceptions, cependant *très rares*, à l'infaillibilité de cette loi. Aujourd'hui nous voyons que M. Delestre, interne de M. Bauchet, remplaçant M. Ricord à l'hôpital du Midi, après avoir laissé examiner et interroger le malade, sujet de l'observation, à MM. Puche, Cullerier, et à M. Ricord, avec leur assentiment, publia un fait exceptionnel à la règle générale établie par M. Ricord, que l'on ne peut avoir la *syphilis* qu'une seule fois. La conduite tenue dans ce cas par M. Ricord est digne du plus grand éloge; elle montre sa bonne foi et aussi comment la loi, qui est *généralement vraie*, est cependant sujette à de *rares exceptions*. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1860, n° 4, t. 56.)

Il faut donc, pour rendre plus claires ces exceptions, établir des catégories très exactes, rédigées sans esprit de parti.

En somme, tant que des expériences ne viennent point prouver en faveur des uns ou des autres, les unicistes et les dualistes doivent regarder comme étant justes les lois établies par M. Ricord; et lui et son école devront à leur tour accorder, jusqu'à de nouvelles expériences, les *quelques exceptions* qui s'y opposent, tant en ce qui concerne le *chancre mou* et les *bubons d'emblée*, qu'en ce qui concerne la *blennorrhagie* et la *transmission*, quoique *exceptionnelle*, *des phénomènes consécutifs* et de la *double vérole constitutionnelle*.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

TOXICOLOGIE. — M. *Fasoli* adresse un travail sur l'emploi des contre-poisons en général, et en particulier sur celui du sesquioxyde de fer dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. L'auteur a fait plusieurs séries d'expériences sur des chiens de petite taille, jeunes et bien portants. Sur dix-neuf chiens empoisonnés avec l'acide arsénieux à doses variables et croissantes, cinq, auxquels il n'a été administré aucun contre-poison, sont morts; sur les quatorze autres, traités par le sesquioxyde de fer hydraté et l'hydrate de sulfure de fer, douze ont parfaitement guéri, et deux seulement sont morts. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Pelouze.)

CHIMIE. — *Recherches sur l'iode atmosphérique*, par M. *S. de Luca*. — Les nouvelles recherches entreprises cette année par M. de Luca lui ont donné constamment un résultat négatif.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Delfrayssé* relative à l'influence de l'iode sur le produit de la conception. (*Comm.:* MM. Trousseau et Depaul.) — *b*. Une nouvelle note de M. le docteur *Bassaget* à l'occasion de la discussion actuelle. — *c*. Un mémoire sur le choléra qui a régné à l'île de la Réunion pendant les mois de mars, avril et mai 1859, par M. le docteur *A. Ducastaing*. (*Commission du choléra.*) — *d*. Un travail de M. *Loiseau* (de Montmartre), intitulé : *Essai sur les rapports qui existent entre la diphthérite et la pourriture d'hôpital.* (*Comm.:* MM. Velpeau et Trousseau.) — *e*. Une note de M. le docteur *Senier* sur un vêtement incombustible pour les pompiers.

M. *Velpeau*, au nom de M. Sédillot (de Strasbourg), offre une brochure sur l'évidement des os.

L'Académie se transforme en comité secret pour entendre un rapport de M. Nélaton sur les candidatures à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

A quatre heures et demie la séance publique est reprise.

La parole est à M. Devergie pour reprendre la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du *purpura hæmorrhagica*.

En quelques mots il rappelle les principes qui doivent guider les corps savants dans les discussions relatives aux questions de priorité, et il établit par des dates précises l'impossibilité où était M. Pize de prendre l'idée d'administrer le perchlorure de fer dans le *purpura* à la clinique de M. Piorry. Quant à M. Deleau, qui paraît s'être occupé de cette question quinze jours avant la publication de M. Pize, ses prétentions doivent être écartées par ce seul fait qu'il n'a absolument rien publié avant que M. Pize n'ait publié sa première observation.

A l'appui de la valeur du moyen indiqué par M. Pize, M. Devergie fait remarquer que le chiffre des cas dans lesquels ce traitement a été employé est aujourd'hui de onze; que sur ces onze cas dix ont été traités avec succès, et que le onzième était compliqué d'une gangrène mortelle par elle-même.

M. Devergie revient ensuite sur un des points traités incidemment par M. Trousseau et par M. Poggiale, à savoir le mode d'action des alcalins dans la dyspepsie acide.

A M. Trousseau, qui s'appuyait sur une expérience de M. Cl. Bernard pour nier l'action chimique des alcalins, M. Devergie objecte qu'on ne peut comparer l'action des alcalins introduits à un très grand degré de concentration dans l'estomac des chiens mis en expérience, avec l'action de ces mêmes alcalins donnés en solution très étendue aux dyspeptiques. Il se produit, dans le premier cas, une action irritante qu'on évite dans le second, et qui explique l'hypersécrétion acide que M. Cl. Bernard a remarquée.

A M. Poggiale, qui ne voyait qu'une action purement chimique dans l'effet des alcalins sur la dyspepsie acide, M. Devergie oppose une interprétation qui laisse une large part à l'influence de la nature médicatrice. Les alcalins, dit-il, n'agissent dans certaines dyspepsies qu'à la manière dont les absorbants agissent dans quelques affections cutanées, c'est-à-dire en enlevant un produit de sécrétion morbide, et en facilitant dès lors l'action curative de la nature, à laquelle cette sécrétion faisait obstacle.

Après avoir présenté quelques observations sur certains passages des précédents discours de M. Trousseau et de M. Poggiale, après avoir reproché à M. Trousseau d'avoir exagéré l'*intelligence* de la nature et des forces vitales chez l'homme, et à M. Poggiale d'avoir donné des interprétations trop exclusivement physiques aux phénomènes de la circulation capillaire. M. Devergie termine en lisant les conclusions de son rapport.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. *Piorry* annonce qu'il répondra dans la prochaine séance au discours de M. Malgaigne.

La séance est levée à cinq heures.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la présence de fibres musculaires dans les parois des vésicules pulmonaires, par JAC. MOLESCHOTT.

M. Moleschott, dans une dissertation publiée en 1845, avait indiqué la présence de fibres musculaires dans les parois des vésicules pulmonaires. Cette assertion avait été combattue par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la structure des poumons, par M. Rossignol, par M. Adriani, par M. Kölliker. Seul entre tous les anatomistes, M. Gerlach, en 1849, avait admis l'existence de ces fibres. M. Moleschott invoque avec d'autant plus de confiance l'autorité de ce dernier anatomiste, que celui-ci, n'ayant pas cité la dissertation mentionnée plus haut, paraît avoir été conduit à formuler son opinion par suite de recherches originales et personnelles. « J'ai pu, disait M. Gerlach en 1854, trouver aussi dans les » parois des vésicules pulmonaires du mouton, comme dans les » petites bronches, des fibres musculaires, et je les ai de même » observées dans les poumons d'un enfant de deux ans. » En présence des dénégations de MM. Rossignol, Adriani, Kölliker, Harting, Donders, Reichert, M. Moleschott a cru nécessaire de soumettre à une nouvelle vérification l'opinion qu'il avait émise autrefois, et ses recherches récentes ont confirmé pleinement l'exactitude du fait qu'il avait découvert.

L'auteur a surtout examiné à ce point de vue les poumons du cochon, ceux du bœuf et ceux de l'homme adulte, et il recommande à ceux qui n'ont pas encore vu les fibres musculaires des vésicules pulmonaires les poumons du cochon en première ligne. En général, les poumons des animaux adultes conviennent mieux pour cette étude que ceux des jeunes animaux; c'est ainsi qu'il faut examiner plutôt les poumons du bœuf que ceux du veau, si l'on fait la recherche sur des animaux de cette espèce.

Pour rendre visibles les fibres musculaires lisses dans les parois des vésicules pulmonaires, on peut couper de petits cubes de tissu pulmonaire frais de 4 à 6 millimètres de hauteur, les plonger dans une solution assez concentrée d'acide acétique, et les y laisser pendant plusieurs mois ou même une année. On fait ensuite macérer les morceaux retirés de l'acide acétique dans de l'eau distillée pendant vingt-quatre heures, puis on fait l'examen microsco-

pique en se servant, pour humecter la pièce, d'une solution d'acide acétique à 1,5 pour 100. Les préparations faites de cette façon montrent très nettement dans les parois des vésicules pulmonaires des fibres musculaires lisses munies de leurs noyaux, lesquels présentent la forme caractéristique de bâtonnets, et une teinte un peu jaunâtre. Un autre procédé consiste à insuffler le poumons, à en faire sécher des morceaux de 4 à 6 centimètres de hauteur, et, après qu'ils sont suffisamment secs, à en préparer de minces coupes, qu'on laissera environ trois heures dans une solution d'acide acétique à 1 pour 100. Si l'on désire, pour mesurer les fibres musculaires, les isoler parfaitement, il sera très avantageux de les faire macérer pendant une demi-heure ou une heure dans une solution de potasse à 35 pour 100.

Les poumons du cochon sont, comme on vient de le dire, ceux dont les parois vésiculaires contiennent le plus grand nombre de fibres musculaires lisses et le moins de fibres élastiques; ceux du bœuf, sous le rapport du nombre des fibres musculaires, viennent au second rang; ceux de l'homme, en dernier rang. Pour le bœuf et pour l'homme, c'est le premier procédé qu'on devra employer de préférence, tandis que, pour le cochon, le second procédé donnera les résultats les plus satisfaisants. Dans les vésicules pulmonaires du bœuf, et surtout du cochon, M. Moleschott a vu souvent des faisceaux de deux, quatre fibres musculaires juxtaposées, et même davantage ; mais chez l'homme il n'a rencontré que très rarement deux fibres musculaires accolées, et n'en a jamais observé plus de deux ainsi contiguës.

M. Moleschott indique avec soin les caractères de forme, de situation, de réactions chimiques relatifs aux éléments musculaires eux-mêmes ou à leurs noyaux, caractères qui empêcheront de confondre ces éléments, soit avec l'épithélium fusiforme des petites artères, soit avec les cellules formatrices des fibres de tissu élastique.

Les fibres musculaires lisses des parois des vésicules pulmonaires du cochon ont une longueur de 0mm,027 à 0mm,05 ; en moyenne, elles ont 0mm,036; leurs noyaux ont de 0mm,013 à 0mm,017, en moyenne 0,014.

Les fibres musculaires, chez le bœuf, ont une longueur de 0mm,043 à 0mm,087, en moyenne 0mm,064. Au point le plus large, la dimension transversale est de 0mm,005 à 0mm,007. La longueur des noyaux varie de 0mm,013 à 0mm,023 ; en moyenne, est de 0mm,016.

Quant aux fibres musculaires des parois des vésicules des poumons de l'homme, M. Moleschott, d'après de nombreuses mensurations, donne comme maximum une longueur de 0mm,07, et comme minimum 0mm,03 ; comme moyenne 0mm,046. La longueur des noyaux varie de 0mm,012 à 1mm,020; la moyenne est 0mm,015. (*Wiener Med. Wochenschrift*, n° 52, 24 décembre 1859.)

Formule d'un bain huileux économique, par M. Jeannel (de Bordeaux.)

Prenez d'une part :

Carbonate de soude, brut.............	350	grammes.
Eau tiède pour un bain entier..........	200	litres.

Faites dissoudre.

D'autre part, prenez :

Carbonate de soude, brut.............	50	grammes.
Eau commune, tiède..................	500	—

Dissolvez dans un flacon et ajoutez :

Huiles d'amande ou huile de foie de morue. 250 grammes.

Agitez quelques instants pour émulsionner et mêlez à l'eau du bain.

L'huile, fait remarquer M. Jeannel, se séparerait si l'on versait l'émulsion dans l'eau tiède du bain, sans avoir rendu cette dernière alcaline. La petite quantité de sel calcaire que contiennent toutes les eaux employées aux usages économiques se trouve précipitée par le carbonate de soude en excès; ces eaux émulsionnent les corps gras aussi bien que l'eau distillée.

On sait d'ailleurs que les corps gras émulsionnés par les carbonates alcalins traversent les membranes et sont assimilés aussi bien que les corps gras émulsionnés par le suc pancréatique. Pendant la durée de l'immersion dans le bain curatif, le corps gras se dépose en partie sur la surface de la peau et, après ce bain, l'épiderme, malgré des frictions réitérées avec des linges secs, reste lubrifiée d'une manière tout à fait remarquable. (*Journal de méd. de Bordeaux* et *Gazette médicale de Lyon*, 1er février 1860.)

Éléphantiasis du pied et de la jambe traité par la ligature de l'artère fémorale, communication à la Société de médecine de la Caroline du Sud, par M. le docteur T.-L. Ogier (de Charleston).

La ligature de l'artère principale du membre dans le cas d'éléphantiasis a été proposée et mise à exécution par un habile et hardi chirurgien américain, M. Carnochan (de New-York), qui a fait connaître quatre succès dus à ce mode de traitement. A l'exemple de M. Carnochan, le professeur Erichsen (de Londres) a fait la ligature de l'artère tibiale antérieure dans un cas d'éléphantiasis du pied ; cette opération a encore été couronnée de succès.

M. Ogier, de son côté, a lié récemment l'artère crurale, au sommet du triangle de Scarpa, chez un nègre âgé de vingt-six ans, porteur d'un éléphantiasis énorme du pied et de la jambe, et jouissant, d'ailleurs, d'une excellente santé. Le volume de l'extrémité et les douleurs qu'il y ressentait empêchaient complétement cet homme de travailler et lui faisaient réclamer l'amputation comme un bienfait. L'opération et les suites immédiates ne présentèrent rien de particulier; mais, le quinzième jour, il y eut une hémorrhagie secondaire épouvantable que l'on parvint cependant à arrêter à temps. Le malade ne tarda pas d'ailleurs à se rétablir.

L'extrémité affectée commença à diminuer de volume dès le deuxième jour après la ligature, et au bout de trois mois, époque à laquelle l'observation a été publiée, ces parties avaient presque repris leur volume normal. Le malade marchait sans difficulté et sans douleur avec un bas élastique.

M. Ogier fait remarquer avec raison que ce succès ne devra être considéré comme définitif que lorsqu'une année au moins se sera écoulée sans que l'affection ait récidivé. Le fait n'en mérite pas moins d'être connu, vu l'incurabilité de l'éléphantiasis par les moyens médicaux et chirurgicaux ordinaires. (*Charleston Medical Journal and Review*, mars 1860.)

Des abcès péri-uréthraux, par M. le docteur N. Venot.

L'auteur décrit sous ce nom deux variétés d'abcès qui peuvent se produire comme complication d'une blennorrhagie et dont une seule mérite le nom d'abcès *péri-uréthraux*, tandis que dans l'autre il s'agit d'une inflammation des glandules muqueuses de l'urèthre. Ces deux variétés, distinctes par leur siége et leur marche, le sont surtout au point de vue du pronostic. Dans la première, l'abcès siége dans le tissu cellulaire péri-uréthral. Pendant son développement et à sa période d'état, le malade n'éprouve d'autres sensations que celle qui est produite par l'abcès en lui-même ; il urinera aussi facilement que le permettra sa blennorrhagie, car tout se passe en dehors de l'urèthre. La tumeur fait saillie à l'extérieur, la peau devient rouge et luisante ; il se fait de l'empâtement tout autour, et l'on arrive ainsi à la terminaison obligée, la suppuration. Si l'on n'ouvre pas avec le bistouri, la peau se perfore d'elle-même, et quelquefois par deux ou trois petits pertuis. Enfin, le pus évacué, le travail de réparation se fait comme ailleurs, et quand la cicatrice est obtenue, tout est terminé sous tous les rapports.

Dans cette première variété, l'ouverture de l'abcès se faisant au dehors, on n'a pas à craindre les accidents sérieux résultant de la perforation de l'urèthre. Il n'en est pas de même dans la seconde variété. Le diagnostic de celle-ci est parfois difficile au début. Il faut chercher avec beaucoup de soin la saillie, ou plutôt la sensation de dureté constatée à la palpation, car le malade ne s'aperçoit lui-même de ce qui se passe que lorsque la tumeur poursuit sa marche inflammatoire. Beaucoup de ces cas passent certainement inaperçus, d'autant mieux que tout se borne assez souvent à une lé-

gère tuméfaction, persistant plus ou moins longtemps, et disparaissant ensuite par résolution.

Mais si l'affection augmente, la tuméfaction s'accroît, la douleur devient vive et pulsatile, la miction est pénible et gênée, l'urine sort en tire-bouchon ou en double jet; l'abcès se forme et le pus va sourdre aussi bien à travers la muqueuse du canal qu'à travers la peau. Il peut arriver que, la peau abcédée, l'urèthre se perfore à son tour. Quand le pus est versé tout d'abord dans l'urèthre, il est à craindre que l'urine ne séjourne dans le foyer et ne produise ainsi un second phlegmon, s'accompagnant de tous les caractères des abcès urineux et amenant une fistule uréthrale.

Dans toutes ces circonstances, il faut se hâter d'ouvrir la tumeur, à moins qu'elle ne soit petite, indolore, et qu'elle ne reste stationnaire, car la suppuration n'est pas ici un fait obligé. Tout se borne alors à un noyau dur qui peut se résorber assez vite ou rester appréciable fort longtemps. L'auteur pense que telle est probablement l'origine d'un assez grand nombre de coarctations uréthrales.

A part la formation d'une fistule qui peut entraîner toutes les conséquences d'une infiltration urineuse, ces tumeurs, quand elles suppurent, peuvent être l'origine d'une bride inodulaire et produire encore par ce mécanisme un rétrécissement. Il faut donc, quand l'abcès est ouvert, empêcher la cicatrisation immédiate de la peau pour prévenir l'amincissement de la muqueuse et son ulcération.

Ce qui vient d'être dit s'applique principalement à la portion pénienne de l'urèthre chez l'homme. Au delà, la distinction entre les deux variétés de tumeurs inflammatoires est impossible. Chez la femme, il se passe quelque chose d'analogue lorsque, pendant le cours d'une occlusion ou d'une vaginite, il se forme des abcès. Ceux-ci peuvent encore siéger dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou dans les follicules très développés de cette région. (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1860.)

Sur les médications composées et sur une nouvelle préparation de l'huile de foie de morue iodo-ferrée, par M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

« Depuis plus de quinze ans, dit M. Devergie, je cherche à faire prévaloir en thérapeutique cette pensée que, dans les formes morbides constitutionnelles, c'est moins à un agent thérapeutique *isolé* qu'il faut avoir recours qu'à plusieurs agents *réunis* du genre de ceux qui, essayés isolément, comptent à peu près un nombre égal de succès. Ainsi, pour prendre un exemple, les expérimentations de Guersant père, de Baudelocque, de Lugol, sur l'hydrochlorate de baryte, la décoction de feuilles de noyer, l'iode, et celles des médecins qui les ont suivis sur l'huile de foie de morue, le fer, ont conduit à une statistique qui compte, pour chacun de ces médicaments, un tiers de guérisons, un tiers d'individus soulagés, un tiers n'en ayant éprouvé aucun effet : d'où j'ai été conduit à penser que, si l'on réunissait plusieurs de ces médicaments entre eux pour combattre les affections scrofuleuses, on arriverait peut-être à guérir dans un espace de temps moins long. C'est ce que l'expérience a confirmé. »

De même pour la syphilis, contre laquelle M. Devergie emploie avec avantage, dans certains cas, un traitement composé dans lequel entrent le mercure, l'iodure de potassium, le fer et l'arsenic.

Il existe donc, suivant M. Devergie, des agents antiscrofuleux, antisyphilitiques, antidartreux, dont l'efficacité est *relative*, selon le tempérament et la constitution du sujet, le degré et la forme de la maladie; mais il n'y a pas d'agent exclusif de cette période. Ainsi, si l'iodure de potassium guérit de préférence les accidents secondaires et tertiaires, c'est que, dans ces sortes de cas, on a épuisé la puissance du mercure.

D'où la conséquence qu'il y a avantage à employer des médicaments dans les formes composées; seulement, il faut les formuler de manière que chaque agent médicamenteux conserve sa puissance d'action, et non pas se servir de composés dans lesquels les éléments sont combinés et neutralisés.

On peut être conduit ainsi à un inconvénient assez grand pour le malade, celui d'être obligé de prendre coup sur coup plusieurs substances plus ou moins désagréables. C'est ainsi que M. Devergie prescrit à la fois, et depuis longues années, aux scrofuleux, l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, le vin de gentiane et la tisane de noyer; c'est la thérapeutique à l'aide de laquelle il a compté plus de succès et des succès plus prompts.

M. Vezu, pharmacien à Lyon, avait déjà cherché à associer le fer pur à l'huile de foie de morue pour en faire une huile ferrée. M. Devergie, à son tour, a eu la pensée d'unir l'iodure de fer à l'huile de foie de morue; il en résultera, pour les malades, l'avantage d'avoir un sirop de moins à prendre, et pour l'administration des hospices une dépense de sirop en moins.

Voici la formule et le mode de préparation de cette huile :

Pr.	Limaille de fer non oxydée..........	0gr,40
	Iode..........................	1 70
	Eau..........................	q. s.

Combinez par trituration, dans un mortier, la limaille de fer et l'iode, en ajoutant quelques gouttes d'eau, puis incorporez peu à peu l'iodure formé avec

Huile de foie de morue.......... 500 grammes.

Il importe peu pour la préparation que l'huile soit blanche, blonde ou brune. On peut également employer l'huile de squale. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mars 1860.)

Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

M. Duchenne désigne sous les noms de *spasme fonctionnel* et de *paralysie musculaire fonctionnelle* une affection caractérisée, soit par des contractions pathologiques, continues, douloureuses ou incolores, soit par des contractions cloniques ou des tremblements, soit enfin par une paralysie; affection qui se manifeste seulement pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs, et qui peut siéger dans toutes les régions. C'est cette affection qu'on désigne communément sous le nom de *crampe des écrivains*, lorsqu'elle se localise dans les muscles de la main, et surtout dans ceux qui concourent à l'acte d'écrire. Dans ce cas, c'est quelquefois un des muscles qui président aux mouvements partiels des phalanges qui est affecté. Ainsi, M. Duchenne a observé un agent de change chez lequel les deux phalanges de l'index se fléchissaient pendant que la première s'étendait sur le métacarpien dès qu'il avait écrit quelques mots. Au contraire, chez un employé du ministère de la guerre, la première phalange des deux premiers doigts était fléchie, tandis que les deux dernières étaient dans l'extension. L'examen électro-musculaire démontre que, dans le premier cas, l'affection siégeait dans les muscles fléchisseurs et extenseurs de l'index, tandis que, dans le second, elle existait dans les interosseux de l'index et du médium.

D'autres fois, les muscles qui sont atteints sont ou les supinateurs ou les pronateurs; ainsi, chez deux malades de M. Duchenne, la main exécute un mouvement de supination sitôt qu'ils ont tracé un mot, de sorte que le bout de leur plume regarde en l'air sans qu'ils puissent s'y opposer.

Des troubles analogues peuvent se montrer dans toutes les régions, attaquant principalement les mouvements fonctionnels dont on a abusé. Ainsi, M. Duchenne cite un tailleur dont le bras tournait violemment en dedans, par la contraction du sous-scapulaire, dès qu'il avait fait quelques points; un maître d'armes dont l'humérus, du côté qui tenait l'épée, tournait en dedans sitôt qu'il se mettait en garde; un tourneur chez lequel les fléchisseurs du pied sur la jambe se contractaient dès qu'il l'appliquait sur la planche pour faire mouvoir son tour; un monsieur qui avait abusé de la lecture toute sa vie et dont la tête se tourne à droite par la contracture des muscles rotateurs lorsqu'il veut lire, jusqu'à ce qu'il ait rejeté son livre; un savetier qui éprouvait les mêmes contractures dans les rotateurs droits de la tête et dans quelques muscles de l'épaule droite et de la face dès qu'il se mettait au travail; un savant qui avait passé plusieurs années à traduire des manuscrits,

et qui éprouvait, quand il fixait un objet, une diplopie dépendant de la contracture spasmodique du muscle droit interne de l'œil gauche, contracture qui cessait dès qu'il ne fixait plus. Chez un paveur, les deux sterno-mastoïdiens se contractaient pendant la contraction instinctive des muscles qui maintiennent la tête en équilibre entre la flexion et l'extension. Cette contracture était telle, que sa tête se fléchissait avec une force extrême ; il suffisait que la tête fût appuyée pour que la contracture cessât. M. Duchenne a observé un fait analogue dans un des sterno-mastoïdiens chez une demoiselle.

Un des faits les plus curieux parmi ceux qu'a rencontrés M. Duchenne est celui d'un curé chez lequel le spasme fonctionnel affectait les muscles de l'abdomen du côté droit, et surtout le grand oblique. A chaque inspiration on sentait ce muscle se dévier, et le spasme était si violent que le tronc en éprouvait à chaque inspiration un mouvement de tension de droite à gauche. Ce conflit entre les muscles inspirateurs et expirateurs s'opposait au développement de l'épigastre et de la partie inférieure du thorax du côté droit, et conséquemment à l'expansion du poumon. Il en résultait que la respiration était extrêmement gênée et que le malade étouffait toujours. Cette affection était apyrétique, elle résistait depuis deux ans à toutes les médications. La faradisation cutanée fit d'abord disparaître pendant quelques heures ce spasme fonctionnel de la respiration, mais bientôt ce modificateur fut sans action.

Ainsi, le spasme fonctionnel peut établir son siége dans un grand nombre de régions et affecter les mouvements volontaires ou les mouvements instinctifs. Non-seulement il n'est pas toujours douloureux, mais quelquefois la douleur provoquée par l'exercice de la fonction est une sorte de névralgie temporaire.

Il résulte, en outre, de quelques faits observés par M. Duchenne, que l'exercice de certains mouvements articulaires produit quelquefois la paralysie temporaire d'un ou de plusieurs des muscles qui concourent à ces mouvements. Cette paralysie fonctionnelle affecte les mêmes muscles que le spasme fonctionnel. Chez un chanoine, l'acte d'écrire devenait impossible dès qu'il avait tracé quelques lignes ; les doigts dirigeaient parfaitement la plume, mais la main et l'avant-bras semblaient cloués au bureau. Il lui était dès lors impossible de faire tourner son bras de dedans en dehors, et en conséquence de faire mouvoir dans la même direction son avant-bras fléchi sur le bras. Aussi devait-il, après chaque mot, tirer de la main gauche le papier de droite à gauche pour écrire le mot suivant. Le siége de la paralysie était, dans ce cas, dans le muscle sous-épineux. M. Duchenne a été consulté par plusieurs malades qui, après avoir tracé quelques mots, se trouvaient arrêtés tout à coup, ne pouvant plus mouvoir les doigts. Ils n'éprouvaient cependant ni contracture, ni spasme musculaire. Chez un teneur de livres, l'adducteur du pouce était frappé d'inertie après une ligne ou deux écrites, au point que la plume lui tombait des mains. Il ne pouvait écrire qu'en plaçant sa plume entre l'index et le médius, d'après la méthode américaine. Cependant, ce muscle adducteur pouvait se contracter énergiquement toutes les fois qu'il ne s'agissait pas de tenir la plume pour écrire. Il n'y avait aucune trace de spasme fonctionnel.

Relativement au diagnostic, il est certain que des erreurs ont été commises bien souvent. Il suffit pourtant, pour les éviter, de remarquer que le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle se manifestent seulement pendant l'exercice d'une fonction spéciale.

Le pronostic de cette affection est fâcheux, car elle résiste généralement à toute espèce de traitement, et même à la thérapeutique faradique, quel qu'en soit le mode d'administration. En effet, sur trente ou trente-cinq cas que M. Duchenne a soumis à la faradisation localisée, il n'a obtenu que deux succès (un cas de spasme fonctionnel de l'extenseur de l'index chez une fleuriste, datant de quatre à cinq mois, et un cas de spasme fonctionnel du rond pronateur et du sous-épineux). Dans ces deux cas, l'affection spasmodique était compliquée d'anesthésie cutanée, phénomène qui n'a été rencontré dans aucun des autres cas. Dans ceux-ci, le spasme a également résisté, en général, à tout exercice gymnastique. On est réduit, dans ce cas, à des moyens palliatifs, à l'emploi d'agents prothétiques destinés à suppléer l'action des muscles contractés ou paralysés. L'un des plus ingénieux parmi ces appareils est celui qui a été imaginé par M. Cazenave (de Bordeaux). Le spasme fonctionnel des muscles moteurs de la tête peut guérir sous l'influence d'un exercice gymnastique qui consiste à maintenir aussi longtemps que possible les muscles antagonistes de ceux où siége ce spasme dans un état de contraction continue et volontaire à l'aide d'un appareil à résistance élastique. (*Bulletin général de thérapeutique*, n^{os} des 29 février, 15 et 30 mars 1860.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires (1).

Sur les rétrécissements de l'urèthre.

Parmi les chirurgiens anglais, il en est plusieurs qui cherchent à peine à établir une distinction entre les diverses espèces de rétrécissements de l'urèthre. M. Syme est du nombre, car je crois qu'on ne peut regarder comme sérieuse sa division en rétrécissements : 1° imaginaires, 2° légers, 3° confirmés, 4° irritables, et 5° contractiles. La plupart cependant les partagent en permanents et passagers, auxquels J. Hunter, imité par quelques-uns de ses compatriotes, en ajoutait de mixtes, c'est-à-dire participant de la nature des deux autres classes, seules admises par Ch. Bell. M. H. Thompson, dont l'ouvrage a été couronné en 1852 par le conseil du collége royal des chirurgiens d'Angleterre, divise, de même que A. Cooper, de même que la plupart des chirurgiens français, les rétrécissements passagers en deux classes, et décrit ainsi : 1° des rétrécissements permanents ou organiques ; 2° des rétrécissements spasmodiques, 3° des rétrécissements inflammatoires. Nous verrons qu'il en admet souvent de mixtes.

Il y a, selon lui, rétrécissement *inflammatoire* quand, dans une uréthrite aiguë, la muqueuse uréthrale se trouve à ce point congestionnée qu'elle obstrue le calibre du canal. Bien que, de son aveu, du spasme s'y joigne souvent, et qu'on ne puisse bien se figurer un rétrécissement inflammatoire sans coexistence, dans un temps ou dans un autre, de spasme dans les tissus musculaires environnants, il affirme que rien n'est plus distinct que les rétrécissements inflammatoires et spasmodiques.

Les rétrécissements *spasmodiques* sont dus à une contraction insolite de fibres musculaires, les unes soumises et les autres non soumises à la volonté. Ils peuvent donc avoir leur origine, soit dans le muscle unique que l'auteur admet autour de la région membraneuse, et qu'il nomme *compresseur de l'urèthre*, ainsi que dans quelques autres qui agissent d'une manière indirecte, soit dans le tissu musculaire qu'il croit exister dans les parois uréthrales elles-mêmes. Ils dépendent d'une irritation des nerfs sensitifs de la partie, irritation transmise par eux à un centre nerveux qui est, selon leurs connexions, la moelle épinière ou quelque ganglion dont la fonction est de renvoyer les impressions de ces nerfs aux branches motrices par lesquelles est provoquée la contraction des fibres musculaires, désignée sous le nom de *spasme*. Cette irritation peut être occasionnée par une érosion de la muqueuse ou seulement par une exaltation de sa sensibilité, de telle sorte qu'une augmentation de l'acidité, et surtout l'alcalinité de l'urine, suffisent pour exciter l'action réflexe. Il en est de même d'un corps étranger, d'un calcul, d'une sonde, surtout si elle est froide, de quelques injections, etc. Bien plus, des états généraux de l'économie agissent sur ces muscles comme sur tous les autres. Le froid extérieur et la chaleur produisent des effets opposés : de même, pendant un frisson général, le jet urinaire est toujours faible, tandis qu'il prend du volume

(1) Ces études font suite à celles qui ont été déjà publiées sur le même sujet dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (voir 1860, n°s 9, 10, 11 et 15).

pendant la période de chaleur. Il est rare qu'un rétrécissement organique ne se complique pas jusqu'à un certain point de spasme, c'en est même la cause la plus ordinaire.

Ces remarques conduisent l'auteur à se demander si un rétrécissement spasmodique de l'urèthre peut se présenter indépendamment de toute contraction organique, si légère qu'elle soit. Il répond que de tels cas ne sont pas excessivement rares, mais que, dans le plus grand nombre, on trouve une lésion locale, légère quelquefois et pouvant n'avoir aucun rapport avec les rétrécissements organiques. Il ne doute pas non plus que parfois la cause existante n'échappe à nos sens et ne puisse avoir son siége dans les centres nerveux eux-mêmes, catégorie à laquelle il rapporte des cas décrits sous le nom de *rétrécissements purement spasmodiques*, par quelques écrivains tels que B. Brodie, J. Hunter, Hancock, etc., écrivains qui ne sont cependant pas d'accord sur les fibres musculaires qui en sont les agents. Il admet encore l'influence de la goutte, de l'irritabilité qu'elle donne aux muqueuses et de l'acidité de l'urine qui en est le résultat. Enfin, il reconnaît comme causes de spasme le passage de certaines substances dans l'urine, telles que les cantharides, la térébenthine, les épices, etc , une résistance trop longue au besoin d'uriner, des affections des organes voisins, notamment les hémorrhoïdes et les fistules à l'anus, le ténia, les ascarides, etc., de simples émotions morales; il reconnaît même des spasmes périodiques.

M. Thompson conclut de ces données que le traitement doit être approprié à chaque cas particulier, que le traitement local n'est que d'une importance secondaire, que souvent il n'est pas nécessaire et qu'il est même quelquefois impossible; qu'avant tout, c'est la cause qu'il faut rechercher et combattre.

Nous ne ferons que peu de remarques sur ce qui précède. La première c'est que, bien que nous ayons sondé beaucoup de jeunes gens pris de rétention d'urine dans le cours d'une méthrite suraiguë, nous n'avons jamais rencontré de difficulté dans la région spongieuse, là où les tissus sont le plus susceptibles de congestion; que nous nous croyons en droit d'affirmer que la tuméfaction de la muqueuse n'est que pour peu de chose dans la rétention, et que celle-ci ne diffère de celle que détermine le spasme que par l'acuité de sa cause. Les cas cités par l'auteur, dans lesquels du sang s'écoule après chaque cathétérisme, quelque soin qu'on y apporte, et dans lesquels on voit le sang et la dysurie disparaître du même pas après l'application du nitrate d'argent, ces cas, disons-nous, ne prouvent rien, puisque cet agent est héroïque contre les inflammations chroniques, et que ces inflammations sont la cause la plus ordinaire des spasmes. L'auteur convient, du reste, lui-même qu'il serait physiquement impossible qu'un rétrécissement produit par une congestion vasculaire ne fût pas général.

Quant au spasme, nous répéterons ici ce que nous avons toujours soutenu depuis plus de quinze ans, sans que rien soit venu depuis modifier notre opinion, c'est qu'il n'a lieu que dans la région membraneuse et au col de la vessie, là où il existe des muscles qui entourent les parois uréthrales. Jamais nous n'avons trouvé dans la région spongieuse un resserrement spasmodique capable d'arrêter le cours de l'urine, et toutes les fois que nous avons rencontré des faits du genre de ceux qui sont allégués, nous avons fini par découvrir une explication bien plus rationnelle et le plus souvent une contracture de la région membraneuse. Nous avons déjà dit quelques mots (*Explic. de la maladie de Jean-Jacques Rousseau*, p. 11) d'un malade qui avait la singulière idée de vouloir se traiter sous notre direction sans nous permettre d'y mettre la main ; il nous assurait qu'il avait à 7 ou 8 centimètres de profondeur un rétrécissement qui devenait le siége de spasmes. Nous lui dîmes que nous n'en admettions pas dans cette région. Il nous répondit que nous nous trompions assurément, qu'il avait un jour introduit sa bougie assez facilement à cette profondeur, et que, quand il s'agit de la retirer, elle était étreinte de telle sorte que les deux mains lui suffirent à peine pour l'extraire, et qu'il fut un instant effrayé par la crainte de ne pouvoir y parvenir. Quelques semaines après, il rendit une petite pierre allongée qui certainement faisait arc-boutant entre les parois du canal et la bougie, quand on retirait celle-ci. L'évidence devint plus complète encore quand, et ceci n'a pas encore été publié, ayant reconnu une pierre assez volumineuse dans la vessie, nous introduisîmes nombre de fois des instruments de lithotritie sans jamais rencontrer de spasme dans la région spongieuse du canal. On a encore donné comme preuve la difficulté qu'on éprouve quelquefois à passer une sonde après l'emploi de certaines injections astringentes; mais cela dépend tout simplement de la coagulation du mucus qui lubrifiait le canal : qu'on injecte de l'huile avant de passer la sonde, et toute difficulté disparaîtra. M. Thompson convient d'ailleurs qu'un rétrécissement spasmodique partiel de cette région s'explique difficilement, et qu'il serait non moins difficile à concilier avec le mécanisme de l'érection généralement admis. Nous avons aussi donné une explication de l'érection qui se concilie très bien avec nos idées; mais ce serait un hors-d'œuvre que de l'exposer ici. (Voir nos *Recherches* de 1841, p. 90, et surtout la *Gaz. méd.* de 1850, p. 824.)

Ainsi, pour nous, les resserrements passagers de l'urèthre n'ont lieu que dans la région membraneuse, et ils sont produits par les muscles qui l'entourent; nous ajouterons, ce qui est de grande importance pour le cathétérisme et le traitement, que c'est plutôt encore une déviation du canal qu'un resserrement. Les muscles inférieurs, ou dépresseurs de Santorini, tirent la partie inférieure de la région membraneuse vers l'anus; les supérieurs, ou muscles de Wilson, en tirent l'extrémité supérieure vers la symphyse pubienne, de sorte que, par ces tractions en sens inverse, la courbure naturelle du canal en ce point devient bien plus brusque et plus anguleuse. Nous ajouterons enfin que le *spasme* de ces muscles peut, comme cela a lieu au col de la vessie, passer à l'état de *contracture* et même de *rétraction*, ce qui rend les désordres fonctionnels de plus en plus persistants.

Les rétrécissements *permanents organiques* sont dus, selon M. Thompson, à un dépôt organique dans les parois de l'urèthre ou autour d'elles. Ils succèdent rarement à l'inflammation aiguë, mais à l'inflammation chronique. « Le premier effet de cette inflammation sur la membrane muqueuse, dit-il, est un gonflement et un épaississement causés par un engorgement des vaisseaux. Alors une exsudation de fluide albumineux se fait dans sa substance et spécialement dans les tissus sous-jacents, qui deviennent œdémateux. Toute cette matière est facilement résorbée dans les circonstances favorables, si bien que nous avons la condition qui existe dans les strictures inflammatoires, l'une des formes passagères. Mais, lorsque l'état morbide persiste, une plus ou moins grande quantité de simple lymphe à fibrilles ou de matière fibroplastique est épanchée : j'entends par le premier terme un blastème fluide dans lequel des fibres se manifestent sans l'intervention appréciable d'une production celluleuse, et par le second une exsudation dans laquelle apparaissent des corpuscules à noyaux qui bientôt s'allongent, deviennent fusiformes et fibreux. Le résultat final de ce travail, c'est la formation autour du canal d'un tissu fibreux et ferme qui a pour effet d'agglutiner la membrane muqueuse au tissu sous-muqueux, d'infiltrer les mailles de celui-ci et d'envahir la membrane fibreuse qui recouvre le corps spongieux. Des attaques répétées ou longtemps prolongées d'inflammation peuvent même s'étendre à toute l'épaisseur de ce corps et le rendre dur et dense à un degré parfois presque incroyable. Ch. Bell dit de l'une de ses préparations que le rétrécissement y était dur comme une planche. » L'auteur ajoute qu'après la mort l'altération qu'on trouve n'est pas toujours la même; que, dans des cas rares, la muqueuse est presque seule malade, épaissie ; qu'elle n'offre ni rougeur ni congestion vasculaire ; qu'il est à croire cependant qu'il en existe pendant la vie; que fréquemment elle a perdu sa transparence et son poli; qu'elle est épaissie, indurée ou plissée et presque toujours adhérente, mais que le plus habituellement on voit quelques bandes transversales de fibres blanches au-dessous d'elle, entourant l'urèthre et le rétrécissant comme s'il était lié avec un fil. Lorsqu'elles sont coupées, continue-t-il, la muqueuse est plus ou moins libre : de là vient qu'une stricture qui était excessivement étroite pendant la vie est souvent moins visible à l'œil qu'on le croyait avant l'ouverture. Dans quelques cas rares,

il semble que la muqueuse ne soit nullement altérée, mais simplement étreinte par ces bandes. Dans d'autres plus graves, on trouve le tissu cellulaire sous-muqueux rempli d'un dépôt de lymphe dont la présence détruit sa mobilité, son élasticité; ce dépôt envahit les fibres musculaires involontaires qu'on ne peut suivre plus loin et même la tunique fibreuse des corps spongieux. Dans les pires de tous, il solidifie le tissu érectile et constitue des masses dures qu'on sent souvent comme des nœuds en suivant le trajet du canal avec le doigt. Le même état peut s'étendre jusqu'au corps caverneux et le déformer pendant l'érection. Malgré des recherches nombreuses, M. Thompson n'a pu découvrir des fibres de tissu jaune élastique dans la substance des rétrécissements, quoiqu'il y en ait toujours au-dessous de la muqueuse, là où elles sont un des constituants normaux.

Nous avons exposé assez longuement ces idées de M. Thompson, parce que la formation des rétrécissements est un sujet sur lequel on est encore loin d'être d'accord. Pour nous, nous pensons que les objections que nous avons faites à la théorie de Lallemand, qui attribuait cette maladie à un dépôt gélatino-albumineux, sont applicables à la précédente. D'après elle, c'est surtout au moment de l'inflammation, au moment où le dépôt vient de se faire et où il est, par conséquent, en plus grande abondance, que la miction devrait se trouver le plus gênée, tandis qu'habituellement c'est longtemps après que la gêne devient manifeste; d'après elle, les parois de l'urèthre devraient toujours être épaissies, tandis qu'au contraire, et surtout dans les rétrécissements les plus rebelles, elles ont moins d'épaisseur au niveau de ceux-ci qu'elles n'en avaient avant, et que les noyaux que l'on sent, s'ils résultent en effet de la tuméfaction au moment de l'inflammation, ne tiennent plus tard qu'à de la dureté quand le rétrécissement est véritablement formé; d'après elle, l'obstruction étant causée par du gonflement, les parois ne devraient rien perdre de leur longueur, tandis que leur diminution dans ce sens est, quand l'affection a un peu d'étendue, aussi évidente que leur rétraction circulaire.

Il y a plus de vingt ans que nous avons démontré que les rétrécissements organiques sont constamment fibreux; et, en effet, quand ils succèdent à une plaie de l'urèthre, à une ulcération ou à un chancre, ce n'est qu'un tissu de cicatrice; quand ils succèdent à une phlegmasie, ils résultent de la condensation de la trame éminemment vasculaire des tuniques uréthrales. J'ai fait voir qu'il se passe alors dans les capillaires et les aréoles veineuses un travail analogue à ce qui a lieu dans les gros vaisseaux enflammés, c'est-à-dire coagulation du liquide contenu, résorption graduelle de cette matière et rétraction des parois, ou bien suppuration et rétraction : dans tous les cas, transformation fibreuse. On a soutenu en France, et M. Thompson est d'un avis analogue, que le tissu fibreux des rétrécissements est un produit de nouvelle formation. Pour nous, nous ne croirons qu'il en est ainsi que quand on aura démontré que le cordon fibreux qui succède à l'oblitération d'une veine ou d'une artère enflammée est un produit nouveau et non les parois rétractées du vaisseau (1).

(1) Dans des leçons de M. Ch. Phillips sur les rétrécissements de l'urèthre, publiées, avec son approbation, par M. Kuborn, d'abord dans le *Scalpel*, journal de Bruxelles, et ensuite dans une brochure imprimée à Liége en 1859, notre opinion sur la non-existence des rétrécissements inflammatoires est attribuée à M. Phillips, celle sur la contracture des muscles de la région membraneuse à M. Borlée (de Liége), et celle sur l'*unicité* des rétrécissements fibreux à M. Phillips encore. Dans deux thèses soutenues à Paris en 1851 et 1856, notre opinion sur la contracture du col de la vessie et de la région membraneuse est rapportée à M. Caudmont, et celui-ci a même dernièrement élevé à ce sujet des prétentions que nous avons été obligé de réfuter (voy. *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 296, 312, 342, 359).

D'un autre côté, M. Alph. Guérin, en publiant une observation qui appuyait d'une manière très remarquable notre théorie de la transformation des tissus de l'urèthre en tissu fibreux, a présenté cette théorie comme lui étant propre (*Des rétrécissements de l'urèthre*, obs. IV; dans les *Mémoires de la Société de chirurgie* pour 1854, p. 127). Enfin M. Phillips, dans son *Traité*, ne la présente pas comme sienne, mais il en fait une émanation des idées de M. J. Guérin.

Personne n'a en plus haute estime que nous les travaux de ce dernier, mais la vérité est qu'il n'y a aucun lien entre ses idées et les nôtres. D'abord, il n'a jamais parlé de la transformation des *tissus vasculaires*, comme on le lui prête bénévolement, mais de celle du *tissu musculaire*. Ensuite, sa transformation fibreuse des muscles est d'origine *nerveuse*, tandis que notre transformation des tissus vasculaires est d'origine *inflammatoire*. Enfin il regarde la sienne comme étant souvent *congénitale*, et M. Phillips conviendra sans doute qu'il n'a pas vu beaucoup de malades faire remonter les rétrécissements de leur urèthre au sein de leur mère.

Des auteurs ont décrit des rétrécissements formés par un dépôt de fausses membranes à la surface de la muqueuse. M. Hancock dit même avoir vu trois cas dans lesquels le bord postérieur du dépôt était libre, soulevé, et formait une sorte de valvule dont le bord libre était tourné du côté de la vessie, ce qui gênait beaucoup la miction. M. Thompson voit plutôt là, ainsi que dans un autre cas de Ch. Bell, une lacune dilatée, et il a, selon nous, raison. Cependant il admet, d'après M. Rokitansky, indépendamment d'une exsudation diphthéritique et comme résultat d'une inflammation chronique, la formation de lames épithéliales qui, par leur superposition, forment à la surface de la muqueuse une couche uniforme ou des plaques d'épaisseur variable. Nous avons quelquefois vu, surtout derrière les rétrécissements, des plaques grisâtres irrégulières que nous avons attribuées à un dépôt de matière phosphatique à la surface de la muqueuse malade, comme nous en avons décrit dans les vessies chroniquement enflammées (*Recherches* de 1856, p. 282). Ne sont-ce pas des cas de ce genre auxquels M. Rokitansky fait allusion?

Dr Aug. Mercier.

(*La suite prochainement*).

Quattro casi di ostetricia pratica (*Quatre cas de pratique obstétricale*), par M. le docteur Macari Francesco; brochure in-8 de 16 pages. Turin, 1859.

Dans sa première observation, M. Francesco raconte l'histoire d'une primipare chez laquelle la tête du fœtus était sur le point de se dégager par l'anus, considérablement relâché, en déchirant la cloison recto-vaginale, lorsque l'accoucheur, qui avait jusque-là pris l'anus pour l'orifice vulvaire, reconnut son erreur et termina l'accouchement par une application de forceps. Les trois autres faits sont relatifs à un cas d'expulsion du fœtus (à terme) avec les membranes intactes, à une présentation de l'épaule terminée par la version podalique spontanée, et à une implantation du placenta sur le col, centre pour centre, terminée heureusement, pour la mère et l'enfant, par la version pelvienne et l'extraction par les pieds.

Parto prematuro artificiale, praticato con felice resultamento per la madre e pel feto (*Accouchement prématuré artificiel pratiqué avec succès pour la mère et le fœtus*), par M. le docteur Tarsitani (de Naples); brochure in-8 de 16 pages. Naples, 1859.

M. Tarsitani a provoqué dans ce cas l'accouchement prématuré (au huitième mois) à l'aide du seigle ergoté administré par la bouche et les lavements, pour remédier à une métrorrhagie grave. On a quelque peine à comprendre pourquoi l'auteur n'a pas eu d'abord recours à des moyens qui pouvaient laisser au fœtus quelque chance de naître à terme.

Rapport sur un travail de M. Andrieux, intitulé : **Opération césarienne**, par M. Laborie; brochure in-8 de 12 pages. Paris, 1859.

Ce rapport a été lu à la Société de chirurgie le 5 mai 1859. M. Andrieux avait adressé à la Société une observation d'opération césarienne pratiquée avec un succès complet sur une femme chez laquelle le diamètre sacro-pubien, rétréci par une tumeur osseuse de l'angle sacro-vertébral, ne mesurait que 6 centimètres. La relation de ce fait était accompagnée d'un plaidoyer énergique en faveur de l'opération césarienne.

M. Laborie a pris occasion de la communication de M. Andrieux pour discuter à neuf la question de l'indication générale de cette opération. Il insiste sur l'insuffisance des statistiques, sur les faits d'opération césarienne où les indications n'étaient nullement précises, sur les insuccès constants des chirurgiens de Paris. Discussion stérile, comme il le dit, à la suite de laquelle il réitère la proposition si souvent faite déjà de faire choix d'une localité salubre près de Paris pour y opérer l'hystérotomie dans les cas où elle est indiquée. En attendant que ce projet soit réalisé, il propose à la Société d'engager ses associés à lui adresser tous les documents relatifs à l'opération césarienne qu'ils possèdent actuellement ou qu'ils pourront ultérieurement recueillir, espérant que l'on pourra ainsi arriver enfin à une solution définitive.

Échelles de caractères d'impression, par le professeur E. de Jaeger fils, médecin en chef de la division ophthalmologique à l'Hôpital général de Vienne. — Brochure in-8°. Paris, Victor Masson.

Cet ouvrage, en Allemagne, est arrivé à sa troisième édition, ce qui prouve combien il a été jugé utile. En effet, il est d'un grand secours pour tous ceux qui ont fréquemment à examiner la force et la portée de la vision, non-seulement pour les médecins et les ophthalmologistes, mais encore pour les opticiens. Il rend facile de constater avec précision le degré de netteté et d'étendue de la vision, et d'en surveiller le progrès ou le déclin.

Il se compose de vingt épreuves de caractères typographiques en français, allemand et anglais, depuis la justification la plus grosse (terme typographique), désignée par le n° 20, jusqu'à la justification la plus fine, qui porte le n° 1.

Généralement adopté en Allemagne par le public médical et ophthalmologique, cet opuscule sert à merveille pour indiquer d'une manière universellement intelligible le degré de netteté, la force et la portée de la vision d'un malade donné. En disant, par exemple, que telle personne lit le caractère n° 8 de Jaeger à tant de centimètres de distance, et peut en continuer la lecture, sans fatigue, pendant tel espace de temps, on donne une idée parfaitement nette de toutes les conditions de la vision du malade observé, et l'on est sûr d'être compris par les lecteurs de tous les pays.

Dans l'intérêt de la science et de la pratique, on ne peut hésiter à recommander aux médecins, aux ophthalmologistes et aux opticiens de la France d'adopter cet ouvrage, et de contribuer à en rendre l'usage général, comme il l'est déjà en Allemagne.

VII

VARIÉTÉS.

Concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. — Un programme, en date du 3 avril 1860, détermine les conditions à remplir par les candidats aux emplois d'élève du service de santé militaire à l'école instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Comme modification à ce programme, il pourra être admis aux concours qui s'ouvriront à Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Lyon et Paris, les 26 septembre prochain, 8, 11, 14, 17 et 22 octobre suivant, des candidats qui, ne possédant encore aucune inscription aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ou aux facultés de médecine, seraient en état de prendre leur première inscription.

Les conditions d'admission de ces candidats aux concours dont il s'agit sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé français; 2° avoir, au 1er janvier 1861, moins de vingt et un ans révolus; 3° avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat du médecin militaire du grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission ; 4° être pourvu du diplôme de bachelier ès-sciences complet, ou des diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint; 5° souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études préparatoires et complémentaires ; 6° avoir satisfait aux épreuves ci-après indiquées :

I. Composition sur un sujet d'histoire naturelle ;

II. Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes aux sciences médicales.

Les candidats admis à l'école de Strasbourg y resteront quatre années pour arriver, avec le grade de docteur, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Toutes les autres conditions énumérées au programme précité du 3 avril sont imposées aux candidats sans inscriptions, lesquels peuvent être appelés, selon leur position de famille, à jouir des avantages que ce programme fait également connaître.

A l'avenir, le recrutement de l'école de Strasbourg n'aura plus lieu que par des élèves d'une catégorie identique avec celle à laquelle le présent programme modifié fait appel.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Gazette médicale de Paris. — N° 50. Auscultation céphalique (fin). — Opérations sous-périostées (suite). — 51. Cas de herniotomie chez une femme en couches et observations sur l'origine des kystes herniaires, par *Kuhn*. — 52. Remarques sur la diathèse hémorrhagique qui se manifeste quelquefois dans le cours de la phthisie pulmonaire, par *Leudet*. — Note sur un cas d'hypertrophie mammaire générale, par *Demarquay*. — 53. Note sur les glandes lacrymales, par *Béraud*. — Diathèse hémorrhagique (fin). — Tumeur veineuse de la cuisse traitée par l'écrasement et la cautérisation, par *Larghi*. — 1860. — N° 1. Mémoire sur le rôle des sensations sur le mouvement, par *Liégeois*. — Statistique des hôpitaux de Montpellier au point de vue de l'influence du climat sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire, par *Garimond*. — 2. Études sur la physiologie pathologique de la congestion sanguine considérée principalement dans les fièvres, par *Bucquoy*. — Statistique des hôpitaux de Montpellier (fin). — 3. Congestion sanguine (suite). — Mémoire sur une méthode opératoire propre à amputer l'omoplate en respectant le moignon de l'épaule, par *Pétrequin*. — 4. Congestion sanguine (suite). — Amputation de l'omoplate (fin). — 5. Congestion sanguine (fin). — Application de la méthode du dosage de la quinine de MM. Glenard et Guilliermond aux préparations pharmaceutiques du quinquina, par *Guilliermond*. — Observation de dyspepsie invétérée traitée avec succès par l'eau d'Alet. — 6. Application de la dynamoscopie à la physiologie, par *Gollongues*. — Observation d'embolie de l'artère sylvienne, par *Lebert*. — 7. Dynamoscopie, etc. (suite). — Études sur le climat de Madère et la phthisie, par *Almès*. — 8. Influence sur la fonction visuelle binoculaire des verres de lunettes convexes ou concaves, par *Giraud-Teulon*. — Climat de Madère (suite). — 9. Influence des verres de lunettes, etc. (fin). — Observation de polype de l'urèthre chez la femme, par *Thore*. — 10. Application de la dynamoscopie à la physiologie (fin). — Mémoire sur quelques applications nouvelles de la cautérisation potentielle (acide nitrique monohydraté), par *Hamon*. — 11. Mémoire sur l'analogie qui rapproche : 1° la disposition trouvée dans le système circulatoire des fœtus paracéphales; 2° le système lacunaire des animaux inférieurs; 3° certaine portion du système lymphatique des ophidiens, par *Jacquart*. — Cautérisation potentielle (fin). — 12. Mémoire sur les fièvres printanières, estivales, automnales et hivernales, par *Haspel*. — Considérations pratiques sur la mort soudaine dans la première et la seconde enfance, par *West*. — 13. Leçons sur la fièvre et l'inflammation, par *Williams*. — 14. Fièvre et inflammation (suite). — Remarques pratiques sur des formes particulières de la maladie de Bright, par *Barham*. — Remarques critiques sur la cautérisation potentielle, par *Meynier*. — 15. Recherches sur le pouls au moyen d'un nouvel appareil enregistreur (sphygmographe), par *Marey*. — De l'alimentation iodée comme moyen préventif et curatif dans toutes les maladies où l'iode est employé à l'intérieur comme médicament, par *Boinet*. — 16. Recherches sur le pouls (suite). — Alimentation iodée (suite). — Désarticulation de la cuisse d'après des observations recueillies en 1859 sur des marins et des blessés d'Italie, par *Roux*. — 17. Fièvres printanières, etc. (fin). — Mémoire sur les amputations secondaires à la suite des coups de feu, d'après des observations recueillies sur les blessés d'Italie, par *Roux*. — 18. Amputations secondaires (suite). — 19. Amputations secondaires (suite). — Recherches sur le pouls (fin). — Alimentation iodée (fin). — 20 et 21. Complément du mémoire sur l'iodisme constitutionnel, par *Rilliet*. — Amputations secondaires (suite). — 22. Recherches sur l'ordre et le mode d'apparition des follicules dentaires dans la gouttière de chaque mâchoire, par *Robin* et *Magitot*. — De la thérapeutique des fièvres paludéennes, par *Almès*. — 23. Follicules dentaires (fin). — Amputations secondaires (suite).

Journal de pharmacie et de chimie. — 1860. — Janvier. Nouvelle méthode pour doser la quinine dans les quinquinas, par *Glénard* et *Guilliermond*. — Observations sur le même sujet, par *Faget*. — Recherches chimiques sur la racine de kawa, par *Gobley*. — Préparation de l'eau gazeuse ferrugineuse, par *Sargeau*. — Note sur le soufre noir, par *Nicklès*. — Février. Sur la composition et le mode de production des gommes, par *Frémy*. — Analyse des saumures de hareng et de leur emploi en agriculture, par *Girardin* et *Marchand*. — Études sur la fluorescence des milieux de l'œil, par *Regnauld*. — Note sur une loranthacée toxique, par *Soubeiran*. — Mars. Sur une combinaison de soufre et de perchlorure d'iode, par *Jaillard*. — Note sur la quinométrie, par *Fleury*. — Procédés pour constater l'empoisonnement par le phosphore, par *Filhol*. — Influence des corps gras sur l'acide arsénieux, par *Blondlot*. — Des propriétés physiques et chimiques qui peuvent servir à distinguer les sirops médicamenteux, par *Lepage*. — Rapport sur la fabrication et l'emploi des allumettes chimiques, par *Poggiale*. — Avril. Recherches sur la matière colorante verte des feuilles, par *Frémy*. — Extrait d'un mémoire sur le sulfate bibasique de cuivre, par *Roucher*. — Note sur l'huile de lentisque, par *Leprieur*. — Note sur la coloration des sels de protoxyde de manganèse, par *Gorgen*. — Sur l'acide quinovique, par *de Vrij*. — Sur l'iode de l'atmosphère, par *Chatin*. — Recherches sur la séparation et le dosage de l'acide phosphorique, par *Chancel*. — Observations pratiques sur les dosages de l'azote, par *Bouis*. — Recherches sur la fuchsine, par *Guignet*. — Mai. Note sur le sirop de sesquichlorure de fer, par *Duroy*. — Analyse de l'eau de Bléville, par *Marchand* et *Leudet*. — Du froment et du pain de froment au point de vue de la richesse et de la santé publiques, par *Mége-Mouriès*. — Note sur la falsification du sulfure de potasse, par *Adrian*. — Nouvelles études sur la recherche de l'iode dans les eaux minérales et potables, par *Viale*. — Sur les propriétés oxydantes de l'essence de térébenthine, par *Berthelot*.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 17 AOUT 1860. — N° 33.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 16 août 1860.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DOCUMENTS INÉDITS TIRÉS DES ARCHIVES DE L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE, publiés par M. AR. VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. FRÉD. DUBOIS, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir les numéros 24, 27, 28 et 29.)

OBS. I. — *Deux polypes arrachés à la même personne, l'un par le nez, l'autre par la bouche* (1).

Fille de treize ans; consulte en juillet 1763. Grande inquiétude, douleurs de tête, maigreur extraordinaire, visage et peau du corps pâles et jaunâtres; marasme, fièvre lente continuelle. Sans la questionner, on pouvait sans peine deviner la maladie, à peine on pouvait entendre ce qu'elle articulait : bouche toujours ouverte, suffocations qui la mettaient à deux doigts de la mort. On l'avait toujours vue dans cet état, vraisemblablement elle avait cette maladie en venant au monde, car quelques jours après sa naissance, on s'aperçut qu'elle avait de la peine à respirer. Nez tuméfié et fort gros, narine gauche tout à fait remplie; le polype descendait de 2 lignes sur la lèvre supérieure, il était rond et livide, ulcéré à son extrémité, et rendait une matière verdâtre et de mauvaise odeur; la lèvre était un peu grosse, ses mouvements étaient gênés.

Le voile du palais, de couleur livide, était fort avancé vers les dents; on le relevant un peu, on voyait une masse de chair de grosseur prodigieuse terminée en pointe, en forme de poire renversée, recouverte d'une peau lisse, bleuâtre. Je saisis ce corps avec une tenette et lui imprimai de fortes secousses pour savoir s'il faisait corps avec celui du nez; mais, ce dernier ne faisant aucun mouvement, je conclus qu'il y avait deux corps séparés, chacun ayant des attaches différentes.

Les parents acceptèrent l'opération, malgré le peu de chances de succès qu'elle offrait, car l'ancienneté du mal faisait craindre de fortes adhérences. La fièvre, la maigreur, le peu de forces de la malade, rendaient les suites menaçantes; l'hémorrhagie, qui est toujours de la partie, était redoutable; enfin, le polype ne paraissait pas devoir résister à la tenette.

Cependant, encouragé par d'autres opérations semblables qui avaient réussi et surpassé mes espérances, je fis l'extirpation le 16 août 1763.

(1) C'est cette observation qui fut publiée en 1767 dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Roux*, t. XXVI, numéro de mai, p. 459. Elle est fort longue et accompagnée de commentaires étendus. J'en donne ici seulement une analyse succincte, renvoyant pour plus amples détails au recueil cité.

FEUILLETON.

LA SAVOIE MÉDICALE.

(Suite. — Voir les numéros 22 et 24.)

Sieds-toi; je n'ai pas dit encor ce que je veux;
Tu me contrediras après, si tu le peux,

bon et patient lecteur. Si le docteur Aliquis a eu l'air de délaisser sa chère *Savoie médicale*, après avoir commencé avec elle un échange de doux propos, ce n'est pas effet d'un cœur volage ni d'un esprit évaporé; c'est tout simplement la faute de cette humeur philosophique qui a débordé tout à coup sur la GAZETTE HEBDOMADAIRE et l'a envahie de la tête aux pieds. Mais, grâce à Dieu, l'accès touche à sa fin, et il y a place pour la causerie.

Comme ce marquis de l'ancien régime, qui disait si plaisamment, après plusieurs mois de mariage : « Il faut que je regarde ma femme, » voyons donc un peu ce qu'est la Savoie au point de vue de l'*enseignement* et de la *pratique* de la médecine, du *service hospitalier*, des *eaux minérales* et des *maladies régnantes*. Ici comme pour le personnel médical, on voudra bien se contenter d'aperçus très sommaires.

Dans tout le royaume sarde, nul n'est admis à suivre les cours de médecine, s'il n'est muni des deux diplômes de bachelier ès-lettres et bachelier ès-sciences; les matières de ces deux baccalauréats sont à peu près les mêmes qu'en France. La durée totale des études médicales est de six années, dont deux peuvent être passées dans une école préparatoire. L'assistance aux cours est obligatoire; chaque année scolaire se termine par un examen qui n'est pas l'analogue de ceux que nous appelons ici *de fin d'année*, mais qui compte comme examen de doctorat.

La loi ne reconnaît qu'un seul ordre de médecins, depuis la suppression des phlébotomistes, qui date d'une quinzaine d'années. Tous les élèves sont tenus de prendre le double diplôme de docteur en médecine et de docteur en chirurgie.

La malade, assise sur son fauteuil, la tête renversée et bien assujettie, je saisis avec la tenette (instrument qui m'est particulier) le polype du gosier aussi près que possible de son attache; quelques fortes secousses le détachèrent sans que celui du nez parût y adhérer; à peine s'il sortit 2 onces de sang. L'autre polype fut saisi à son tour avec un autre instrument; je le détachai sans beaucoup de peine et sans beaucoup plus d'hémorrhagie. Aussitôt la respiration se fit par le nez avec liberté, ce qui n'avait jamais eu lieu; le son de la voix fut changé, les choses allaient fort bien, je tamponnai les narines avec de la charpie brute attachée avec un gros fil pour absorber les humidités, arrêter les hémorrhagies et éviter la contraction trop forte des narines, car on a vu souvent, après ces opérations surtout, lorsque la partie a souffert une dilatation trop forte, les narines se coller presque et le malade avoir la même peine à respirer qu'avant l'opération. Le lendemain, tout est en fort bon état, l'appareil est levé, la suppuration s'établit; la tête ne fait plus mal, pas plus de fièvre qu'à l'ordinaire.

Le quatrième jour, à deux heures après minuit, on vient me chercher pour une hémorrhagie qui faisait craindre pour la vie. J'introduisis onze bourdonnets trempés dans l'eau styptique et les fis descendre derrière le voile du palais, en ramenant les fils par le nez. Cela fut inutile, le sang allait toujours le même train. L'eau de Rabel, les astringents, n'eurent guère plus de succès. L'estomac était extrêmement tendu, beaucoup de sang avait été avalé; respiration gênée, abattement des forces : la saignée, seul et unique moyen de se rendre maître du sang, paraissait pernicieuse dans cet état de faiblesse. Néanmoins, je tirai deux grandes palettes de sang: syncope, perte complète de connaissance, pouls insensible, extrémités froides, lèvres blanches; elle était comme une personne morte depuis deux heures. Par tous ces événements, l'hémorrhagie s'arrêta.

Je serrai les bourdonnets et fis prendre une cuillerée de potion cordiale; bientôt après elle vomit cinq ou six livres de sang avalé, le pouls se releva, les forces augmentèrent, l'hémorrhagie avait tout à fait cessé, on n'osa plus donner de cordiaux de peur de la rappeler. Le lendemain, à midi, elle fut très bien; insensiblement elle prit des forces; les bourdonnets furent retirés trois jours après, le sang ne coula plus, une bonne suppuration fut entretenue pendant trois semaines; la malade fut parfaitement guérie, elle se porte très bien, sans menace de retour. Comme ces maladies sont sujettes à récidiver, j'ai voulu attendre trois ans avant de donner cette observation.

Icart, dans les réflexions qui suivent le récit qui précède, s'occupe à rechercher pourquoi l'hémorrhagie primitive a manqué, et pourquoi il y a eu hémorrhagie tardive. Il propose quatre explications qui ne valent guère la peine d'être signalées; il ne conclut pas et laisse le soin de décider la question aux personnes plus éclairées. C'est la première mention faite à ma connaissance d'une hémorrhagie consécutive à l'extirpation d'un polype naso-pharyngien. Cet accident, d'ailleurs extrêmement rare, reste encore sans interprétation certaine.

L'auteur revient à l'histoire générale des polypes vasculaires et croit utile de revenir encore sur les causes de l'engorgement des glandes. Il admet que les narines peuvent quelquefois renfermer plusieurs corps polypeux. Les auteurs, dit-il, ont nié ce fait, mais à tort, car, puisque le polype est formé par une glande ou un amas de glandes rapprochées, on ne voit pas pourquoi d'autres glandes éloignées des premières ne pourraient pas produire un, deux, trois, un nombre illimité de polypes (1).

Une observation va décider la question :

Obs. II. — La nommée Marguerite Fargues fut opérée à l'hôpital en 1767. Les deux narines étaient remplies de chairs; je croyais ne tirer que deux polypes, mais je ne fus pas peu surpris de lui en arracher sept, quatre de la narine droite et trois de la gauche. Exactement distincts et séparés, ils étaient couchés les uns sur les autres; ils se détachèrent avec la plus grande facilité; la tête formait un corps rond et noirâtre avec une queue mince; ils ressemblaient assez parfaitement à cet insecte qui se nourrit dans l'eau et qu'on appelle têtard (2).

Il existe parfois, continue Icart, une disposition si vicieuse, soit dans la pituitaire, soit dans le sang, que le polype remplit tous les vides et produit les effets les plus sinistres. Après avoir comblé la cavité des narines, il porte son action sur les os, écarte les sutures et s'insinue entre elles. Une fois arrivé là, il s'étend et s'allonge au point de chasser toutes les parties de leur position. Dans ces cas, on tenterait vainement l'opération; le malade y succombe toujours et souffre en pure perte. Voici pour preuve l'affreux polype du nommé Loule, jardinier :

Obs. III. — L'année 1766, ce misérable fut implorer la charité de feu M. de Barral, évêque de Castres, lui disant qu'il avait une maladie semblable à celle dont ce prélat avait été guéri lui-même, et le conjurant de lui procurer du secours. Ce malheureux me fut recommandé, mais son polype était bien différent de celui que j'avais quelque temps auparavant extirpé à ce seigneur. Le polype que le sieur Loule portait depuis *maintes années* occupait les deux narines avec les fentes nasales, et formait un corps considérable derrière la cloison du palais. Outre ce polype monstrueux, les glandes du col étaient extrêmement gorgées et lancinantes, ce qui m'empêcha de rien entreprendre. Étant assuré que ce polype avait pour cause le vice cancéreux, je lui conseillai de faire usage de l'extrait de ciguë, qui n'empêcha pas la maladie de faire des progrès si rapides que les os du nez en furent séparés et que le polype forma une masse énorme au dehors. Les yeux furent aussi chassés hors de leurs orbites, l'oreille droite était aussi remplie de cette chair, enfin le visage était d'une difformité à faire horreur. Après des souffrances inexprimables, cet homme mourut. J'aurais désiré me trouver à sa mort sur les lieux pour en faire l'ouverture.

(1) Icart n'est pas le seul à faire jouer un rôle exclusif aux glandes de la pituitaire dans la production des polypes durs ou sarcomateux, comme on les dénommait souvent. Cette théorie était acceptée également pour les autres variétés de tumeurs des muqueuses, puis elle fut abandonnée, et, il y a quelques années, il n'était plus question des polypes glandulaires. En étudiant l'hypertrophie des glandes et des follicules, les anatomo-pathologistes modernes ont retrouvé les adénomes pédiculés de la pituitaire et leur ont assigné une place distincte entre les polypes muqueux ou fibreux et le véritable cancer.

(2) La multiplicité des polypes muqueux n'est plus en question, et il est probable que c'est à cette variété que Icart eut à faire. Ce fait serait tout à fait insuffisant pour démontrer la pluralité des polypes fibreux, dont l'origine à la pituitaire est d'ailleurs très controversée. Toutefois, on a été trop loin en niant la multiplicité possible des polypes fibreux, même naso-pharyngiens : il en existe dans la science quelques exemples rares, mais qui paraissent concluants. Ce n'est pas dans le cours d'une opération qu'on peut le démontrer, mais bien les pièces à la main.

La Savoie possède une école préparatoire, dont le siége est à Chambéry, et qui compte cinq chaires : 1° *de chimie et botanique* (professeur, Rebert); 2° *d'anatomie* (professeur, Besson); 3° *de physiologie* (professeur, Revel); 4° *d'institut de médecine et de chirurgie* (professeur, Massola); 5° *de clinique chirurgicale* (professeur, Carret). M. Besson fait, en outre, un cours annuel, théorique et pratique, *d'accouchements*, pour les sages-femmes; ce n'est là qu'une institution locale, non subventionnée par l'État. La moyenne annuelle des élèves, dans cette école, en remontant à une dizaine d'années, n'est que de six; mais on se tromperait gravement si l'on prenait ce chiffre pour la mesure des ressources qu'offrent la Savoie, et particulièrement Chambéry, comme centre d'instruction médicale. Et nous touchons ici à une plaie dont le souvenir peut avoir contribué à rendre agréable à nos nouveaux confrères l'annexion, qui est venue leur apporter, contre ce mal et plusieurs autres du même genre, un remède inattendu.

La Savoie, il faut bien le reconnaître, n'a jamais été gâtée, comme centre médical, par les pouvoirs publics. Nous laissons de côté la suppression du *conseil de réforme* et celle du *proto-médicat*, pour ne nous occuper que de ce qui a trait à l'enseignement. Il y a vingt-huit ans qu'un enseignement de deux années, comprenant la matière des deux premières années de l'enseignement des facultés, a été attribué à l'école de Chambéry. En 1849, sur de vives instances parties de cette école, on accorda la troisième année. Le nombre des élèves s'éleva aussitôt à quinze ou vingt, autant que dans un assez bon nombre de nos écoles préparatoires. Néanmoins, l'année suivante, on revint au premier régime. En 1852, *un médecin étant ministre de l'instruction publique*, la question revint à la tribune nationale, et le ministre lui-même déclara qu'on ne pouvait, même au prix des plus grands sacrifices, instituer en Savoie un enseignement médical de plus de deux années. Émue de ces graves paroles, la *Société médicale* de Chambéry rédigea un rapport substantiel (1) destiné à mettre en lumière toutes les sources d'instruction renfermées dans ce centre si dédaigné. Rien n'y fit.

(1) Il est signé par MM. Revel, Borson, Gotteland, Carret et Guilland.

Les polypes vasculaires peuvent débuter avec des signes chancreux : ils commencent alors par une dureté douloureuse, lancinante, qui s'accroît, s'ulcère, jette des prolongements qui remplissent toutes les cavités du nez, puis, en s'étendant, consument les os et les cartilages. Tout tombe alors en pourriture, d'une puanteur insupportable. En voici un exemple :

Obs. IV. — La nommée Marguerite, de Villegoudon, sentit un embarras dans la narine droite, au-dessus du cartilage ; elle y portait très souvent le doigt, ce qui faisait couler quelques gouttes de sang. Peu de temps après, elle y eut de la douleur, et les élancements commencèrent à se faire sentir. Elle vint alors me consulter en 1763. Je trouvai une petite tumeur aplatie sur l'os même, grosse comme la moitié d'un haricot, exactement adhérente et immobile. Je proposai de la délivrer ; elle refusa de peur de souffrir trop ; elle revint six mois après : le nez était tuméfié, la narine exactement remplie d'une chair livide et squirrheuse ; il en découlait une matière roussâtre et puante ; les élancements étaient plus fréquents, ce qui me confirma dans le soupçon que j'avais du vice cancéreux. Pour me mettre à la mode, je prescrivis l'extrait de ciguë, qui ne fit aucun effet. Les os s'exostosèrent et le nez s'ulcéra ; les glandes du col avaient considérablement grossi, en sorte qu'elle mourut après avoir essuyé les plus fortes souffrances.

Il y a encore des polypes qui succèdent aux ozènes ou à quelque autre ulcère accidentel ; ils se manifestent par la douleur et un changement de l'ulcère en fongosité : alors le polype devient cancéreux. Lorsque sa substance molle devient dure et livide, que la douleur et l'hémorrhagie apparaissent, que les os se gonflent, etc., ces polypes sont incurables ; on doit se contenter de calmer les souffrances et de rendre plus supportables au malade le peu de jours qui lui restent, ce qui n'est pas toujours possible (1).

L'expérience m'a fourni assez de cas remarquables sur les polypes vasculaires. Ce sont ces polypes qui deviennent ordinairement durs, squirrheux, quelquefois même cartilagineux et d'une grosseur prodigieuse ; ce sont ceux-là qui s'étendent en avant et en arrière, qui mettent les malades à deux doigts de la mort et qui souvent les y conduisent, ce qui n'arrive jamais pour les polypes vésiculaires.

Obs. V. — En 1761, je fus appelé à Barèges par M. de Bourrust, officier du régiment de Vermandois, pour un polype dont il avait été opéré deux fois à Mahon, une fois à Montpellier et deux fois à Barèges. Le polype reparaissait au bout de quinze jours aussi long et aussi gros que si l'on n'y eût point touché. Il remplissait la narine gauche et descendait jusqu'à la lèvre. La multiplicité des opérations me fit soupçonner que le corps polypeux était derrière la cloison du palais et qu'on n'avait fait que l'ébrancher en opérant par le nez. Je l'examinai donc scrupuleusement en présence de plusieurs chirurgiens et seigneurs. La narine était remplie d'une chair ferme et blanchâtre, sécrétant une matière puante si âcre que la lèvre en était excoriée. La bouche ouverte, on vit la cloison du palais qui s'avançait jusqu'à mi-bouche ; je passai le doigt derrière et trouvai une masse considérable extrêmement dure et raboteuse. On ne fut plus surpris dès lors du retour continuel du polype. Je proposai d'emporter cette masse par la bouche sans couper la cloison du palais, mais à l'aide d'un instrument fait à ma fantaisie et qui remplit bien mon but. Je me rendis aussitôt à Auch pour faire construire ma tenette, et je procédai bientôt à l'opération de la manière suivante : le malade, convenablement situé, la tête bien assujettie, je passai la tenette derrière la cloison du palais aussi haut que je pus pour prendre la masse près de ses attaches. Je la trouvai très adhérente à l'os cribleux ; la tête du malade étant tenue bien ferme, je donnai quelques secousses et quelques tours de main, après quoi la masse suivit avec une queue d'environ 2 pouces, c'est-à-dire avec la partie qui sortait par le nez. On y trouva une parcelle de l'os ethmoïde de la largeur d'une pièce de 24 sols, très adhérente au polype ; c'était l'endroit de son attache (1) : il était raboteux, ayant une couleur blanchâtre, son centre était cartilagineux, sa grosseur égalait celle du poing, et son poids était de 9 onces. Il s'écoula à peine une demi-palette de sang ; le malade, transporté de joie, s'écria : « Ah ! pour le coup, je suis guéri, je respire à mon aise ! » En effet, dans peu de temps le malade fut guéri.

Icart profite de cette occasion pour recommander d'opérer par la gorge les polypes qui descendent dans le gosier et de ne pas commencer, comme le conseillent les auteurs, par extirper la partie qui remplit le nez. Sur 20 polypes de cette espèce, dit-il, 18 au moins de ceux qui occupent le nez font corps avec ceux de la gorge, de sorte qu'en opérant ces derniers les premiers suivent. On épargne ainsi des douleurs au malade et l'on ne s'expose pas à des hémorrhagies dangereuses.

La sensation que fit la cure précédente dans la partie de la Gascogne où je me trouvais détermina, six mois après, mademoiselle de Castillon à m'appeler pour un sujet semblable au château de Bals.

Obs. VI. — Cette demoiselle avait déjà essayé, mais inutilement, deux opérations pour un polype à la narine droite. Chaque fois il avait reparu au bout d'une vingtaine de jours aussi gros et aussi long qu'auparavant. Comme l'officier, elle avait derrière la cloison du palais un corps polypeux, moins volumineux à la vérité. Je proposai l'opération, qui fut acceptée et exécutée le lendemain par la même manœuvre et sans accidents. Les deux polypes suivirent à la fois ; celui qui descendait dans la gorge formait à son extrémité un groupe de tubercules de consistance dure et d'une couleur blanchâtre, remplis d'une matière plâtreuse et grisâtre. Après l'opération, la malade respira avec liberté, ce qu'elle n'avait pu faire après les précédentes tentatives. Elle fut guérie en peu de temps.

(1) Les deux observations précédentes et les remarques qui les accompagnent démontrent ce que je disais plus haut sur les imperfections du diagnostic à cette époque. Sous le nom de polypes, on confondait certainement les polypes fibreux et glandulaires des fosses nasales et du pharynx, les corps fibreux et les cancers du maxillaire supérieur ; cette confusion explique les incertitudes et les désastres de la pratique, la témérité des uns et la timidité des autres. Cet état durait depuis longtemps et devait se perpétuer longtemps encore, surtout en présence de certains cas dont la détermination précise est de nos jours même souvent fort difficile.

(1) Icart ne se faisait pas une idée exacte du lieu d'insertion de ces polypes, qu'il fait adhérer à l'ethmoïde. On retrouve, du reste, cette insertion notée dans les plus anciens auteurs, et je crois qu'ils entendaient dire par là que la tumeur s'attachait à la base du crâne. Nous savons aujourd'hui que cette attache se fait en arrière de l'os cribIé, à la surface sphéno-occipitale ou voûte du pharynx.

Deux ans plus tard, le projet de loi présenté (le 6 mars) à la chambre des députés de Turin, non-seulement ne réalisa aucune des espérances du rapport (notamment en ce qui concernait l'institution en Savoie d'une université pareille à celle de la Sardaigne proprement dite et de la Ligurie), mais encore abandonna à l'arbitraire administratif le régime de l'école de Chambéry ; si bien que la Société eut à demander, dans un nouveau rapport, non plus que l'enseignement fût porté à trois années, mais qu'on voulût bien le maintenir à deux. Le projet de loi, qui fixait le taux des émoluments pour les professeurs de Turin, Gênes et Cagliari, le laissait à déterminer à un règlement administratif pour les professeurs de Chambéry. Bien plus, le conseil institué près du recteur renfermait un professeur de belles-lettres et un professeur de droit, mais pas de médecin.

Il est curieux aujourd'hui de lire dans le premier rapport de la Société l'exclamation que lui arrachaient tous ces mécomptes. « On veut donc nous *dénationaliser ?* » s'écriait-elle. — Cette savante Société ne croyait pas si bien dire.

En réalité, Chambéry constituerait-il un bon centre d'enseignement préparatoire de la médecine ? Nous n'en doutons nullement.

D'abord, le fait de l'annexion change complètement, sous ce rapport, le point de vue. L'enseignement de trois années serait restitué à cette école comme à toutes celles de France, et quatorze inscriptions y compteraient pour douze inscriptions de Faculté. Ce serait assez, sans doute, pour faire remonter le chiffre des élèves à une vingtaine. Ce chiffre même ne peut être considéré comme accusant le nombre des élèves que peut donner le pays annexé. Beaucoup de jeunes Savoisiens, que l'infériorité systématique du régime de Chambéry poussait vers Turin, pourront bien rester à Chambéry quand ils y trouveront les mêmes ressources et le même niveau d'instruction que dans nos meilleures écoles préparatoires. Quant aux ressources matérielles, le rapport constate qu'elles sont au moins suffisantes. On va en juger.

Chambéry possède en fait d'établissements hospitaliers :

L'*Hôtel-Dieu*, destiné aux maladies aiguës internes et externes, contenant 102 lits (sans compter 4 lits affectés aux voyageurs),

Icart, à ce propos, cherche encore à remonter à la cause de ces tumeurs, et il recommence, avec peu de variations, à développer sa théorie de l'engorgement des glandes. Il y consacre une page et demie et revient sur l'anatomie pathologique pour montrer comment un polype, en s'altérant, présente tous les signes du cancer. Cette évolution est d'ailleurs décrite dans l'observation qui suit :

Obs. VII. — En 1759, M. de Voisins, vicaire-général et prévôt du chapitre de Lavaur, fut atteint d'un polype à la narine gauche. Il partit aussitôt pour Paris, espérant y trouver des secours plus efficaces qu'en province. Malheureusement il tomba entre les mains d'un charlatan (car il s'en trouve partout) qui lui promit de le guérir avec un corrosif. Malgré les applications faites matin et soir pendant trois mois, la cure n'avança pas, et M. le prévôt se confia à un chirurgien qui, sans être un des flambeaux de la capitale, avait cependant une certaine réputation pour cette maladie. Il arracha le polype de la narine et renvoya le malade un mois après, lui assurant qu'il était guéri ; mais M. de Voisins avait toujours autant de peine à respirer qu'avant l'opération ; aussi, le polype reparut-il un mois après son retour à Lavaur. Il était si découragé qu'il laissa croître la tumeur et renonça à tout remède jusqu'en 1770. Il fut alors à Montpellier consulter M. Mejean pour un larmoiement continuel et incommode datant de plusieurs années. M. Mejean reconnut une fistule lacrymale causée par le polype, qui bouchait l'orifice du conduit nasal et empêchait les larmes de couler dans le nez.

Vers la fin de l'année, M. de Voisins me pressa de venir à Lavaur l'opérer du polype de la narine. Il découlait une matière purulente par les points lacrymaux, surtout quand on pressait le sac. La narine était remplie d'une chair ferme et douloureuse, dont l'extrémité était ulcérée et l'odeur fétide; le nez était considérablement tuméfié, la voix rauque, la respiration ne se faisait que par la bouche. En passant le doigt derrière la cloison du palais, j'y trouvai un corps dur, inégal, gros comme un œuf de poule, et qui me parut fixé sur une base large: les douleurs étaient si lancinantes, que la nuit elles réveillaient souvent le malade.

Après quelques remèdes préparatoires, j'opérai par la méthode déjà exposée. Je saisis le polype aussi haut qu'il fut possible et le détachai avec beaucoup de peine; celui du nez vint en même temps. L'hémorrhagie fut assez considérable, mais je l'arrêtai avec quelques bourdonnets de charpie passés derrière la cloison du palais.

Le malade dès lors respira avec un plaisir sensible et a été parfaitement guéri, ainsi que de la fistule lacrymale, par les injections et une forte compression sur le sac. Le polype était de la grosseur d'un œuf; la portion qui remplissait la narine et la fente nasale avait un pouce et demi de long. Le corps était livide, et couvert de vaisseaux variqueux. On voyait deux fongosités sur les parties latérales. Le tissu était dur et ferme, de couleur grisâtre à son centre.

Icart commente cette observation et répète prolixement ce qu'il a déjà dit, c'est-à-dire que les polypes peuvent être opérés et guéris alors même qu'ils offrent tous les signes du cancer.

Le chapitre suivant est important, parce que notre auteur passe en revue les autres méthodes curatives des polypes vasculaires et cherche à établir la prééminence de l'extirpation faite avec sa tenette ; il discute donc successivement la ligature, l'incision, la cautérisation, et critique avec vivacité l'incision du voile du palais. Un bon nombre de ses arguments ne manquent pas de valeur, et nous retrouvons les mêmes objections dans les livres classiques du commencement de ce siècle.

« Quelques auteurs, dit-il, veulent, lorsque le polype descend dans le gosier, qu'on incise la cloison charnue du palais pour se faire jour et manœuvrer plus aisément. On a vu de nos jours deux chirurgiens de réputation se disputer la gloire de l'invention. Pour moi, je n'envie pas l'honneur de la découverte. Cette pratique me semble dangereuse, pleine d'inconvénients; elle provoque des douleurs atroces, et constitue une insupportable manipulation; elle ne peut être d'ailleurs d'aucune utilité. Pour arracher un polype, il n'est pas nécessaire de le voir : on le saisit avec la tenette, et on l'entraîne sans inciser la cloison du palais. Cette incision ne serait utile que si l'on voulait détacher la tumeur par l'instrument tranchant. Or, cette pratique est fort périlleuse, par l'impossibilité de couper le polype au lieu de ses adhérences, et de le suivre dans tous les vides où il s'est niché. On peut emporter ainsi le gros de la masse ; mais les têtes, qu'on aura été obligé de laisser, reproduiront le mal. D'ailleurs on ne peut travailler aisément dans cette région. A chaque coup d'instrument on est dérangé par l'effusion du sang et par la suffocation qu'il détermine en tombant dans la gorge.

» L'incision de la cloison est dangereuse à cause de l'hémorrhagie et de l'inflammation, qui, s'étendant de proche en proche, peuvent faire périr le malade. Si ces suites fâcheuses manquent, il y aura au moins pour le malade divers désagréments. La voix sera nasillante et rauque, tellement que l'opéré pourra à peine se faire entendre, et qu'il sera même gêné dans la déglutition (1).

» La ligature peut réussir quelquefois si elle peut être placée convenablement ; mais il y a des cas où l'on est dans l'impossibilité physique d'en faire usage, à cause de l'étroitesse du lieu, et lorsque l'une des narines ou toutes les deux, avec les cavités voisines, sont exactement remplies par le polype. La ligature, d'ailleurs, ne peut avoir de succès qu'autant que le pédicule est étroit, et qu'on peut placer le lien près de l'attache. Mais si le polype est étendu, si sa base est large, on ne pourra le comprendre dans l'anse ; les parties restantes donneront lieu à une nouvelle production, qui croîtra à vue d'œil et fera plus de ravages que jamais.

» On doit bannir également le feu et les différents corrosifs si vantés. Ces moyens sont trop faibles pour détruire les polypes vasculaires, surtout ceux qui ont un volume considérable. Il est, de plus, très difficile de porter sur ces parties le feu et les caustiques ; on ne peut borner leur action, ils s'étendent sur les parties voisines, occasionnent des irritations, des inflammations, et peuvent faire dégénérer le polype en cancer.

» Il en résulte que le meilleur moyen pour guérir les polypes de la gorge est l'extirpation avec les tenettes que j'ai fait faire. L'opé-

(1) Ces reproches sont évidemment exagérés; l'expérience ultérieure l'a bien montré. Ces objections sont-elles purement théoriques? Cela est probable; mais il est possible aussi qu'elles aient été fondées à cette époque sur l'issue malheureuse de quelques faits restés inédits.

---

ayant reçu 10,036 sujets du 1er janvier 1846 au 1er janvier 1852, c'est-à-dire pendant la durée d'un cours médical universitaire, et présentant un mouvement chirurgical actif. Le chirurgien en chef est M. Carret, opérateur adroit, clinicien prudent, professeur disert, qui suit une ancienne tradition en faisant bénévolement un cours de chirurgie élémentaire. Les médecins sont : MM. Sonjeon, dont nous avons parlé précédemment, et Molard;

La *succursale de l'Hôtel-Dieu*, contenant 18 lits et réservée à la phthisie, à la gale, à la syphilis et à diverses autres maladies communicables;

L'*Hospice de la Charité*, ou *Hospice des Incurables*, dont le service chirurgical est confié à M. Besson et le service médical à M. Revel fils. Cet hospice renferme 300 lits, qui offrent souvent une collection remarquable de maladies chroniques, scrofules, cancers, catarrhes de la vessie et des bronches, syphilis tertiaires, etc. C'est dans cet hôpital, si nous ne nous trompons, qu'a été installé récemment un service de *femmes syphilitiques*, dirigé et presque entièrement organisé par le docteur Dénarié;

La *Maternité*, où M. Besson professe le cours communal dont il a été question tout à l'heure. On y a fait, du 1er janvier 1846 au 1er janvier 1852, 630 accouchements;

L'*Hôpital militaire*. Sous le régime piémontais, il y avait à la tête de cet hôpital un médecin divisionnaire, avec des adjoints. Depuis un an, le service est dirigé par M. Massola. Le nombre des admissions y a été, en dix ans, de près de 44,000, dont 32,000 (chiffre rond) pour cas de médecine, 8,216 pour cas de chirurgie, 2,808 pour syphilis et 947 pour gale. Le chiffre des morts, sur la totalité des entrées, a été de 721 ;

Un *asile d'aliénés*. A la date du rapport où nous puisons la plupart de ces renseignements, cet asile était en voie de construction. Aujourd'hui il est en pleine activité. Il a été bâti sur les plans du savant et regrettable Duclos, sur ces mêmes plans qui ont été, de la part de M. Guilland, l'objet d'un rapport que nous avons signalé (n° 22), et il a aujourd'hui pour directeur le docteur Fusier, que Duclos avait lui-même désigné à l'administration, et qui, lui aussi, a mérité de voir ses travaux sur les dispositions intérieures

ration est facile, prompte, peu douloureuse, dépourvue des inconvénients et des dangers des autres moyens. Un nouveau motif de la préférer c'est que les polypes vasculaires squirrheux, carcinomateux et même cartilagineux, ont presque toujours une consistance très grande qui offre beaucoup de prise à la tenette : aussi arrache-t-on le plus souvent jusqu'aux dernières adhérences; le seul accident à craindre est l'hémorrhagie, mais je puis affirmer que dans toutes mes opérations je ne l'ai jamais vue fort menaçante, si ce n'est chez la fille de treize ans (obs. I[re]), encore ne survint-elle que quatre jours après l'extirpation, et d'ailleurs il existe des moyens bien connus pour l'arrêter. »

Icart, à la fin de son mémoire, donne deux dessins représentant des tenettes qu'il a employées. Il y en a deux : l'une pour les petits polypes, qui proéminent dans la gorge; l'autre, plus volumineuse, pour les gros polypes, qui descendent derrière la cloison. Ce sont de véritables tenettes de très grandes dimensions en tous sens. La plus forte, mors et branches compris, a plus d'un pied de longueur. Les mors, épais et solides, sont plus larges que ceux des plus grosses tenettes à lithotomie; ils sont concaves, fenêtrés et munis d'aspérités intérieures. L'instrument présente une courbure générale très forte et appartenant à un segment d'ellipse. Cette courbure, suivant l'auteur, permet de le porter facilement dans la gorge et jusque dans les arrière-narines. Nos pinces à polypes et nos pinces de Museux sont de véritables joujoux à côté de ces formidables tenailles.

A la vue d'instruments aussi robustes, on comprend que le chirurgien devait agir sur les polypes avec une énergie singulière, une fois qu'il était parvenu à les saisir. On s'étonne moins alors de l'éradication radicale annoncée si souvent par Icart, et l'on est porté à croire aux succès définitifs qu'il annonce. Du reste, on voit par les dates de ses observations que chez plusieurs opérés la guérison définitive n'a été annoncée qu'après un laps de temps assez satisfaisant.

(La suite à un prochain numéro.)

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA COLIQUE HÉPATIQUE. — Lecture faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 6 juillet 1860, par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE, l'un de ses membres (1).

(Suite et fin. — Voir le numéro 31.)

Je m'arrêterai un instant sur le *pronostic* de l'affection calculeuse du foie. Sans doute, les concrétions biliaires peuvent déterminer dans les conduits hépatiques, ainsi que dans la vésicule, des inflammations, des ulcérations; il peut se former du pus et des abcès autour de ces conduits ou dans le parenchyme du foie. Des perforations diverses ont eu quelquefois lieu; de gros calculs de la vésicule ont comprimé le pylore et donné lieu à une obstruction mortelle. Ceux qui sont arrêtés dans le conduit cholédoque peuvent déterminer des rétentions de bile dans la vésicule et dans le foie, rétentions qui amènent les résultats les plus funestes. On a vu encore de gros calculs sortir du cholécyste par une fistule, passer dans le canal intestinal et venir mettre dans le jéjunum un obstacle au cours des matières, etc. Mais il faut dire qu'en général les symptômes produits par les calculs biliaires sont plus douloureux et plus effrayants que graves. Lorsque j'ai réuni tous les cas parsemés dans les archives de la science et ceux qui m'ont été communiqués par des confrères ou que j'ai pu recueillir moi-même dans les hôpitaux, j'ai trouvé principalement des recherches d'anatomie pathologique. J'ai dû m'en servir et citer les preuves en décrivant les lésions que les concrétions biliaires entraînent à leur suite. Depuis, dans le très grand nombre de malades qui se sont présentés à mon observation, j'ai constaté les plus terribles souffrances sans qu'il me soit encore arrivé d'avoir à déplorer un cas de mort par suite de ce genre de maladie. Lorsque les attaques se multiplient ou prennent de l'intensité, les digestions s'altèrent, la maigreur survient, des accidents nerveux divers peuvent se développer, et j'en ai cité, en commençant, des exemples; le moral ne manque guère de s'affecter de la manière la plus pénible; mais, avec le temps, le calme reparaît, l'estomac recouvre ses fonctions, la nutrition reprend son activité et l'humeur redevient sereine.

Je pourrais citer à ce sujet un très grand nombre d'observations; parmi celles-ci j'en choisirai de nouveau deux qui vous intéresseront plus particulièrement, car elles ont encore trait à des confrères. Le tableau de leurs souffrances offre des caractères tout spéciaux qui se recommandent à votre attention.

OBS. V. — M. C...., chirurgien des hôpitaux de Paris, âgé de cinquante-cinq ans, fut pris brusquement en août 1852, d'une colique hépatique, caractérisée par une douleur très vive à l'estomac et au dos, par des vomissements et une anxiété extrême. Trois jours après, les mêmes accidents reparurent et furent suivis de jaunisse, ce qui mit sur la voie du diagnostic. Huit jours encore après, étant à Dieppe, une nouvelle attaque se manifesta, mais sans vomissements. Deux semaines se passèrent sans douleurs; au bout de ce temps, M. C..., un matin en se levant, fut pris de nouveau d'une crise des plus cruelles; le soir, il voulut cependant partir pour Dieppe où était sa famille; ses douleurs reprirent en wagon et il ne fit que vomir de Paris à Rouen. Il arriva si fatigué, l'estomac était si douloureux, que les docteurs Gaudet et Guéneau de Mussy insistèrent pour y faire appliquer des sangsues. Un long embarras gastrique fut la suite de ces souffrances.

Au commencement d'octobre, je fus appelé auprès de notre confrère et j'y trouvai ses amis, les docteurs Blache, Danyau et Michon. Après avoir discuté sur la nature de la maladie et le traitement le plus approprié, on me laissa la direction du malade. J'insistai sur les calmants, les bains alcalins-gélatineux, les tisanes et les extraits dépuratifs, les eaux

(1) *Erratum*. Dans la première partie, à la fin de la note, au lieu de : chardon marin, lisez : chardon *marie*.

---

des asiles d'aliénés publiés par l'administration, avec le compte rendu que M. Guilland en a donné dans les journaux. Un travail de M. Fusier sur l'admission des aliénés est tombé dans l'eau d'une façon assez originale. Il allait être imprimé par la Société médicale de Chambéry, quand l'avènement de la législation française le rendit superflu, en donnant à peu près satisfaction aux vues qui y étaient exprimées. Voilà ce qu'on peut appeler une mort glorieuse.

Signalons enfin pour mémoire : 1° l'*asile de la Vieillesse* ou *asile Saint-Benoît*, fondé par le général de Boigne, et dont le mouvement en dix ans constate 67 entrées, 1 sortie et 38 décès; 2° les instituts de sourds-muets pour les deux sexes, contenant, pour chaque sexe, environ 25 individus. C'est un chiffre considérable pour une population de moins de 600,000 âmes. On a calculé d'ailleurs que le nombre total des sourds-muets en Savoie est de 410, soit de 1 pour 1285 habitants. Il y a là, sans doute, l'occasion d'un rapprochement entre la surdi-mutité et la dégénérescence crétine.

Ajoutons, comme conséquence de ce qui précède, que les élèves ne manqueraient jamais de cadavres pour les études anatomiques. Dès à présent on en met, par an, près de quatre-vingts à leur disposition.

Quant au local, il est tout trouvé. Le *Collège national* a de vastes salles inoccupées, qu'il serait aisé, dit le rapport de la Société, « d'approprier aux cours universitaires, quelque nombreux qu'on voulût les établir. »

Telles sont les ressources de Chambéry comme centre d'instruction médicale. Nous n'avons pu les exposer sans donner en même temps le bilan hospitalier de la ville. Quant aux richesses nosocomiales du reste de la défunte province, nous ne les connaissons pas assez pour nous permettre d'en parler, mais nous pouvons au moins signaler trois établissements principaux : l'*Hôpital général* d'Annecy (médecins, MM. Lachenal et Fleuret); l'*hôpital Notre-Dame* de Saint-Jean-de-Maurienne (M. Mottard), et l'hôpital de Montmélian (MM. Richard et Dubouloz). Un fait à noter, si nous devons nous en rapporter à des documents épars qui tombent sous nos yeux, c'est que la mortalité est plus forte à *Notre-Dame* de Saint-Jean-de-Maurienne (10,77 pour 100) et à l'*Hôpital général*

minérales alcalines les plus légères. L'hiver se passa très mal; les coliques revinrent tous les mois, tous les quinze jours et parfois tous les deux ou trois jours. Constamment les douleurs se faisaient sentir à l'épigastre et au dos, avec une sorte de constriction autour du thorax; chaque attaque était suivie d'ictère. Ayant un jour été voir M. C..., un peu avant le dîner, je le trouvai dans une anxiété si grande, avec des régurgitations glaireuses si réitérées, que je ne voulus pas le quitter avant le retour de sa famille auprès de lui. Une grande maigreur était survenue, tant la dyspepsie avait été constante; le teint, à la suite des jaunisses, restait bistre; la tristesse était extrême et le découragement porté au dernier point.

Nous attendions avec impatience le moment de l'ouverture de l'établissement de Vichy. J'insistai pour que notre confrère ne s'y rendît pas seul; il emmena son interne, et, dès le 20 mai, il commençait son traitement sous la direction de notre regrettable collègue Ch. Petit. Mais là encore, les douleurs reparurent; elles y prirent surtout le type intermittent et elles furent très éloignées par le sulfate de quinine donné en lavement. L'estomac était trop souffrant pour que M. C... pût boire de l'eau minérale; il se borna à prendre des bains et souvent deux par jour. Une crise nouvelle termina en quelque sorte la saison.

L'habitation de la campagne dans le cours de l'été produisit le plus grand bien; une seconde saison de quinze jours fut prise, en septembre, à Vichy, et fut bien supportée; M. C... put boire chaque jour quelques verres de la source des Célestins. En 1853, il retourna encore à Vichy.

Les années suivantes se passèrent assez bien, mais, en juin 1858, il survint encore plusieurs attaques de colique hépatique; l'une d'elles fut même très forte, accompagnée de vomissements, suivie de jaunisse et de tuméfaction au foie. Mes instances et celles des amis de M. C... furent très grandes pour l'engager à retourner à Vichy et à se soumettre de nouveau à un traitement régulier; mais, comme depuis il n'a plus souffert et qu'il avait repris ses forces et très bonne mine, il ne s'est pas astreint à suivre un traitement, consentant seulement à boire souvent à ses repas de l'eau de Condillac.

Jamais on n'a fait dans les garderobes de recherches assez exactes pour y constater la présence des calculs, mais on ne peut douter, d'après les symptômes, qu'on n'aurait pas manqué d'en trouver.

Obs. VI. — Je vous demanderai la permission, messieurs, de ne pas retrancher de cette observation l'exposé de souffrances antérieures à l'affection calculeuse hépatique. Ces souffrances, d'ailleurs, ne sont peut-être pas sans une certaine liaison avec cette dernière maladie, en ce sens du moins qu'elles ont pu contribuer à son développement. Le malade, M. B...., est professeur d'anatomie et de physiologie dans une école préparatoire de médecine du centre de la France. Je ne saurais mieux faire que de le laisser parler lui-même :

« Je suis âgé de trente-cinq ans, mon embonpoint est assez marqué. Étant interne, en 1849, à l'hôpital de la Charité, je fus atteint du choléra. Ma convalescence fut longue; mon estomac resta souffrant. — Revenu la même année dans ma ville natale, où depuis cette époque j'exerce la médecine, j'ai eu à supporter des fatigues physiques considérables. J'ai été atteint, en outre, d'une fièvre intermittente qui, pendant plusieurs mois, a eu beaucoup de tendance à récidiver. Pour me débarrasser de cette affection, j'ai pris plusieurs fois de la quinine et de grandes doses de vin de quinquina pendant très longtemps.

« Il y a deux ans que cette fièvre m'a quitté, mais, à partir de cette époque, je me suis vu atteint de douleurs névralgiques, peut-être de nature rhumatismale, se développant aux changements de température et principalement en temps de neige. Ces douleurs, d'une acuité extrême, avaient surtout pour siége les nerfs cruraux ou les nerfs intercostaux du côté droit; mais la plus grande intensité de la douleur se faisait ordinairement ressentir au niveau de la partie interne et moyenne de la cuisse droite. Ces souffrances revenaient particulièrement pendant la nuit et ne pouvaient être calmées que par des compresses imbibées d'eau froide.

» Sous l'influence de cet état douloureux et d'excès de travail, je constatai, il y a environ dix-huit mois, un affaiblissement dans les membres inférieurs. Je ne pouvais faire un demi-kilomètre sans avoir besoin de me reposer. Pour monter les escaliers, j'étais forcé de m'appuyer beaucoup sur la rampe et d'aller très doucement. Cet affaiblissement a commencé surtout à la suite d'un refroidissement dont je fus atteint dans une chambre glaciale de l'hôpital.

» Afin de combattre cet état de choses, je me décidai, en 1858, à aller faire usage des eaux de Bagnères-de-Luchon. Mes fonctions digestives se rétablirent; mes forces revinrent graduellement, l'affaiblissement des membres inférieurs disparut, et un état d'amélioration générale se développa sous l'influence de ces eaux *intus* et *extra* et du massage.

» Mais, depuis quatre mois, j'ai été atteint de coliques hépatiques. J'avais éprouvé des contrariétés très vives de plus d'une espèce et mon esprit avait été dans une tension continuelle. Les recherches que j'ai faites dans mes garderobes m'ont procuré la preuve matérielle de mon affection. Cette découverte m'a engagé à changer mon régime, qui était autrefois essentiellement azoté. J'ai supprimé toute espèce de corps gras, et j'ai pris beaucoup plus d'aliments végétaux. J'ai usé des pastilles de Vichy pendant quinze jours, et, depuis trois semaines, je prends, chaque matin, un demi-cruchon d'eau de Carlsbad.

» Malgré mon nouveau régime, j'ai encore éprouvé de petites coliques hépatiques d'une heure environ. J'ai trouvé, quarante-huit heures après une de ces coliques un petit calcul; deux autres furent rendus un peu plus tard, après de nouvelles souffrances. Ces concrétions se fondaient dans l'éther; par l'évaporation on obtenait sur une plaque de verre de petits cristaux qui, examinés au microscope, m'ont donné tous les caractères de lamelles rhomboïdales de cholestérine. »

M. B.... m'écrivit, en juin 1859, et me demanda quel devait être son régime, s'il fallait continuer l'eau de Carlsbad, si son affection calculeuse s'opposait à un nouveau voyage à Bagnères-de-Luchon. Je m'empressai de répondre à ses questions et je fis tout mon possible pour l'engager à préférer Vichy.

Le 5 décembre, il m'apprit que les eaux de Vichy auxquelles il s'était rendu de suite lui avaient été très favorables, aussi bien sous le point de vue des calculs biliaires que sous celui de ses rhumatismes et de sa fièvre intermittente, et que sa santé ne lui laissait plus rien à désirer. Il faisait usage à ses repas d'eau de Condillac que je lui avais indiquée comme moyen prophylactique (1).

Vous avez sans doute remarqué, messieurs, dans cette dernière observation une certaine analogie avec celle dont j'ai parlé en commençant, d'après M. le professeur Trousseau. Longtemps avant qu'on n'ait eu l'idée de l'affection calculeuse du foie ou avant

(1) Je ne connaissais encore M. B... que par correspondance; mais, depuis que ce mémoire est écrit, j'ai reçu sa visite. Il a été repris d'une forte et longue colique hépatique à la suite de laquelle il a recueilli dans les garderobes 57 calculs jaunâtres, les uns gros comme de petits pois, les autres beaucoup plus petits, tous ayant des facettes. Il est probable que cette décharge sera la dernière et que le traitement préventif empêchera de nouvelles formations.

---

d'Annecy (12,25 pour 100) qu'à l'*Hôtel-Dieu* de Chambéry (7,63 pour 100). Cette différence, si elle est exacte, tient manifestement à la nature des maladies qui prédominent dans les divers établissements, et l'on y trouverait peut-être l'occasion d'une intéressante étude de géographie médicale.

Nous avons maintenant à jeter un coup d'œil sur l'hydrologie minérale de la Savoie, et sur la question de régime que soulève pour elle le récent décret relatif à la législation des eaux minérales de France. Dr Aliquis.

Ont été promus ou nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-officier, M. Élie de Beaumont, membre de l'Institut.

Au grade de commandeur, MM. J. Cloquet, Ricord, Maher, directeur du service de santé à Rochefort.

Au grade d'officier, MM. Lecanu, Jules Guérin, Dulac, médecin-major en retraite; Forteau, médecin-major au 2e régiment de grenadiers de la garde impériale; Dobbé, médecin-major au 3e régiment de grenadiers de la garde impériale; Brousmiches, chirurgien principal de la marine; Roux, 1er pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier, MM. Benoît, professeur à la faculté de Montpellier; Stœber, professeur à la faculté de Strasbourg; Pajot, agrégé près la faculté de Paris; Herpin, directeur de l'école de médecine de Tours; Leudet, directeur de l'école de médecine de Rouen; G. Ville, professeur au Muséum; Blanchard, aide naturaliste au Muséum; Desportes, membre de l'Académie de médecine; Jules Guyot, médecin à Sellery; Lefebvre, médecin à Yvetot; Gorvel, médecin aide-major en retraite; Fantin, médecin à Melun; Bruneau, médecin à Valenciennes; David, médecin aide-major au 2e régiment de voltigeurs de la garde; Chasles, médecin aide-major aux zouaves de la garde; Martin, médecin-major aux chasseurs à cheval de la garde; Spilleux, médecin-major aux guides; Delaporte, médecin du Corps législatif et du palais de l'Industrie; Laboulbène, médecin par quartier de feu S. A. I. le prince Jérôme; Marie, ancien chirurgien de marine; Gonzian, ancien chirurgien de marine; Jouon, chirurgien de la marine de 1re classe; Vastel-Lemarié, chirurgien de la marine de 1re classe; Tassy, chirurgien de la marine de 2e classe; Girard la Barcerie, chirurgien de la marine de 2e classe; Duteuil, chirurgien de la marine de 3e classe; Cuzent, pharmacien de 2e classe; Bellanger, vétérinaire en 1re; Lepeut, vétérinaire en 2e.

qu'elle ne se soit en réalité développée, ce sont des douleurs insupportables, chez le premier malade, dans le poignet droit, puis dans les hypochondres, avec extension à l'hypogastre, à l'épaule ; ces douleurs s'exaspèrent la nuit; elles offrent le type intermittent. Chez le second malade, c'est dans les nerfs cruraux et intercostaux du côté droit que ces douleurs commencent; puis surviennent les vrais symptômes de la colique hépatique. L'affaiblissement des membres inférieurs, pas plus que la fièvre intermittente, ne sauraient probablement se rapporter à cette affection; mais la forme intermittente des douleurs se fait remarquer dans l'observation de M. Trousseau et dans mon avant-dernière observation concernant le docteur C... Pour en revenir au pronostic, on voit dans ces diverses observations tous les symptômes inquiétants se dissiper par un traitement méthodique et la santé finir par être récupérée.

Je terminerai ma communication par quelques considérations sur le *traitement* de l'affection calculeuse du foie. Il n'est pas de nouveau nécessaire de combattre le remède de Durande : je crois avoir terminé et coulé cette question dans mon ouvrage. Si l'éther et la térébenthine ont la propriété de dissoudre les concrétions biliaires dans les creusets de la chimie, on ne peut espérer qu'il en soit de même dans le corps humain, dont l'estomac ne peut recevoir qu'une trop faible partie de ces substances pour que l'action s'en étende à la vésicule et aux conduits biliaires. Il ne faut donc pas compter sur elles pour dissoudre les calculs. Les cas dans lesquels la maladie a cédé lorsqu'on les a employées ne devaient être que ceux où les concrétions, étant arrivées vers l'ampoule du cholédoque, s'en dégageaient par suite de l'irritation que le remède de Durande produisait sur la membrane muqueuse duodénale. Ce résultat est atteint plus sûrement et sans inconvénient par quelques doses d'eau de Sedlitz. On a pu voir déjà, dans quelques-unes des observations que j'ai rapportées, avec quelle facilité, par ce moyen très simple, on parvenait à désobstruer le cholédoque. Je citerai à l'appui encore un autre fait qui s'est présenté tout récemment à mon observation.

Obs. VII. – Le 6 février de cette année (1860), je fus appelé chez M. L..., âgé de trente-cinq ans, employé dans les bureaux d'un chemin de fer. Il souffrait cruellement depuis plusieurs jours, d'une colique hépatique. La région des voies biliaires était tendue et douloureuse. Il avait la peau colorée en jaune-orangé ; comme cela a lieu en pareil cas; ses selles étaient privées de bile, et cette humeur, au contraire, donnait à l'urine une teinte acajou foncée. Le développement de l'ictère annonçait que le calcul ou les calculs étaient arrivés dans le cholédoque, et cette présomption était confirmée en ce que les douleurs étaient moins intenses et plus éloignées. Je fis mettre le malade dans un bain, frictionner les parties douloureuses avec un liniment très chargé d'extraits narcotiques, et administrer une potion calmante antispasmodique. Le lendemain il prit deux verres d'eau de Sedlitz, suivis de bouillon d'herbes. Le surlendemain, 18, la bile coulait dans l'intestin, car les selles étaient colorées. Les douleurs avaient complétement cessé. Chaque jour la jaunisse diminua. L'état saburral, qui avait été prononcé, se dissipa, et l'appétit revint. M. L... ne tarda pas à reprendre ses fonctions. — Mais le 2 mars, nouvelle douleur dans le dos et au niveau des conduits, douleur plus sourde à l'épaule droite, anorexie, jaunisse légère. Une autre concrétion s'était sans doute engagée dans les conduits; le chemin déjà frayé étant plus facile à parcourir, les symptômes étaient beaucoup moins intenses. Je prescrivis le même traitement, et l'eau de Sedlitz rappela de nouveau la bile dans l'intestin.— Il fallait prévenir le retour de nouvelles coliques. Je conseillai, à cet effet, le traitement préservatif que je vais exposer et qui me paraît toujours assez bien réussir.

Ce traitement consiste principalement dans l'usage extérieur et intérieur des alcalins, et particulièrement du bicarbonate de soude. Au moyen des eaux minérales qui contiennent ce sel, on peut considérablement augmenter l'alcalinité de la bile. On la rend plus liquide et plus abondante, double condition bien propre à entraîner les grumeaux cholestériques ou autres qui peuvent se trouver dans les voies biliaires. La matière résinoïde, l'albumine de la bile, étant tenues en suspension dans cette humeur par la soude, on s'explique comment ce traitement peut contribuer à la séparation des parties constituantes des calculs.

Il faut se tenir en garde contre un accident qui n'est que trop fréquent dans le cours de ces traitements hydrominéraux. Par suite de l'activité que prennent les fonctions du foie, il peut se faire que la bile entraîne avec elle quelques concrétions dont le passage par les conduits détermine, outre de vives douleurs, un trouble plus ou moins durable dans les fonctions digestives. Bien que ces symptômes soient en général passagers, il n'est pas rare de voir les malades quitter les eaux, même avec l'assentiment du médecin. Pareille chose arriva à un président de tribunal, beau-père d'un célèbre feuilletoniste, sujet à des coliques hépatiques, que j'avais envoyé à Ems, au lieu de Vichy, en raison de sa grande irritabilité nerveuse. Il n'y était pas depuis huit jours qu'il fut pris de douleurs hépatiques suivies d'ictère et d'embarras gastrique. Son moral s'affecta à tel point que le docteur Dœring, qui lui donnait des conseils, ne crut pas prudent de chercher à le retenir davantage. A son retour chez lui, il regretta de n'avoir pas eu assez de patience et d'avoir manqué sa saison.

En général, on devra éviter de faire prendre une trop grande quantité d'eau minérale, surtout de celle de Vichy, qui est très active. A domicile, je conseille des eaux plus légères, telles que celles de Saint-Galmier, de Condillac ou du Soultzmatt, et encore est-il plus prudent de ne pas toujours les faire prendre pures. Aux eaux alcalines, il est utile de joindre divers fondants végétaux, tels que les infusions de chicorée sauvage, de sommités de saponaire et les extraits de fumeterre et de taraxacum, toutes substances qui contiennent des sels alcalins. Dans le régime, on recommandera d'éviter les substances grasses qui seraient de nature à porter des éléments nouveaux à la formation de la cholestérine. Tout en se gardant d'une nourriture trop substantielle et en prescrivant l'usage plus abondant des légumes, on ne devra pas débiliter la constitution. Chez certains malades, il est une précaution qui paraît utile, c'est d'administrer de temps à autre un purgatif, afin d'expulser l'excès de bile accumulée dans la vésicule. Dans ce but, je fais prendre assez souvent le sirop laxatif fondant dont j'ai déjà parlé. Je placerai ici une remarque sur les phénomènes intermittents qu'on observe quelquefois dans les coliques hépatiques : il semblerait que le sulfate de quinine ne dût pas trouver son application dans l'engagement périodique des concrétions biliaires par les conduits; et cependant, dans les cas de ce genre, l'administration de ce médicament a eu le plus grand succès. On a vu le parti utile qu'en a tiré le docteur Ch. Petit pendant les soins qu'il donnait à Vichy à notre confrère C... Enfin, on ne devra jamais oublier de recommander aux malades deux autres précautions : je veux parler de l'exercice et des distractions. L'exercice, dans l'affection qui nous occupe comme dans bien d'autres affections, a l'avantage de disperser l'action nerveuse et de favoriser les fonctions du foie; par la distraction, on remédie à ces dispositions à la tristesse, à l'humeur sombre, si communes dans les maladies de cet organe et qui réagissent à leur tour sur lui d'une manière si fâcheuse.

Il ne me reste plus qu'à constater une circonstance du traitement que j'appuierai par une dernière observation. Lorsque les moyens que j'ai indiqués sont suivis avec une grande ponctualité, ils agissent, on ne peut en douter, sur les concrétions biliaires récemment formées, en même temps qu'ils empêchent qu'il ne s'en reconstitue d'autres. On sait que ces concrétions sont molles et s'écrasent sous le doigt avec une grande facilité au moment où on les retire du sein de la bile, ce qui peut parfaitement faire comprendre l'action des dissolvants quand elle est prolongée. Eh bien, à mesure que cette action se produit, les coliques résultant, suivant le langage de Pujol, d'une décharge calculeuse sont de moins en moins fortes en raison du ramollissement et de la décomposition des concrétions, et, en faisant des recherches dans les garde-robes, on ne peut plus rencontrer ces mêmes concrétions, bien que les coliques, quoique légères, soient encore suivies, soit d'une apparence de jaunisse, soit seulement d'urines ictériques. D'autres fois, on peut recueillir une plus ou moins grande quantité d'une sorte de boue d'un brun rougeâtre ou blanchâtre, au milieu de laquelle se trouvent des fragments lamelleux, celluleux, et qui offrent les attributs physico-chimiques des calculs biliaires. J'ai dit ailleurs que le docteur Ch. Petit m'avait donné un échantillon sem-

blable provenant d'une dame qui faisait un usage abondant des eaux de Vichy.

Obs. VIII. — Voici l'observation que j'ai annoncée à l'appui de ce que je viens de dire, et par laquelle je finis cette trop longue lecture. M. P..., régisseur des annonces de grands journaux, âgé de cinquante-huit ans, replet, a été affecté de gravelle rouge urinaire pour laquelle il est allé plusieurs fois à Contrexeville. Mais, il y a six ou sept mois, il a été atteint de coliques hépatiques. Je fus appelé le 17 janvier dernier pour lui donner des soins, et je lui prescrivis le traitement que je viens d'exposer. Le 25 février, il y eut une colique assez forte accompagnée de vomissements et suivie de jaunisse et d'embarras gastrique. Le 23 mars, nouvelle colique, et encore jaunisse et embarras gastrique. Chaque fois, il se manifestait un sentiment de tristesse qui faisait un grand contraste avec le caractère habituellement gai du malade. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, le traitement a été suivi avec une exactitude rigoureuse; la saison d'aller à Vichy n'étant pas arrivée, des bains alcalins-gélatineux ont été administrés deux fois la semaine; et depuis ce même temps, les coliques ont été de moins en moins fortes et de moins en moins fréquentes. Quand il survenait de l'ictère, il était à peine marqué ou même les urines étaient seulement ictériques. Les calculs qu'on trouvait facilement au commencement ne pouvaient plus être rencontrés par la suite. — En ce moment l'état de M. P.... est on ne peut plus satisfaisant.

Telles sont, messieurs, les observations que je désirais vous présenter. J'aurais pu les multiplier beaucoup plus, mais je me suis borné à esquisser celles qui venaient corroborer mes propositions.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 AOUT 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Physiologie. — *Mémoire sur les régénérations osseuses*, par M. *Bourguet*. — Dans ce mémoire, l'auteur cherche à démontrer la réalité du phénomène de la régénération des os longs à la suite de leur résection et de leur extirpation dans une grande étendue de leur diaphyse, et il étudie le rôle que joue le périoste dans ces diverses circonstances.

L'auteur termine son travail, qui est basé sur trois observations cliniques, par les conclusions suivantes :

1° La régénération des os longs, à la suite de leur résection ou de leur extirpation sur une étendue considérable de leur diaphyse, est un fait réel et incontestable;

2° L'os nouveau a de la tendance à rester plus court, plus volumineux, plus irrégulier que l'os ancien; mais il conserve la forme générale de ce dernier, et il en remplit avec le temps toutes les fonctions;

3° Le résultat de ces opérations, pour être sainement apprécié, a besoin d'être constaté longtemps après la guérison;

4° La scie à chaîne peut être utilisée pour détacher les chairs et le périoste à la face profonde des os, dans les points où il est impossible d'atteindre à l'aide d'autres instruments;

5° Le phénomène de la régénération osseuse mérite d'être rapproché de celui de la formation du cal avec lequel il présente la plus grande analogie, sinon même une identité complète;

6° La conservation du périoste est éminemment avantageuse pour la reproduction de l'os; toutefois, elle n'est pas absolument indispensable, les parties molles environnantes pouvant le suppléer et suffire dans quelques circonstances à ce travail réparateur;

7° Les fractures comminutives compliquées de lacérations des parties molles, d'esquilles nombreuses avec perte de substance de l'os et écartement des fragments, sont susceptibles de consolidation par régénération osseuse, si l'on enlève les esquilles en ménageant le périoste, et qu'on traite la plaie consécutive comme une plaie simple. — (*Com.:* MM. Flourens, Milne Edwards, Rayer et Cl. Bernard.)

Physique du globe. — *Présence du cuivre dans l'eau minérale de Balaruc;* extrait d'une lettre de M. *Béchamp* à M. *Dumas*. — Trois dosages, faits dans trois saisons différentes de la même année, des constatations nouvelles faites depuis, ont démontré à M. Béchamp que le cuivre est un élément constant de l'eau de Balaruc.

Depuis que ce fait a été constaté, M. Moitessier, en suivant la même marche, a trouvé le cuivre dans d'autres eaux.

L'eau de Bourbonne contient aussi des traces de cuivre, mais en proportion bien moindre que celle de Balaruc.

Chimie appliquée. — *Recherches sur la matière colorante des suppurations bleues : pyocyanine*, par M. *Fordos*. — Le pus présente dans certains cas, assez rares, la propriété très remarquable de colorer en bleu les linges à pansement. La cause de ce phénomène a déjà été étudiée par les chimistes, et des opinions très diverses ont été émises pour l'expliquer. J'ai été, dit l'auteur, conduit dès le début de mes recherches, qui datent de quelques années, à considérer comme une matière colorante spéciale la substance qui produit cette coloration, et j'ai proposé de la désigner sous le nom de *pyocyanine*. J'ai réussi depuis lors à l'obtenir cristallisée.

La pyocyanine est d'une couleur bleue plus ou moins foncée; examinée au microscope, elle présente des cristaux prismatiques bleus. Elle est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et le chloroforme. La dissolution aqueuse est décolorée par le chlore; les acides la rougissent et les alcalis lui rendent sa couleur bleue.

La pyocyanine paraît devoir être considérée comme une base organique pouvant produire avec les acides des combinaisons rouges.

Elle diffère complétement de la *biliverdine*, que l'on a considérée comme le principe colorant des *suppurations bleues;* elle diffère aussi de la *cyanourine* trouvée dans un dépôt urinaire bleu par Braconnot, ainsi que de la *matière bleue* rencontrée dans la bile par M. Chevreul, et dans le sang par M. Lecanu. »

Chimie appliquée. — *Recherches chimiques sur le foie et sur les matières grasses provenant du contenu de l'appareil circulatoire d'un individu atteint d'atrophie du pancréas*, par M. de *Luca*. — M. le professeur Bartolini, directeur de la clinique médicale de l'hôpital de Pise, à l'occasion de l'autopsie d'un individu mort par une congestion cérébrale et qui avait le pancréas en partie atrophié, a eu le soin de recueillir quelques matières dans le corps de cet individu et de les faire soumettre à des recherches chimiques. Ces matières consistaient : 1° en une portion de foie, et 2° en un mélange de différentes substances solides et liquides recueillies dans la cavité droite du cœur, dans la région de la poitrine et dans la veine cave inférieure immédiatement après le diaphragme.

Dans le foie examiné, malgré l'atrophie du pancréas, se trouvent toutes les matières découvertes par M. Claude Bernard, ce qui prouverait que la maladie du pancréas n'a pas modifié sensiblement la fonction glycogénique du foie.

Dans le mélange indiqué plus haut n'existaient pas, d'une manière sensible, d'acides gras libres; la matière grasse n'avait donc pas été décomposée. Cela pourrait être rattaché à la maladie du pancréas. On sait que M. Claude Bernard a montré qu'à l'état normal le suc pancréatique a la propriété de décomposer les graisses.

Tératologie. — *Note sur un poulet hyperencéphale*, par M. *Dareste*. — L'embryon qui a présenté cette anomalie, et qui provenait d'un œuf ouvert au neuvième jour de l'incubation, était plein de vie, et les mouvements qu'il exécutait dans la cavité amniotique étaient aussi vifs que ceux des embryons du même âge qui sont en parfaite santé. Toute la masse encéphalique est en dehors et au-dessus du crâne, et y forme une tumeur considérable, partagée d'avant en arrière par un sillon médian, en deux moitiés qui sont elles-mêmes divisées en trois parties représentant l'hémisphère cérébral, la couche optique et le lobe optique. Cette masse encéphalique est beaucoup plus volumineuse que la tête qu'elle borde

des deux côtés. La tête présente, d'ailleurs, dans sa conformation une régularité assez grande : seulement les yeux sont beaucoup plus petits que d'ordinaire. L'œil gauche présente cependant encore des paupières, tandis que l'œil droit ne se manifeste au dehors que par une tache noire visible au travers des téguments. Tout le reste du corps de l'embryon était développé de la façon la plus normale.

Cette anomalie reproduit très exactement les caractères que Geoffroy Saint-Hilaire avait assignés au genre *Hyperencéphale*.

Ce qu'il y a peut-être de plus intéressant dans l'organisation du petit monstre que j'ai sous les yeux, ajoute l'auteur, c'est l'existence d'une bride membraneuse qui s'étend de l'allantoïde au côté droit de la tumeur. En effet, lorsque Geoffroy Saint-Hilaire décrivait, en 1822, le monstre humain dont il faisait le type du genre Hyperencéphale, il signalait une particularité analogue. Il existait une bride membraneuse s'étendant du placenta jusqu'à la hernie cérébrale. Toutes les personnes qui se sont occupées de tératologie savent que Geoffroy Saint-Hilaire a vu dans ce fait l'explication d'un très grand nombre de monstruosités. Ce n'est point ici le lieu de discuter la valeur de cette explication. Qu'il me suffise de dire que dans la plupart des cas d'hyperencéphalie qui ont été signalés par les auteurs, cas qui sont encore en très petit nombre, on a signalé des faits analogues. Tout récemment encore, M. le docteur Houel, conservateur du musée Dupuytren, a fait connaître un hyperencéphale humain dans lequel on remarquait une semblable disposition. Sans vouloir me prononcer à présent sur la signification de ces faits anatomiques, je crois devoir signaler un exemple de plus, et fort curieux par les circonstances nouvelles où il se présente, de la fréquente répétition des mêmes types en tératologie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 AOUT 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Causard* sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Petit-Jailly (Côte-d'Or) en 1860. — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département de Vaucluse, par M. le docteur *Yvaren*. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un mémoire de M. le docteur *Florimond*, médecin à Bapaume (Pas-de-Calais), ayant pour titre : *De l'asphyxie dans les puits à eau.* — *d.* Un mémoire de M. le docteur *Lopeyre* sur les eaux minérales d'Avène (Hérault). — *e.* Les rapports de M. le docteur *Génieys* sur le service médical des eaux d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales) en 1858, et de M. le docteur *Gay* sur le service médical des eaux de Saint-Alban (Loire) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une observation de purpura hæmorrhagica guéri par le perchlorure de fer, par M. le docteur *Pinson* (de Dôle). (*Commission du perchlorure de fer.*) — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Deschamps* (d'Avallon), intitulé : *Sur les différentes espèces de fer métallique employées en médecine.* (*Comm.:* MM. Lecanu, Bussy, Barth.) — *c.* Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Ely*, d'Orange (Vaucluse).

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur Auguste Duméril, qui informe l'Académie de la mort de son père, le professeur Duméril, membre de l'Académie (1).

M. *Malgaigne*, au nom de MM. Charles et Hector Jantet (de Lyon), dépose sur le bureau un volume intitulé : *De la vie et de son interprétation aux différents âges de l'humanité.*

M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion par l'Académie.

Élections.

L'Académie procède à l'élection, par la voie du scrutin, d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

(1) Nous apprenons également la mort de M. Collineau.

La liste présentée par la commission porte :

En première ligne	MM. Gosselin;
En deuxième ligne, *ex æquo*.	Richet et Broca;
En troisième ligne	Morel-Lavallée;
En quatrième ligne, *ex æquo*.	Follin et Giraldès.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 61, les suffrages sont ainsi répartis :

MM. Gosselin réunit.	47 voix.
Richet.	10
Broca	3
Follin	1

En conséquence, M. Gosselin est nommé membre titulaire de l'Académie dans la section de pathologie chirurgicale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

La parole est à M. Piorry.

Suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

M. *Piorry*. Le discours de M. Malgaigne, remarquable par sa forme académique et par la manière dont il a été exprimé; le danger qu'il y aurait à laisser passer sans réponse des assertions aussi bien exposées que celles que l'on y trouve, ne me permettent pas de garder le silence, ainsi que j'avais d'abord l'intention de le faire. L'Académie m'excusera, je l'espère, de prendre encore la parole, alors qu'il s'agit de résoudre une question qui domine la pathologie et la thérapeutique tout entières, je veux dire celle qui a rapport aux doctrines dites vitalistes et organiques. Pour abréger, j'aborde et je vais suivre la brillante argumentation de mon éloquent collègue et ami M. le professeur Malgaigne.

La chirurgie, qui n'est autre chose que la médecine des maladies ou des lésions occupant les organes extérieurs, est appelée par l'honorable professeur au secours du vitalisme et de l'action médicatrice de la nature. Il faut tout le talent de notre collègue pour trouver dans cette partie de la science des arguments en faveur de ces systèmes des temps passés.

D'excellents travaux ont été faits sur les luxations et sur les hernies : c'est l'anatomie pathologique qui en a fourni les éléments. Ces belles recherches sont dues à M. Malgaigne, qui a même fixé avec des crochets les fragments séparés de la rotule ; ce n'est pas, il est vrai, le médecin qui colle entre eux les fragments des os fracturés; ce sont là des phénomènes organiques qui ont lieu ; mais, sans la thérapeutique chirurgicale, il y aurait, à la suite de ces fractures, de déplorables déformations et des articulations accidentelles. Je suis persuadé que le chirurgien le plus vitaliste du monde ne confiera pas au principe vital la curation de la cataracte, des calculs vésicaux, des abcès phlegmoneux, des corps étrangers dans le larynx, des polypes du pharynx, des anévrysmes artériels, d'une hernie étranglée, d'une section d'artère, d'une pustule maligne, d'une tumeur cancéreuse, d'un accouchement dans lequel l'épaule vient à se présenter, d'une hémorrhagie après l'accouchement, d'un abaissement de l'utérus, d'une morsure de vipère, d'une blessure faite par un chien atteint de la rage, etc.

La chirurgie, en définitive, est fondée, soit sur l'anatomie et la physiologie, soit sur les connaissances physiques et chimiques; ces dernières sciences ont appris combien sont grands les inconvénients qui résultent pour le malade d'un contact de l'air avec les surfaces ulcérées, et combien aussi il est important, relativement à la cicatrisation, d'abriter les plaies contre le contact des corps extérieurs, et de prévenir la putréfaction en évitant la présence de l'oxygène dans les cavités contenant des substances animales liquides. Elle n'explique pas le mouvement organique, elle le voit, elle en tient compte, et la médecine des organes intérieurs fait comme elle; mais parler d'une chirurgie vitaliste, c'est parler d'une chose complétement impossible.

Les chimistes médecins se défendront sans doute de l'accusation qui leur a été portée d'avoir comparé l'homme à une cornue qui se promène. Ils ont affirmé qu'ils étaient parvenus à faire des ma-

tières analogues à celles que l'organisme forme, ce qui serait déjà un immense résultat; mais je ne crois pas qu'aucun d'entre eux ait jamais pensé qu'il fût possible à la chimie d'arranger les éléments des corps de telle façon qu'il en pût résulter une texture : c'est l'organisme qui fait cela, tout le monde est de cet avis. On a dit que c'était à la force vitale, au principe vital que cela était dû; nous admettons que le moteur de tels phénomènes est l'âme ou psychatome; mais on peut se passer, pour la pratique médicale, de l'une ou de l'autre de ces hypothèses.

Les chimistes encore se joindront aux physiologistes pour vérifier l'étonnante expérience de M. Malgaigne, qui fait voir la respiration refroidissant le sang; ils lui rappelleront, sans doute, les admirables et précises recherches de Lavoisier et de l'école moderne sur la production de la chaleur animale; ils lui feront voir que l'hypothèse d'une force dite caloricité est insoutenable; ils lui diront qu'ils admettent comme nous *un mouvement organique, et qu'il n'est personne qui l'ait jamais nié;* mais remonter plus haut que la constatation de ce mouvement est s'exposer à faire des hypothèses qui n'ont aucune utilité pour la pratique.

C'est, dit-on, la force vitale qui a organisé la matière; nous avons supposé, nous, que c'était l'âme ou psychatome Au fond, il n'y aurait là qu'une dispute de mots, mais avec cette différence que l'idée de force est plus abstraite et moins bien définie que l'idée de ce point de départ unitaire et absolu, agent auquel nous avons attribué l'influence organisatrice. J'ai cherché de nouveau à savoir ce que l'on comprenait par force vitale; je n'avais pas nettement saisi ce que l'on avait voulu exprimer par là; j'ai entendu, j'ai lu, j'ai relu la nouvelle explication qui vient d'en être donnée, et qui consiste en ceci : ce qui n'est réductible ni aux forces physiques ni aux forces chimiques. Cette définition ne m'a pas paru plus claire que les autres.

La grande loi vitale a été, dit-on, ainsi formulée dans le sixième livre *Des épidémies*.

Voyons quelle est cette loi vitale formulée par Hippocrate :

« La nature est le médecin des maladies; c'est elle qui trouve les voies et moyens; elle fait ce qui convient; c'est elle qui détermine l'unité de l'être, la tendance générale des organes vers ce but; la vie est la conservation de l'ensemble? C'est elle qui est la force primitive et unique du microscome qui représente le corps vivant. »

A côté de cette force, a-t-on ajouté, il est des gens qui ont fait intervenir l'âme, et à cette occasion on cite saint Thomas.

Nous ne citerons pas saint Thomas, que nous vénérons sans doute, mais que nous ne consulterons pas comme médecin; et d'abord nous n'avons pas mis cette âme à côté de la force vitale, nous avons supposé que son influence constituait ce que l'on a appelé force vitale, c'est-à-dire qu'à la place du principe vital nous avons mis tout simplement un moteur unique, défini, qui rend compte de ce qui, dans les actes de nature vivante, diffère de la nature morte.

L'hypothèse du principe vital devient dès lors tout à fait sans objet pour tous ceux qui admettent l'existence de l'âme, et M. Malgaigne lui-même n'adopte en rien les âmes de première et de seconde majesté dont a parlé M. le professeur Lordat. Ici notre collègue met la force vitale à la place de l'âme organisatrice, et voilà tout.

En somme, quelles que soient les doctrines des médecins, tous, sans exception, admettent que dans les êtres vivants il se passe des phénomènes qui entretiennent la vie, et les gens de bon sens ajoutent que ces phénomènes-là ne peuvent être expliqués. Par cela même que les corps sont organisés pour la santé, ils le sont pour remédier à la lésion qui l'altère; qui dit organisme, dit ce qui est organisé, et ce qui est organisé doit l'être pour se conserver. Quand on reproche aux organiciens de ne pas tenir compte de ce grand fait, tendant à se conserver, on crée *des monstres* pour les combattre, et l'on prête à ses adversaires des opinions qu'ils n'ont en aucune façon.

M. Malgaigne dit que la meilleure théorie est celle qui rend compte de tous les faits; je suis entièrement de son avis; il ne peut nier que les doctrines organiques donnent la raison d'un grand nombre d'entre eux; avec le progrès elles en donneront plus tard bien davantage; ce qu'elles n'expliquent pas c'est l'influence supposée du point de départ primitif; en vérité, le vitalisme abstrait n'en dit pas davantage; mais qu'explique-t-il en définitive? La réponse à cette question s'exprime en quatre lettres : rien.

Quelques phrases du livre de M. Rostan ont été ensuite invoquées comme une preuve que les organiciens les plus purs sont aussi vitalistes. Mais on aurait pu en citer bien d'autres dans mes publications qui prouvent que je le suis non moins que lui. Tout en admettant l'influence d'un point de départ, je ne sais en rien de quelle façon il agit. M. Rostan, dont l'absence est ici à tous les points de vue regrettable, ne reconnaît pas, comme on l'a affirmé, l'impuissance de ce qu'il appelle l'organisme à se rendre compte de la plupart des phénomènes de la santé et de la maladie; il avoue seulement ne pas connaître le mécanisme primitif de l'organisation vivante, et Hippocrate, Barthez, Bichat et M. Malgaigne ne l'expliquent pas davantage.

Dire que l'anatomie pathologique n'a pas éclairé la pathogénie et la thérapeutique, est avancer une de ces énormités qui ne tiennent pas un instant devant la moindre exposition des faits. Notre honorable collègue n'a en rien tenu compte de ces innombrables cas que j'ai cités dans ma première allocution, et qui étaient tous fondés sur l'appréciation de faits anatomiques et physiologiques. Ce serait fatiguer l'Académie que d'en ajouter d'autres à cette liste déjà trop longue. On a dit que les plus graves lésions apparentes n'étaient pas toujours suivies de phénomènes graves, tandis que des lésions légères causaient la mort, et que les cadavres ne différent pas, comme état organique, de ce qu'ils avaient été pendant la vie. En vérité, n'est-ce pas là de ces allégations qui ne sont fondées que sur l'interprétation la plus superficielle des faits? Quelques gouttes de sang épanché dans le centre nerveux vont causer la mort; or, l'apparence de cette lésion est petite, mais qui ne voit pas que cette lésion est suffisante pour faire à l'instant périr? Tout un poumon est tuberculeux, le malade vit encore; cette altération est énorme, et l'on ne meurt pas.

Et cela, parce que l'autre poumon fonctionne, parce que le cœur agit, parce que le sang n'est pas encore altéré, parce que le névraxe n'est pas désorganisé; ici la lésion, grave en apparence, est légère, par rapport à la conservation momentanée de l'être; l'estomac est atteint d'un affreux cancer, cependant le malade vit pendant des mois entiers, mais c'est que la digestion s'opère et que le pylore, resté libre, permet encore à la nourriture de parvenir dans l'intestin. On ne trouve pas, dit-on, la cause anatomique de la mort, et de là la proposition émise par M. Malgaigne. Mais les progrès de la science ont démontré surabondamment l'existence de lésions véritables qui expliquent pourquoi l'on meurt : tantôt le défaut d'abord du sang artériel vers le cerveau, démontré par la vacuité des artères; tantôt l'écume ou les crachats contenus dans les bronches, causes évidentes d'hypoxémie, donnent la mort.

Et d'ailleurs, est-ce que l'anatomie pathologique n'a dans son domaine que les faits cadavériques? Est-ce qu'il n'y a pas une anatomie des organes vivants, tout aussi positive et non moins féconde en résultats thérapeutiques que les faits observés après la mort?

Cette diagnose, que notre éloquent collègue a bien voulu signaler comme un véritable progrès, n'est-elle pas le flambeau, le guide assuré de la thérapeutique? Que personne n'aille penser que M. Malgaigne adopte les idées fantastiques pour déserter le drapeau de la médecine positive! Il dit que nous ne savons pas le dernier mot des choses, et il a mille fois raison; mais la justesse de son esprit, sa probité scientifique ne lui permettent pas de nier le progrès et de résister à l'évidence.

Qu'entend-on en effet par nature, et surtout par nature médicatrice? Est-ce quelque chose de spécial, un être, une sorte d'unité divine qui régit l'organisation? Non, sans doute, il n'y a pas un être spécial qui veille sur l'organisme, il n'y en a pas qui dirige des efforts salutaires contre les grands agents de l'univers; il y a un organisme qui est admirablement disposé pour entretenir la vie,

pour remédier aux lésions qui peuvent amener la cessation de l'existence. C'est le jeu de cet organisme qui peut être considéré comme la nature, et qui, très probablement, n'a pas été compris différemment par les Hippocrates n^{os} I, II, III, IV, V, VI, etc., etc, qui se sont succédé. L'antiquité médicale a même exagéré de beaucoup et l'importance et le pouvoir de cette nature ; elle a vu qu'elle présidait à des coctions, à des crises que les médecins supposaient plutôt qu'ils ne les observaient; elle a admis des jours critiques, alors qu'on ne pouvait et qu'on ne peut encore fixer le jour de l'invasion du mal; elle a frappé à mort les progrès et la thérapeutique ; elle a laissé les maladies s'aggraver en prescrivant d'attendre, ou de ne rien faire à l'effet de laisser agir la bonne nature.

Il est vrai que M. Malgaigne en admet une bonne et une mauvaise, mais comment distinguera-t-il l'une de l'autre, si ce n'est par l'appréciation des organes et des phénomènes organiques? c'est-à-dire par des études anatomiques, physiologiques et diagnostiques. La nature médicatrice des vitalistes abstraits est une déesse bienveillante qui combat un démon de la plus mauvaise espèce, et malheureusement ce dernier n'a que trop souvent, en médecine, une influence terrible sur la marche des maladies.

Si encore la bonne nature pouvait mettre la mauvaise à la raison, mais il n'en est rien. Et le vitaliste abstrait, plongé dans son admiration fantastique pour la bonne nature, laisse son ennemi marcher plus vite qu'elle et faire périr le malade. Qu'est-ce donc que tout cet imbroglio? Où aurait-il conduit la science, si on n'en était sorti? A l'expectation, dira-t-on, à la philosophie médicale, à la contemplation; on devrait ajouter à l'immobilité scientifique, à la routine et à toutes les niaiseries qu'elle enfante! Qu'est-ce donc que cette expectation que l'on m'a reproché de ne pas adopter comme méthode thérapeutique?

Expectation signifie l'action d'attendre, et en ce sens il n'est personne qui, dans certains cas, ne fasse de l'expectation avant d'agir. Mais on veut exprimer par là une méthode qui consiste à ne faire aucun traitement et à laisser à la nature le soin de diriger seule ses moyens de défense, de déterminer des mouvements critiques, d'opérer la coction, *et de guérir ainsi la maladie*. Or, ne rien faire en thérapeutique est à peu près impossible; tenir un homme au lit, le mettre à la diète, lui donner largement de l'eau, c'est diminuer le volume des muscles, c'est étendre ses liquides de sérosité ; c'est avoir recours à une médication active et fort dangereuse alors qu'on la prolonge.

Les prétendus mouvements critiques ne sont autre chose que des phénomènes naturels qui ont lieu alors que l'organisme revient à la santé ; la coction serait une sorte de fermentation vitale et pathologique dont on ne peut parler sérieusement. Il résulte de là que la prétendue méthode dite expectation n'a pour but que de laisser aller le mal sans s'y opposer, mais il arrive que ceux qui disent s'en servir prescrivent un traitement qui souvent a d'immenses inconvénients.

Le pronostic, dit-on, est la véritable base de la thérapeutique, et malheur, ajoute-t-on, à la médecine active qui puise ses inductions dans l'anatomie pathologique ; mais n'est-il pas évident que les éléments réels de la prognose reposent sur la connaissance des états anatomique et physiologique, et non pas sur la vague appréciation d'une séméiotique douteuse?

Vous dites, monsieur Malgaigne, que les organiciens s'occupent exclusivement des lésions locales, qu'ils ne tiennent pas assez compte des forces, qu'ils ne songent pas à l'ensemble, et que, faisant des organes malades une sorte de damier, ils portent leur attention sur les détails et non pas sur l'ensemble, qui est souvent le point important de l'étude. Ainsi, vous ne vous contentez pas d'admettre une force vitale, vous voulez encore qu'il y ait des *forces;* mais dites-nous donc, je vous en prie, ce que vous entendez par là? Ne voyez-vous pas qu'à chaque phrase vous admettez gratuitement une nouvelle entité? Est-ce que les forces, telles que vous le comprenez, ne sont pas les résultantes, soit de la disposition moléculaire, soit de la manière dont les fonctions s'opèrent? Otez du sang ou privez-le en partie de l'oxygène qui doit être combiné avec lui, faites que ce liquide arrive en faibles proportions au système nerveux central, et tout d'abord vous verrez diminuer les forces que vous rétablirez si vous agissez en sens inverse.

Par cela même que nous apprécions nettement l'état des organes et des fonctions, nous tenons compte des conséquences de cet état, c'est-à-dire des forces. Nous vous mettons au défi de modifier directement ces forces, dont vous ne cessez de parler comme d'êtres réels et indépendants.

La force vitale, suivant M. Malgaigne, n'est pas inhérente à la matière; elle en est indépendante jusqu'à un certain point; elle a été créée, elle s'ajoute à l'ovule pour l'animer, et c'est elle qui rend cet ovule apte à s'emparer de la matière brute, des éléments de l'air et de l'eau ; il lui attribue une sorte d'instinct, etc., etc. Mais en quoi donc cette force vitale différerait-elle de notre psychatome ou âme ?

La seule différence que l'on pourrait y voir serait que, dans ma théorie, j'ajoute l'intelligence aux autres attributs que M. Malgaigne donne à sa force vitale; je repousse l'existence de deux âmes de première et de seconde majesté, comme les appelle M. Lordat. Il faut donc qu'il assigne aussi l'intelligence à sa force vitale, qui n'est plus dès lors autre chose que l'âme intelligente et organisatrice, telle que nous l'admettons. Non, certes, l'organisme en exercice, la vie, n'est pas dans une lutte continuelle avec les agents et les lois de la nature inanimée. S'il est vrai que dans bien des cas l'organisation serait détruite par des phénomènes appartenant à la nature brute, tout aussi fréquemment les êtres animés présentent dans leurs fonctions une série d'actes qui rappellent ceux qui sont propres aux faits exclusivement physiques.

Dire enfin que la médecine doit se renfermer en elle-même, n'avoir de matériaux que ceux qui lui sont propres, est avancer qu'il faut pour la pathologie et la thérapeutique ne tenir aucun parti des arts, des sciences, de la littérature, de toutes les connaissances humaines. Ah! certes, la phrase où M. Malgaigne veut aussi rétrécir la science du médecin lui est échappée; il suffit pour s'en convaincre d'entendre M. Malgaigne, d'avoir lu ses travaux et de se rappeler sa vie, pour savoir qu'il a cherché, comme tous les vrais médecins, à utiliser pour son art et sa science la plupart des connaissances humaines.

La conclusion de ce qui précède est que M. Malgaigne est beaucoup plus organicien qu'il ne le croit, et qu'il s'éloigne moins des doctrines sur lesquelles sont d'accord, avec quelques modifications d'une importance secondaire, MM. Rostan, Bouillaud, Trousseau, Andral, Natalis Guillot, Piorry, etc., et en un mot qu'il est bien de l'école de Paris.

Une autre conclusion est encore celle-ci, qu'il y a dans la querelle des vitalistes et des organiciens plutôt des discussions sur les mots que sur le fond des choses. Quand, pour guérir une maladie chronique de la peau, M. Gibert fera du vitalisme ; quand M. Gimelle n'enlèvera pas un corps étranger qui entretiendra le mal; quand M. Malgaigne ne cherchera pas les meilleurs appareils pour traiter une fracture, je croirai à leur foi vitaliste; mais, jusque-là, je crois que, comme tout le monde, ils sont à la fois organiciens et vitalistes. Cette discussion aura, j'espère, l'immense avantage de nous débarrasser, au moins pour un temps, de ces phrases banales et sonores où, faute d'études sévères, on ne cesse de faire retentir les mots vitalisme et force vitale.

Aucun orateur n'ayant demandé la parole, M. le président déclare la discussion close.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DU VENDREDI 17 AOUT 1860.

Communication de M. *Duparcque*.

M. *Delasiauve*, rapport sur l'ouvrage de M. Briquet, *De l'hystérie*.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

De la prostatorrhée, communication à la Société médicale de Pensylvanie, par M. S.-D. Gross, professeur de chirurgie au collége médical de Jefferson (Philadelphie).

La prostatorrhée n'a pas reçu jusqu'ici de la part des chirurgiens autant d'attention qu'en raison de sa fréquence et de sa gravité elle mérite d'en attirer ; pendant longtemps les chirurgiens en ont méconnu la nature, la confondant, soit avec la spermatorrhée, soit avec la blennorrhée, ou encore avec le catarrhe chronique de la vessie. La description qu'en a tracée M. Gross est assez complète pour nous engager à en donner un résumé succinct.

Cette affection est rare chez les sujets dont la prostate, petite et peu développée, n'est pas encore entrée dans la période d'activité des fonctions sexuelles. Elle se manifeste principalement à partir de l'âge de vingt ans, et on l'observe encore parfois chez des sujets très vieux. Elle est surtout fréquente chez les sujets d'un tempérament nervoso-sanguin qui ont les appétits sexuels très prononcés, et en général chez ceux qui font des excès vénériens. L'abus des alcooliques, un régime excitant, l'équitation prolongée, y prédisposent puissamment. Les causes déterminantes qui produisent directement la prostatorrhée ne sont pas toujours très manifestes. A part l'abus des plaisirs de l'amour, on peut citer la cystite chronique du col, les rétrécissements et diverses autres affections de l'urèthre, et diverses affections du rectum (hémorrhoïdes, prolapsus, fissures, fistules, présence d'oxygène ou d'un corps étranger). Chez un sujet affecté de prostatorrhée, on devra, par conséquent, toujours explorer très attentivement toute la région ano-rectale. Quelques médicaments (purgatifs drastiques, cantharides, térébenthine) produisent parfois une prostatorrhée passagère. Mais de toutes les causes, l'une des plus fréquentes, c'est la masturbation. Les prostatorrhées les plus rebelles qu'ait rencontrées M. Gross n'avaient d'autre origine que cette détestable habitude.

Les symptômes de la prostatorrhée sont assez caractéristiques. Le plus essentiel, c'est l'écoulement d'un liquide muqueux, le plus souvent limpide et transparent, plus ou moins filant, écoulement dont l'abondance est assez variable : de quelques gouttes seulement à plusieurs grammes dans les vingt-quatre heures. Lorsque ce liquide s'écoule en grande quantité, le méat urinaire est dans un état incessant de moiteur, et le linge du malade est humecté et taché, à peu près comme dans la blennorrhée, quoiqu'à un moindre degré. L'écoulement se fait surtout abondamment pendant les efforts de défécation, et notamment lorsque le malade est habituellement constipé et lorsque le rectum est distendu par une grande quantité de matières fécales durcies. Il s'accompagne souvent d'une sensation particulière de chatouillement que le malade rapporte à la prostate, et qui s'irradie de là à toute la longueur de l'urèthre, et même au gland. Assez souvent cette sensation, loin d'être désagréable, est assez semblable à la sensation voluptueuse qui accompagne les premiers instants du coït. Chez un certain nombre de malades, il semble qu'une goutte de liquide tombe de temps en temps de la prostate dans l'urèthre. Une sensation de pesanteur ou de fatigue dans la région rectale, vers l'anus ou au périnée, des besoins fréquents d'uriner, une sensation pénible au moment de la miction, des érections morbides, des rêves lascifs, tels sont quelques-uns des accidents que l'on observe encore souvent chez des sujets affectés de prostatorrhée.

Mais c'est surtout par son retentissement sur les fonctions psychiques que cette affection est remarquable. Presque toujours l'écoulement, si insignifiant qu'il soit, préoccupe beaucoup les malades ; il en est bon nombre qui, se croyant affectés de pertes séminales, sont tourmentés par la crainte d'une impuissance prochaine et se persuadent que leur écoulement doit les plonger inévitablement dans un état de prostration considérable. Ces préoccupations les hantent souvent jour et nuit et finissent par constituer une véritable idée fixe. Comme les hypochondriaques, ils sont sans cesse occupés à surveiller leur maladie et à en chercher les remèdes ; impatients de guérir, presque tous s'adressent successivement ou simultanément à un grand nombre de médecins ; leur confiance s'épuise rapidement, et il est rare qu'on puisse les soumettre à un traitement suffisamment suivi pour obtenir des résultats durables. Dans les formes les plus graves, une dyspepsie rebelle s'ajoute à une mélancolie profonde qui empêche le malade de se livrer à ses occupations.

M. Gross n'a pas eu l'occasion d'étudier sur le cadavre des altérations anatomiques de la prostate qui peuvent appartenir à la prostatorrhée. Il est néanmoins très probable que, dans un certain nombre de cas, cette glande est le siége d'un travail inflammatoire ; il n'est pas rare, en effet, de la trouver, sur le vivant, plus ou moins tuméfiée et indurée. D'une autre part, il est souvent impossible de constater aucun signe qui dénote une lésion matérielle de la prostate ; il est probable qu'il s'agit alors d'une simple hypersécrétion due le plus souvent à une irritation réflexe, sympathique ou de voisinage.

On a pu voir par ce qui précède que la prostatorrhée revêt souvent une assez grande gravité par son retentissement dans toute l'économie. Il est par conséquent prudent d'apporter toujours une grande réserve dans le pronostic. Les cas simples, récents, guérissent à la vérité assez facilement, mais il est peu d'affections aussi rebelles que la prostatorrhée dans les cas où elle a altéré l'état mental des malades, surtout lorsqu'ils sont d'un tempérament nerveux et irritable.

On pourrait confondre (et ces erreurs se commettent très fréquemment) la prostatorrhée avec les diverses formes d'uréthrite, la spermatorrhée et la cystite chronique. Pour l'uréthrite aiguë, la distinction est facile à établir ; en effet, la prostatorrhée survient lentement, insensiblement, en l'absence de tout coït impur ; le liquide de l'écoulement est transparent, filant, blanchâtre ou grisâtre, mais jamais opaque, purulent ou jaunâtre ; la miction s'accompagne rarement d'une sensation de chaleur ou de brûlure ; bref, tous les symptômes inflammatoires du côté de l'urèthre font complétement défaut. La blennorrhée présente plus d'analogie avec la prostatorrhée que l'uréthrite aiguë ; toutefois, le diagnostic différentiel est rarement très embarrassant si l'on tient compte des antécédents et des caractères de l'écoulement, qui est presque toujours plus ou moins puriforme et plus abondant dans la blennorrhée que dans la prostatorrhée.

Quant à la spermatorrhée, elle est toujours facile à reconnaître par un simple examen microscopique. C'est, du reste, d'après M. Gross, une des affections les plus rares de tout le cadre nosologique, et la plupart des malades qu'on en croit atteints sont précisément affectés de prostatorrhée. La cystite chronique, enfin, diffère tellement de la prostatorrhée par la plupart de ses symptomes qu'il suffit d'un peu d'attention pour l'en distinguer aisément.

Dans le traitement de la prostatorrhée, il faut avant tout s'attacher à reconnaître et à combattre les causes qui lui ont donné naissance et qui l'entretiennent. Ces causes ont été énumérées plus haut ; il suffit d'y renvoyer. Cette indication étant remplie, on devra le plus souvent instituer à la fois un traitement général et un traitement local.

Chez beaucoup de malades, la débilité générale, l'état languissant des fonctions digestives réclament un régime tonique et reconstituant, l'emploi des ferrugineux et des préparations de quinquina, un exercice modéré à l'air libre. M. Gross recommande spécialement dans ces cas un mélange de 20 gouttes de teinture de perchlorure de fer avec 10 gouttes de teinture de noix vomique quatre fois par jour. Dans des conditions opposées, chez les sujets pléthoriques, il emploie de préférence de petites doses de tartre stibié administrées de manière à éviter les nausées et les vomissements. Dans tous les cas, il faut entretenir la liberté du ventre, en évitant bien entendu les purgatifs drastiques et proscrire les mets fortement épicés, à moins que le malade ne soit dans un grand état de débilité.

L'exercice modéré des fonctions sexuelles doit être recommandé : on prescrira, en outre, des injections uréthrales avec des solutions

faibles de nitrate d'argent ou de laudanum ; l'injection que M. Gross emploie de préférence est composée de 4 à 8 grammes d'extrait de Goulard et de laudanum pour 300 grammes d'eau ; ce mélange doit être injecté avec force et à l'aide d'une seringue volumineuse trois fois par jour, et il faut retenir le liquide injecté dans l'urèthre pendant trois ou quatre minutes. Dans les cas rebelles, il faut recourir à la cautérisation de la portion prostatique de l'urèthre, ou même de toute la longueur du canal ; on fait ces cautérisations une fois par semaine. M. Gross recommande, en outre, les bains de siége froids administrés deux fois dans les vingt-quatre heures et les applications de sangsues au périnée et autour de l'anus dans les cas où les autres moyens ne procurent pas d'amélioration.

Il est indispensable d'apporter à ce traitement beaucoup de patience et de persévérance ; mais, même en se plaçant dans les meilleures conditions, il est rare que l'on triomphe, à l'aide des moyens qui viennent d'être énumérés, de la prostatorrhée invétérée lorsqu'elle s'accompagne des désordres psychiques indiqués plus haut. Dans ces cas, il ne reste d'autre ressource que les voyages qui arrachent forcément le malade à la sphère habituelle de ses préoccupations. On devra enfin conseiller le mariage lorsque le malade est célibataire. (*The North-American Medico-Chirurgical Review*, juillet 1860)

Gastrotomie faite pour extraire un corps étranger de l'estomac, par M. le docteur Bell.

L'auteur fut appelé, le 25 décembre 1859, chez un homme qui venait, disait-on, d'avaler une barre de plomb en faisant des tours de jonglerie. Comme cet homme n'éprouvait aucun accident, M. Bell crut à une mystification, et ne s'en occupa pas. Le 1er janvier, nouvel examen, qui donna encore un résultat négatif. Le lendemain survinrent des vomissements, de la gastralgie, de la prostration. Le 3 janvier, comme ces symptômes persistaient, on se décida à pratiquer une opération.

Le patient ayant été chloroformé, la paroi de l'abdomen fut coupée depuis l'extrémité antérieure de la deuxième fausse-côte gauche jusqu'à l'ombilic. L'opérateur introduisit alors la main dans la cavité péritonéale, et saisit l'estomac, dans lequel il reconnut aussitôt la présence de la barre de plomb. Celle-ci se dirigeait de gauche à droite et de haut en bas, du cardia vers le pylore. Son extrémité supérieure étant inaccessible, l'opérateur la saisit à son milieu, entre le pouce et le médius, et en fit saillir cette extrémité supérieure contre la paroi stomacale ; puis, à l'aide d'un scalpel, il coupa les tuniques de l'estomac à ce niveau, dans une direction parallèle à celle des fibres musculaires, et en ne donnant à l'incision que l'étendue strictement nécessaire pour laisser passer le corps étranger. Celui-ci fut extrait à l'aide d'une pince ; puis on remit l'estomac en place, on réunit la plaie extérieure par des points de suture et des bandelettes agglutinatives, et on appliqua un pansement simple. L'opération avait duré environ vingt minutes. Dès que le malade se fut réveillé du sommeil chloroformique, on lui administra un centigramme de sulfate de morphine. Le traitement consécutif consista surtout dans l'emploi de la morphine, de deux saignées et de quelques lavements. Le 8 janvier, la plaie extérieure était presque complétement cicatrisée. Le 17, le malade se promenait. Cinq mois après l'opération, il jouissait encore d'une santé excellente. La barre de plomb avait 10 pouces 3/4 (près de 30 centimètres) de long, et pesait 9 onces 1/2 *avoir du poids* (environ 270 grammes). — (*Boston Journal* et *Dublin medical Press*, 1860, p. 1, n° 15.)

Sur l'emploi de la teinture d'iode pour prévenir les cicatrices à la suite de la variole, par M. le professeur Hebra (de Vienne).

Depuis quelques années, la variole se montre malheureusement avec une fréquence et une intensité auxquelles les médecins de notre époque n'étaient plus habitués. Il n'est donc pas inutile de revenir souvent sur les moyens propres à empêcher la formation des cicatrices consécutives à cette maladie. C'est ce qui nous engage à donner ici un extrait du rapport fait par M. le docteur Müllner sur la clinique des maladies de la peau du professeur Hebra, qui a fait de nombreuses expériences, sinon pour prévenir, au moins pour atténuer d'une manière notable les cicatrices de la face après la variole. Il a, en effet, trouvé dans la teinture d'iode (24 grains d'iode pour 1 once d'alcool) un moyen qui remplit parfaitement ce but. Sous son influence, la coagulation du pus a lieu plus vite, et les croûtes se détachent plus promptement, circonstances qui seules rendent possible la formation consécutive de cicatrices peu profondes et non difformes.

Le mode d'emploi est le suivant : deux fois par jour, on badigeonne la face avec de la teinture d'iode à l'aide d'un pinceau de charpie, et l'on s'abstient de couvrir de quoi que ce soit les parties badigeonnées. On continue cette opération pendant quatre à six jours, jusqu'à ce qu'il se soit formé une croûte brune uniforme qui commence à se détacher par ses bords. Ce badigeonnage n'occasionne qu'une légère sensation de brûlure. Si cependant il déterminait des douleurs plus vives, il suffirait de recourir pendant une heure à des fomentations froides pour les faire disparaître.

Un point essentiel, nous semble-t-il, et sur lequel l'article que nous résumons ne dit rien, c'est que le badigeonnage à la teinture d'iode ne peut être efficace que s'il est employé aussitôt qu'on voit les pustules se développer. (*Spitals-Zeitung*, et *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, juillet 1860.)

Du tannin comme contre-poison de la strychnine, par M. le professeur Kurzak.

Le travail de M. Kurzak repose à la fois sur des études chimiques et sur une série assez nombreuse d'expériences faites sur des animaux. Il résulte des premières que le précipité qui se produit lorsqu'on mélange une dissolution de nitrate de strychnine et de tannin est insoluble dans l'eau, dans l'acide chlorhydrique et dans une dissolution de carbonate de soude ; qu'il se dissout facilement dans l'alcool et dans des dissolutions un peu concentrées des acides acétique, tartrique et citrique. Quant aux expériences faites par M. Kurzak, soit sur des chiens, soit sur des lapins, elles ont donné, en résumé, les résultats suivants :

Le tannin, lorsqu'il est administré à temps, est un excellent contre-poison *chimique* de la strychnine. Il est démontré par des expériences directes que le tannate de strychnine ne se redissout pas dans les liquides digestifs. On pourra, par conséquent, compter sur l'action neutralisante du tannin, alors même qu'on ne réussira pas à évacuer le tannate de strychnine par des vomitifs.

Pour prévenir tout effet toxique, il faut que la dose de tannin soit de 20 à 25 parties pour une de strychnine. Il sera toutefois prudent, dans un cas d'empoisonnement, d'employer une quantité plus considérable de tannin, parce que diverses substances contenues dans l'estomac (la gélatine, par exemple) en précipitent une partie.

Ce cinquième procédé s'applique spécialement au nitrate de strychnine, avec lequel M. Kurzak a fait ses expériences, et qui est le sel de strychnine le plus soluble. *A fortiori* pourra-t-on compter sur l'action neutralisante du tannin lorsqu'il s'agira d'un empoisonnement par la strychnine pure, qui est très peu soluble, ou par la noix vomique, qui ne peut se dissoudre qu'avec une lenteur extrême.

Le tannin, comme antidote de la strychnine, est un agent d'autant plus précieux qu'il est toujours possible de se procurer sans délai des noix de galle, qui en contiennent une forte proportion. On les pulvérise rapidement, et on administre aussitôt la poudre réduite en pâte avec de l'eau ; ce mélange a en outre l'avantage de procurer facilement des vomissements. En même temps on préparera une infusion de noix de galle, que l'on fera ensuite avaler au malade. On se rappellera que les galles d'Alep renferment en moyenne 50 pour 100 de tannin, et celles d'Illyrie 20 pour 100 ; il est dès lors facile de calculer ce qu'il en faut administrer pour neutraliser un poids donné de strychnine ; on fera toujours bien de forcer notablement la dose, surtout en raison des vomissements, qui sont à peu près inévitables.

A défaut de noix de galle, on peut employer une infusion de

thé vert; mais ce moyen ne peut être utile que dans les cas où la dose de strychnine ingérée est tout à fait minime; il faut, en effet, par décigramme de nitrate de strychnine, une infusion de 30 grammes de thé. L'écorce de chêne, qui contient 8,5 pour 100 de tannin, serait d'un emploi plus avantageux, de même que les glands (9 pour 100 de tannin), l'écorce de maronnier sauvage (8 pour 100) ou de saule (5 1/2 pour 100), la racine de tormentille (17 pour 100) ou de bistorte, ou encore le brou de noix.

En raison des réactions du tannate de strychnine, indiquées plus haut, il importe d'éviter l'emploi des acides végétaux et des alcooliques. Les expériences de M. Kurzak confirment, en outre, ce fait généralement reconnu que dans le cas où la strychnine a été absorbée en quantité insuffisante pour que des contractions tétaniques se produisent spontanément, ces convulsions peuvent éclater à l'occasion du moindre mouvement volontaire et de toute excitation des nerfs de sensibilité, influences accessoires qu'il faut, par conséquent, éviter avec le plus grand soin. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860, n° 11.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies de la peau, par M. Félix Rochard, ex-chirurgien de la marine militaire, médecin adjoint de la prison des Madelonnettes. In-8°, Paris, 1860; chez Ad. Delahaye.

Pour bien juger de la nature d'un livre, il est bon de connaître dans quelles conditions, sous l'empire de quels mobiles il a pu prendre naissance. Nous aurons déjà une idée de celui que nous analysons en remontant aux phases parcourues par l'auteur. Chacun sait la part faite à l'iode et au mercure dans le traitement des maladies cutanées. Le chlore aussi, soit avec ces corps ou d'autres composés, entre dans des combinaisons destinées au même but.

Or, en 1838, M. Boutigny (d'Évreux), dont l'habileté chimique est si connue, découvre une substance formée des trois éléments que nous venons de rappeler : c'est l'*iodure de chlorure mercureux*. Tout d'abord il ne songe pas aux applications curatives dont elle serait susceptible, il ne voit qu'une nouvelle richesse ajoutée au trésor de la science; mais plus tard, réfléchissant à la vertu spéciale de chacun des composants, il pressent que l'agent dont il s'agit, énergique d'ailleurs, doit être pourvu de propriétés thérapeutiques, et convenir notamment dans les affections de la peau.

Sur ces entrefaites, ayant eu l'occasion de rencontrer M. Rochard, ce dernier, s'associant aux présomptions du chimiste, se propose d'expérimenter le médicament. Sa position de médecin adjoint à la prison des Madelonnettes lui ouvre, à cet égard, un terrain favorable. Dès lors, après s'être, au préalable, fixé et sur l'action physiologique de l'iodure de chlorure mercureux, et sur le meilleur mode de son administration, il commence, en 1842, ses essais par quelques cas choisis de préférence parmi les plus graves et les plus opiniâtres : acnés invétérées, eczémas chroniques, etc.

Un succès notable ayant couronné ces tentatives, M. Rochard n'a cessé depuis de les continuer et de les étendre, en perfectionnant de plus en plus les procédés d'application. Plusieurs communications aux Académies, différents articles dans les organes périodiques, ont porté à la connaissance du public médical et le nom du remède, et les résultats obtenus par notre confrère. L'opinion s'en est émue. Dans les hôpitaux, soit ordinaires, soit spéciaux, des chefs de service n'ont point hésité à employer l'iodure de chlorure mercureux, dont l'efficacité ne s'est point démentie.

M. Rochard, nous l'avons dit, s'est particulièrement attaché aux cas rebelles. Ce sont, en général, tous ceux compris sous le nom de dartres, genres reliés entre eux, dans leurs nuances infinies, par d'étroites affinités, quoique appartenant à des catégories réputées diverses, à celles des pustules, des vésicules, des squames et des tubercules. Les autres dermatoses se sont moins fréquemment offertes à son observation, par cette raison simple que, pour la plupart passagères et aisément curables, elles ne réclament qu'accidentellement une médication extraordinaire.

Dans le cours de ses recherches, notre confrère a eu quelques luttes à soutenir avec les partisans des méthodes ou opposées ou similaires. Cette contradiction a eu un bon résultat; elle lui a fait sentir la nécessité de se rendre un compte plus exact encore de l'influence réelle, de la valeur définitive de l'iodure de chlorure mercureux. Envisageant attentivement chaque phénomène, suivant pas à pas les moindres transformations, il est arrivé à se créer une théorie tout à fait nouvelle.

Et cette constatation sévère de l'état physiologico-pathologique ne lui a pas paru suffire. Pénétré de cette idée que la notion des organes et de leurs fonctions normales est nécessaire à l'intelligence des déviations morbides, il s'est livré à l'étude du tissu cutané, de sa structure et du rôle que la peau joue dans l'économie. De là des révélations curieuses et des déductions également originales qui n'ont pas peu contribué à affermir et à éclairer ses vues. S'élevant par suite au-dessus de l'horizon exclusivement pratique, c'est à ce moment que lui est venue la pensée, ou si l'on veut l'ambition, de déposer dans un traité le fruit d'une investigation consciencieuse.

Ces réflexions contiennent, pour ainsi dire, en substance le livre de M. Rochard, dont le titre peut-être indique plus qu'il n'embrasse. Ce n'est point un ouvrage complet de dermatologie qu'il a voulu faire; plusieurs volumes auraient à peine suffi à un aussi vaste ensemble. Il a entendu seulement développer ses principes sur la genèse et les causes aggravantes des affections cutanées, et signaler surtout les caractères essentiels des formes les plus désastreuses, de celles qui sont le fléau des malades, en un mot des dartres.

Le plan était dessiné d'avance. M. Rochard entre immédiatement en matière par l'examen analytique de la peau, anatomie et physiologie. Dans un article complémentaire, il démontre l'unité de formation de ce tégument. Ce premier pas accompli, il jette un coup d'œil rétrospectif sur le mouvement des connaissances relativement à la pathologie cutanée, ce qui naturellement l'amène à l'exposition de sa doctrine. Un paragraphe sur le parasitisme clôt cette sorte de prolégomènes ou considérations générales.

Abordant ensuite l'histoire directe des espèces dartreuses, il trace le parallèle des classifications, et s'étend sur les symptômes, la marche, le pronostic, les traitements, et notamment sur sa propre méthode. Suivent alors les descriptions particulières dans l'ordre ci-après : *eczéma*, *psoriasis*, *pityriasis*, *lichen*, *prurigo*, *impétigo*, *sycosis*, *acné*. Une série de vingt-quatre observations très détaillées et relatives à chacun de ces groupes viennent, en terminant le volume, appuyer les données qu'il renferme, et mettre en relief l'action remarquable de l'iodure de chlorure mercureux. Le dernier de ces exemples comporte un degré spécial d'intérêt en ce qu'ayant été suivi dans les salles de M. Nélaton, il a été, de la part de l'éminent professeur, l'objet d'une leçon lumineuse que M. Rochard n'a pas manqué de recueillir.

Il serait difficile de préciser, dans une brève esquisse, les nombreuses remarques de M. Rochard sur la peau. Par unité de sa formation, notre confrère comprend que les couches dermique, muqueuse et épidermique, et, d'autre côté, les plexus sanguins, nerveux et lymphatiques constituent un système lié dans toutes ses parties. A la surface plane du derme, dans les glandes sébacées, les follicules pileux, les ongles, on retrouverait, diversifiés suivant les fonctions et avec une génération commune, les mêmes éléments constitutifs. De ce fait, M. Rochard infère une conséquence à ses yeux très importante. C'est que les aspects dissemblables des variétés dermiques ne répondent pas nécessairement à une diversité radicale de nature, et que parfois elles peuvent, quoique dérivant d'une source identique, ne différer au fond que par le siége anatomique. L'extension de l'une à l'autre, leur mélange réciproque seraient ainsi chose naturelle. L'expérience même prouverait qu'une telle complication est plus fréquente qu'on ne pense; elle serait un signe d'analogie. Cette circonstance motiverait, du reste, l'efficacité d'une médication commune dans des cas contras-

tants en apparence. Sans étendre cette vue à la totalité des maladies herpétiques, M. Rochard la croit applicable au groupe des dartres.

On s'était déshabitué de la nomenclature de Lorry et d'Alibert. Les idées de M. Rochard tendent manifestement à la faire revivre. Les dartres composeraient, en réalité, une seule et même famille. Remontant à leur mode de production, il montre comme phénomène initial d'une cause inconnue la *congestion*, amenant, selon qu'elle se borne aux capillaires sanguins ou qu'elle envahit les glandes sébacées, les follicules pileux, etc., ici l'eczéma, là le psoriasis, la couperose, le sycosis, etc. La discussion du siége anatomique de la dernière affection fournit, à cet égard, une démonstration aussi satisfaisante qu'ingénieuse.

Il y a d'ailleurs des raisons tirées des symptômes et de la marche. Les espèces dartreuses ont un ensemble de caractères qui leur appartient en propre. L'auteur leur en assigne huit : 1° saillie à la peau; 2° reptation; 3° chronicité; 4° apparition sur plusieurs points symétriques; 5° démangeaison plus ou moins pénible; 6° ulcérations superficielles; 7° guérison sans cicatrices; 8° récidivité facile. Ici point de pus, de destruction sous-jacente, de lésions profondes. Tout se réunit donc en faveur d'un principe unitaire, dont les manifestations variées dépendent, comme nous l'avons vu, du tissu affecté, et aussi des idiosyncrasies individuelles qui parfois décident de la tendance élective.

Au delà de la congestion, il doit y avoir quelque chose. M. Rochard s'est peu occupé de ce point qu'il relègue parmi les x plus susceptibles de stimuler la curiosité que de conduire à des résultats réellement pratiques. La découverte des parasites microscopiques a suscité de grands doutes parmi les dermatologues. Sont-ils causes ou produits? La gale a son acarus, la teigne son champignon; on a signalé une végétation semblable dans les pustules de la mentagre. Les autres dermatoses n'auraient-elles pas aussi leurs éléments parasitaires? M. Bazin incline à généraliser ce genre d'influences. D'accord, au contraire avec MM. Cazenave, Chausit, Devergie, etc., M. Rochard donne la prépondérance à l'état pathologique. Chez la plupart des sujets, le parasitisme serait nul ou seulement l'expression d'un état morbide qu'il conviendrait par-dessus tout de modifier. C'est ce qu'on verrait notoirement dans le sycosis où, indépendamment de sa fréquente absence, le cryptogame, nageant dans le corps muqueux, semble un résultat avéré de la sécrétion dermique.

Le traitement fournit les pages les plus importantes. Celui par l'iodure de chlorure mercureux n'est point exclusif des autres méthodes. M. Rochard utilise même quelques-unes de ces dernières dans les cas qui ne réclament pas une action très énergique. Il accorde surtout une confiance réelle aux arsénifères, mais on conçoit que l'intérêt se concentre ici sur le nouvel antipsorique.

On l'administre directement en onctions sur les surfaces malades. Cette opération par périodes de trois à quatre jours se répète à des intervalles que limite la réaction suscitée par le remède. L'onction se fait rapidement, et la couche de pommade, toujours légère, doit néanmoins varier d'épaisseur en raison de l'animation et de l'induration des parties. Quelques doses du médicament à l'intérieur, sans être indispensables, secondent utilement la modification locale.

Ce travail topique a quelque chose de *sui generis*. Lorsque la guérison s'effectue, on ne voit point, comme avec la majorité des autres préparations externes, céder et graduellement disparaître l'irritation chronique, les engorgements, les sécrétions et les croûtes. La série des phénomènes est très différente. Après la friction, les tissus s'animent et se gonflent, un mouvement fébrile se déclare, et peu après l'endroit malade est le siége d'une hypersécrétion que ne tardent pas à suivre le dessèchement et la chute des matières exsudées pour laisser à nu une surface moins rouge et moins indurée. Chaque application provoque invariablement, à des degrés divers, le retour des mêmes symptômes; mais à mesure qu'au bout d'un temps variable, un changement heureux se produit, le derme se détend, l'écoulement se tarit, la *poussée* est nulle et la teinte cutanée redevient naturelle.

Alibert avait imaginé ce nom de *poussée* pour exprimer le mouvement éruptif que déterminent les eaux de Louesch. M. Rochard s'est plus justement peut-être emparé de ce terme expressif pour désigner cette sorte d'attraction au dehors ou d'expulsion des produits exerétés, effet de l'iodure du chlorure mercureux. Aussi a-t-il caractérisé sa méthode par le nom de *locale expulsive* ou méthode *épispasique* (ἐπι, sur, σπασις, action d'attirer).

Il était curieux d'établir la nature des matières éliminées. C'est ici que les observations de M. Rochard acquièrent une grande importance. Sauf l'abondance et l'altération, ces produits sont identiques avec ceux que fournit normalement chacun des éléments anatomiques du derme. Ainsi, dans l'acné, par exemple, on retrouve la matière graisseuse des glandes sébacées. L'eczéma doit son afflux séreux à la suractivité du plexus sanguin sus-papillaire. L'impétigo, dont l'auteur place le siége dans les vaisseaux lymphatiques, se fait remarquer par ses croûtes jaunâtres provenant de la lymphe desséchée. Le parasitisme, les pustules, les tubercules, l'alopécie, etc., indiquent dans le sycosis les modifications pathologiques éprouvées par les excrétions des follicules pileux, et de même pour les autres espèces dermiques.

M. Rochard a donné une attention profonde à cette étude curieuse et difficile. En notant avec soin les transformations des évolutions successives, il a pu non-seulement saisir les caractères propres de chaque variété cutanée, mais en apprécier les différences ou les complications aux phases diverses de la maladie, selon ses degrés, ses exacerbations, sa décroissance ou sa disparition définitive. Grâce à cette patiente élaboration, chaque cas simple ou complexe est, pour ainsi dire, dans sa main; il lui est permis d'en marquer les péripéties, et de prévoir à des signes certains les chances d'une issue plus ou moins prochaine. On juge aisément quelle lumière doit jaillir d'un tel diagnostic pour l'appréciation et la thérapeutique des maladies cutanées.

L'épilation jouit d'une vogue absolue à Saint-Louis. Pour M. Rochard, elle n'aurait, quoique vantée dans le sycosis, qu'une efficacité contestable. L'iodure de chlorure mercureux procure, d'ailleurs, la chute des poils d'une façon douce et moins compromettante.

Maintenant comment agit ce médicament? Quelle est la signification de la *poussée?* L'opération est locale, sans doute, mais de toute autre nature que celle des autres médications externes. Il y a là une sorte de travail fonctionnel. C'est par le jeu actif des parties, et non par la seule modification de leur vitalité, que la détersion s'effectue. Ce mode ne sera pas confondu non plus avec les actions générales qui s'exercent du dedans à la périphérie, comme pour les onctions mercurielles, certaines eaux thermales, les sudorifiques, etc. Aurait-on affaire à une dérivation, à une révulsion? Non, car tout se passe ici sur l'emplacement même. Un rapprochement est plus naturel avec la méthode substitutive. La similitude, toutefois, est loin d'être complète; la simple transition d'un état chronique à un état plus aigu, ou son remplacement par quelque autre forme irritative, n'offre qu'une faible image de cette forte aspiration éliminatoire, qui se résume dans le mot *poussée*. La méthode *épispasique* représente donc véritablement une série de phénomènes jusqu'ici inappréciés, un ordre tout nouveau d'influences curatives, qui mérite de figurer à côté des autres ordres dont se compose actuellement la thérapeutique.

Pour ce qui concerne la puissance effective de la médication, malgré les réserves que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a cru devoir faire elle-même dans les premiers temps de l'expérimentation, et que son insuffisance pratique ne lui permettrait aujourd'hui ni de retirer ni de maintenir en connaissance de cause, nous devons déclarer que nous avons été vivement frappé de la plupart des observations de guérison rapportées par M. Rochard. Nous n'aurions que le choix des exemples. Bornons-nous à mentionner le fait de M. Nélaton, recueilli par M. Aug. Voisin; il est très significatif. Une dame de trente ans, lymphatique, présentait depuis l'âge de sept ans une acné intense qui n'avait cessé de s'étendre malgré les traitements les mieux suivis, ferrugineux, purgatifs, bains, applications locales. Le visage était littéralement hideux. Après environ quinze séries d'onctions, tant à l'hôpital, du 8 avril

au 13 juillet, que dans les mois suivants, au dehors, les dernières traces de la maladie avaient disparu.

En considérant les qualités exceptionnelles qui distinguent le livre de M. Rochard, l'horizon inattendu qu'il ouvre à la science et à la pratique, son mérite de composition et de style, on peut sans crainte lui prédire un succès assuré. Cet exemple, du reste, prouve une fois de plus combien la concentration de l'esprit sur un seul sujet peut communiquer de force. L'encyclopédisme aura beau prétendre, les détracteurs des spécialités auront beau s'agiter, ils n'aboliront jamais cette loi, qui dans le présent comme par le passé, livre le secret des plus importants progrès à ceux qui circonscrivent leurs efforts dans un cercle étroit et accessible.

Un mot en guise de *post-scriptum*. Le lecteur se demandera peut-être si M. Rochard a borné aux dartres ses applications épispasiques. Il n'en est rien, et nous commettrions une omission regrettable en ne donnant pas, à ce propos, une courte explication. Un lien étroit unit la famille des dartres. De leur examen découle la théorie, claire et précise. M. Rochard a craint d'altérer cette évidence en associant aux variétés précédentes des faits ou dont le caractère est moins nettement décidé, ou qui s'offrent dans un état de complication épineux. Ces faits, néanmoins, existent, et en assez grand nombre. M. Rochard a traité notamment beaucoup de lupus et de teignes. Franchissant même le cadre des affections cutanées, il a opposé le plus heureusement du monde à la scrofule et aux engorgements strumeux les préparations d'iodure de chlorure mercureux. On remarque, en effet, que ce moyen, outre son action topique, met énergiquement en jeu les fonctions viscérales. Des écrits antérieurs ont déjà consigné toutes ces circonstances; mais en ce moment même M. Rochard prépare les bases d'un second ouvrage, destiné à compléter celui dont l'opinion est actuellement saisie, et qui viendra lui donner une consécration irrévocable.

DELASIAUVE.

VI

VARIÉTÉS.

— Le concours qui vient d'avoir lieu pour trois places de professeurs agrégés près la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Marc Sée et Liégeois, pour l'anatomie et la physiologie, et de M. Lutz, pour la chimie.

— C'est M. le docteur Perrier (de Corbigny) et non *Perrin*, qui a été nommé médecin-inspecteur-adjoint à l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

— *L'Abeille du Nord* et *l'Invalide russe* annoncent qu'une maladie contagieuse, connue sous le nom de *Pestis Siberia* ou *Carbunculus*, s'est manifestée aux environs de Saint-Pétersbourg. Cette maladie attaque principalement les animaux domestiques.

— Trois célébrités espagnoles, MM. Raora, Rios et de Parto, viennent d'être enlevées à la science médicale.

SYPHILIS CONGÉNIALE. — TRANSMISSION. — ACTION JUDICIAIRE. — Un fait de transmission de la syphilis héréditaire de l'enfant à la nourrice vient d'être l'objet d'un jugement rendu par le *tribunal civil de la Seine*. L'enfant des époux D... fut mis en nourrice chez les époux R.. Vers l'âge de trois mois, il fut atteint d'une éruption syphilitique; cinq jours après, la nourrice, mère de famille, jusque-là bien portante, d'une moralité irréprochable, présenta sur le sein des ulcérations et des pustules, dont le caractère vénérien était incontestable. Le mari fut bientôt infecté à son tour, et sa femme qui, jusque-là avait eu trois beaux et vigoureux enfants, avorta d'un fœtus malsain. Malgré les efforts de Mᵉ Quétand, qui invoquait la doctrine de la non-transmissibilité des accidents congénitaux, les époux D... ont été condamnés à payer aux époux R... la somme de 3,000 francs.

Le médecin de ces derniers, mis en cause pour négligence, a été acquitté.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 décembre. Analyse médicale (fin). — Valeur spéciale du quinium; son emploi dans le traitement des fièvres intermittentes, par *Regnauld*. — Du prolapsus utérin et de son traitement par les pessaires, par *Noeggerath*. — 31 décembre. Influence de la faradisation sur la chorée, par *Briquet*. — Sur l'orchite blennorrhagique et son traitement, par *Forget*. — 1860. — 15 janvier. De l'expérimentation en matière de thérapeutique, par *Debout*. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode de M. Bozeman, par *Dubrisay*. — Modification à apporter à la préparation du sirop de quinquina, par *Dannecy*. — 30 janvier. De la méthode antipyrétique et de son emploi dans le traitement des maladies aiguës, par *Vogt*. — Traitement des fistules vésico-vaginales (fin). — 15 février. De l'alimentation comme moyen curatif dans le traitement de la fièvre typhoïde, par *Monneret*. — Remarques sur quelques accidents fébriles et phlegmasiques qui accompagnent les maladies des organes urinaires, par *Civiale*. — 29 février. Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle, par *Duchenne*. — Note sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies du cerveau chez les enfants, par *Coldstream*. — Moyens à employer pour combattre les syncopes graves suites des hémorrhagies, par *Debout*. — 15 mars. Observations d'éclampsie puerpérale traitée avec succès par les injections sous-cutanées de morphine, par *Scanzoni*. — Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle, par *Duchenne*. — Bandage articulé; moyen de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures, par *Morel-Lavallée*. — Catarrhe vésical; injections au tannin, par *Alquié*. — Désinfection de l'huile de foie de morue, par *Grimault*. — Préparation du sirop de quinquina, par *Chapoteaut*. — Piqûres de sangsues et collodion, par *Martin*. — 30 mars. Note sur les effets remarquables de l'emploi du chloroforme *intus et extra* dans le traitement de la contracture spasmodique des extrémités, par *Aran*. — Spasme fonctionnel, etc. (fin). — Remarques pratiques sur la méthode endorganique, par *Alquié*. — Sur les médications composées et sur une nouvelle préparation, l'huile de morue iodée-ferrée, par *Devergie*. — 15 avril. Des applications que l'on peut faire du perchlorure de fer à la thérapeutique des maladies de la peau, par *Devergie*. — Remarques pratiques sur la méthode endorganique, par *Alquié*. — Note sur les bons effets de la digitaline et de la quinine comme traitement de la quinine, par *Serre*. — 30 avril. Des caractères physiques et organoleptiques des médicaments dans leur rapport avec l'action thérapeutique, par *Delioux de Savignac*. — De l'emploi du chloroforme en inhalations comme moyen de prévenir l'ankylose des genoux dans un cas de contracture hystérique, par *Fonssagrives*. — 15 mai. Note sur les moyens propres à prévenir la formation de cicatrices difformes sur la face dans la variole confluente, par *Stokes*. — Sur le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de cinchonine, par *Michel Lévy*. — Des amputations secondaires à la suite des coups de feu, par *Roux*. — Traitement de la première période de la phthisie pulmonaire par le saccharolé d'écailles d'huître, par *Despiney*. — Instillations d'éther dans les surdités liées à un état rhumatismal, par *Delioux*. — 30 mai. De l'emploi du sulfate de quinine et de la vératrine dans le traitement de la fièvre typhoïde, par *Vogt*. — De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica, par *Devergie*. — Nouveaux procédés opératoires, par *Alquié*.

LE CORRESPONDANT MÉDICAL UNIVERSEL. — 1860. — 1ᵉʳ janvier. Extirpation complète de la langue, par *Fiddes*. — De l'asthme; histoire clinique et traitement, par *Hyde Salter*. — 15 avril. Du traitement des maladies chroniques et organiques du cœur, par *Lebert*. — Considérations sur la nature de la fièvre jaune, par *Valdès y Martinez*. — De l'hydropisie et de l'urine albumineuse, par *Frick*. — 15 mai. Tumeur hydatique dans l'abdomen; diminution lente dans le cours de trois années, par *Richardson*.

Livres.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU TISSU ÉLASTIQUE, thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Marc Sée. Paris, Victor Masson. 2 fr.

DE LA VIE ET DE SON INTERPRÉTATION DANS LES DIFFÉRENTS AGES DE L'HUMANITÉ, par les docteurs *Charles* et *Hector Jantet*. In-8 de v-486 pages. Paris, F. Savy. 5 fr.

DE L'ÉVIDEMENT DES OS, par le docteur *C. Sédillot*. In-8 de 196 pages et 2 planches coloriées. 5 fr.

DE LA FERMENTATION ET DE LA PUTRÉFACTION, par le docteur *Camille Saint-Pierre*. In-8 de 128 pages. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

DES MÉDICAMENTS INCOMPATIBLES AU POINT DE VUE DE L'ART DE FORMULER, par *le même*. In-8 de 31 pages. Paris, F. Savy. 1 fr.

EXERCICES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, par le docteur *Eugène Giraudet*. In-12 de 300 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

MÉMOIRES POUR SERVIR A L'HISTOIRE NATURELLE DU MEXIQUE, DES ANTILLES ET DES ÉTATS-UNIS, par *Henri de Saussure*. 2ᵉ livraison : *Essai d'une faune des myriapodes du Mexique*. In-4 de 135 pages, avec 7 planches, dont une coloriée. 10 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 24 AOUT 1860. — N° 34.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 13 au 27 juillet 1860.

120. BARRINGER, Charles-Wright, né à Brompton (Angleterre). [*Dissertation sur les systèmes nosologiques et sur la nomenclature médicale.*]

121. JACCOUD, Sigismond, né à Genève (Suisse). [*Des conditions pathogéniques de l'albuminurie.*]

122. CHARPENTIER, César, né à Dizy-le-Gros (Aisne). [*Quelques mots sur les moyens de traitements employés contre la pneumonie chez les enfants.*]

123. HAMEL, P., né à Couvin (Belgique). [*Du traitement des anévrysmes externes par la compression digitale.*]

124. BRUGUIER, Aristide, né à Gallargues (Gard). [*Des paralysies essentielles consécutives aux maladies aiguës.*]

125. GAGEY, Charles-J.-P., né à Saint-Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or). [*De l'incontinence nocturne d'urine.*]

126. AUZOUX, Hector, né à Saint-Aubin-d'Ecroville (Eure). [*Considérations anatomiques sur le larynx chez l'homme et chez les mammifères.*]

128. BLEY, Charles-T., né à Strasbourg (Bas-Rhin). [*De la mort du fœtus avant le travail.*]

129. CHAZEL, Léon, né à Lussau (Gard). [*Des gourmes et de leurs rapports avec les teignes et les dartres.*]

130. GUÉPIN, Ange-V., né à Nantes (Loire-Inférieure). [*Des kystes de l'iris.*]

131. LEBLANC, Louis-A., né à Bourganeuf (Creuse). [*De la fièvre bilieuse des pays chauds.*]

132. BOITELLE, Pierre, né à Beaurevoir (Aisne). [*Quelques réflexions sur les fistules vésico-utéro-vaginales et vésico-vaginales.*]

133. BERG, Achille, né à la Réunion. [*Étude sur l'étiologie de l'hépatite observée au Sénégal.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
BOURBON.

FEUILLETON.

Littérature médicale.

M. Moreau (de Tours) : La psychologie morbide. — Vicomte de Lapasse : Essai sur la conservation de la vie. — M. Descuret : La médecine des passions. — Le baron de Feuchtersleben et M. Foissac. — Hygiène de l'âme. — M. Ch. des Étangs : Du suicide politique.

(Suite. — Voir les numéros 21 et 32.)

La discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine et l'appréciation que nous en avons faite dans ce journal abrégent notablement notre tâche à l'endroit de l'ESSAI SUR LA CONSERVATION DE LA VIE. Nous n'avons plus à discuter avec M. le vicomte de Lapasse la question du vitalisme et de l'organicisme; on sait ce que nous en pensons. Nous n'avons plus à expliquer comment nous comprenons les forces inhérentes à l'organisme vivant. Nous attachant au fond pratique de l'ESSAI plus qu'à ses théories, quelque nécessaires d'ailleurs que ces théories soient à l'ensemble de l'œuvre, nous pouvons accepter comme point de départ convenu de la controverse la doctrine de l'auteur concernant les mobiles intrinsèques de la vie. Nous y avons d'autant moins de répugnance que, à tout prendre et en dépit de quelques dures paroles sur l'organicisme, cette doctrine fait une très large part aux forces nées du *mode de combinaison* des particules matérielles (conséquemment, selon nous, aux forces physico-chimiques) et lie par une étroite *connexité* la force électrique à la « force qui fait vivre. » Un exemple seulement : l'auteur rappelle les belles recherches de MM. Coste, Serres et Flourens, sur l'embryogénie et l'ovologie. « Placez, dit-il, une feuille de papier sur un aimant; jetez-y une poignée de limaille de fer; aussitôt les particules de poussière ferrugineuse viendront se grouper dans un ordre invariable au-dessus du barreau aimanté, moitié au pôle positif et moitié au pôle négatif. Les mêmes phénomènes ont été observés dans l'incubation des œufs. Les globules circulent dans le liquide albumineux sans observer aucun ordre déterminé; mais dès que l'œuf a été soumis à l'incubation, ces globules viennent s'arranger le long d'une ligne qui est le germe de la colonne vertébrale, et ils s'y agglomérent dans le même ordre que la limaille le long du barreau aimanté. Mais qu'est-ce que l'in-

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 23 août 1860.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie, publiés par M. Ar. Verneuil, chirurgien des hôpitaux, sous les auspices de M. Fréd. Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir les numéros 24, 27, 28, 29 et 33.)

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'étude des *polypes vésiculaires* et de quelques autres tumeurs de la pituitaire. Nous y trouvons encore des renseignements et des faits qui méritent les honneurs de l'analyse.

« Les polypes vésiculaires sont formés par le décollement et le prolongement de la pituitaire, et causés le plus souvent par des coups ou des chutes. Ils se distinguent des polypes vasculaires par leur mollesse et leur couleur. Un signe caractéristique, c'est que leur surface est parsemée de points noirs ou truités. Les uns ressemblent à une petite vessie remplie de sang; d'autres, recouverts d'une peau lisse et délicate, sont moins flasques et longs comme la caroncule d'un coq d'Inde; ils s'allongent et se ramollissent, ils sont sans douleur, et ne gênent le malade qu'en s'opposant au libre passage de l'air. D'abord petits, ils peuvent prendre de l'accroissement en avant et en arrière, et empêcher la parole et la respiration, exposer même à la suffocation; ils occupent rarement les deux narines à la fois, et n'ont d'ordinaire qu'une racine mince, ce qui rend leur extraction aisée; ils se détachent parfois tous seuls quand le malade se mouche; ils prennent naissance dans la partie supérieure et moyenne du nez, presque jamais de la base du crâne. Quelquefois ils descendent derrière le voile du palais, mais se portent de préférence par devant, à cause de leur attache et de leur pente naturelle; ils s'allongent beaucoup plus que les vasculaires. »

Obs. VIII. — M. Baye, chirurgien de Toulouse, m'en fit voir un dernièrement qui avait 7 pouces de long; il descendait dans l'œsophage, cela excitait souvent un vomissement qui obligeait le polype à sortir et à se replier sur la langue. Dans ce moment il eût été bien facile de le saisir et de l'emporter, mais cela n'a été fait qu'après la mort du malade.

Quelques polypes vésiculaires sont remplis de matière lymphatique et sanguinolente qu'on évacue facilement avec un coup de lancette. Après quoi il ne reste plus que le sac flottant, qu'on détache aisément, et qu'on consume avec quelque léger escarotique.

Obs. IX. — En 1766, on porta chez un chirurgien de la ville un enfant qui avait fait, quinze jours auparavant, une chute considérable sur le nez. Bientôt après il lui vint à la narine gauche un polype de couleur violette qui la remplissait; le chirurgien l'ayant saisi avec une tenette pour l'arracher, le polype fit un bruit, se creva, et rendit environ deux cuillerées de sang. On ne le vit plus, mais simplement à sa place une membrane pendante.

Pareil cas m'est arrivé à Moissac, en 1762. Le fils du carillonneur fit une forte chute sur le nez, quinze jours après il me fut amené par sa mère, qui me dit que depuis l'accident il était survenu dans la narine un morceau de chair qui gênait la respiration. Effectivement, je trouvai cette narine remplie d'un corps rougeâtre et mou qui n'était autre chose qu'une espèce de vessie, puisqu'en fouillant avec une sonde elle creva et rendit environ trois cuillerées de sang. Le polype disparut, il n'en resta qu'une membrane flottante que je coupai avec des ciseaux. L'enfant guérit. Preuve certaine que le polype vésiculaire n'est autre chose que le prolongement de la pituitaire occasionné par le décollement (1).

Comme conséquence de la susdite étiologie, Icart admet que les polypes vésiculaires sont souvent accompagnés de carie, à cause de l'âcreté de l'humeur qui s'amasse entre la pituitaire et les os. Cette assertion suffit pour montrer où conduit une théorie erronée. Puis vient une longue digression destinée à démontrer que les polypes sont d'espèces différentes, que ces espèces ont une marche différente, et exigent par conséquent un traitement différent. Notre auteur répète encore une fois que l'extirpation est à peu près le seul remède pour les polypes vasculaires. Puis il continue :

« Il n'en est pas de même des polypes vésiculaires; il y a une foule de moyens pour les détruire : le fer, le feu, les corrosifs, la ligature, peuvent être employés avec succès. Le chirurgien fera son choix d'après le siége, la figure, la grosseur, la consistance du polype. S'il est gros, s'il remplit complétement une narine ou les deux, s'il est assez solide pour résister à la tenette, l'extirpation est le plus sûr moyen.

» S'il est mou, à base large, on ne doit pas essayer l'arrachement. Je me sers, dans ce cas, avec succès d'un morceau de pierre de chaux; je lui donne la forme d'une pointe plus ou moins grosse et longue, selon l'étendue et la grosseur du polype, que je larde depuis la pointe jusqu'à l'extrémité; cette chaux se trouvant arrosée par le sang ou les sérosités que le polype dégorge, fermente dans cette masse, et la cautérise au point de la détruire entièrement sans exposer les parties voisines au moindre accident (2).

(1) La confusion faite par Icart entre l'hypertrophie de la pituitaire, qui cause ordinairement des polypes muqueux, et le décollement traumatique de cette membrane est le seul point que Dufouart juge à propos de relever dans son rapport. « J'ai laissé passer, dit-il, plusieurs petites erreurs répandues dans l'ouvrage, mais je dois combattre celle-ci : M. Icart a pris pour des polypes des bosses formées dans l'intérieur des narines par l'extravasation du sang à la suite de coups reçus sur le nez. C'est ce qui ressort évidemment des faits rapportés. »

(2) Voici l'indication la plus explicite de la cautérisation ou flèches appliquée au traitement des polypes nasaux. Je crois, jusqu'à nouvel ordre, que la priorité en revient à Icart; d'autres en ont parlé depuis, et récemment M. Maisonneuve a réhabilité cette méthode avec beaucoup de succès dans les polypes fibreux naso-pharyngiens.

---

cubation? Le développement constant d'un certain degré de force calorique. Or, nous avons établi les rapports entre la force calorique et la force électrique, et nous savons que l'on ne peut pas développer du calorique sans dégager de l'électricité. Par conséquent, on peut admettre que la force qui donne à la barre de fer ses propriétés agit aussi dans le développement de l'embryon; par conséquent aussi, on est autorisé à affirmer que cette force qui a servi à développer les organes du corps animé servira à diriger les mouvements vitaux quand ce corps sera complétement organisé. » *Connexité*, il est vrai, n'est pas *identité;* M. de Lapasse s'en explique catégoriquement; mais il s'en faut de beaucoup qu'il soit aussi heureux dans la démonstration des différences et surtout des *oppositions* des deux forces, que dans celle de leurs analogies. L'installation, au sein de l'organisme, d'une force dominatrice, sous l'empire de laquelle les forces physiques et chimiques tantôt obéiront à leurs lois propres et tantôt seront enchaînées ou contrariées, jettera éternellement la confusion dans l'interprétation du dynamisme humain. Mais allons au fait.

La force vitale des animaux est, dit l'auteur, la résultante de plusieurs forces élémentaires qui sont : les forces physiques et chimiques, les forces qui président aux fonctions (la force musculaire par exemple), les forces ou facultés instinctives. Si l'on y ajoute les forces psychiques, on a, dans la vie humaine, une sorte de trinité : la *vie matérielle*, sous l'empire des forces physiques et chimiques; la *vie instinctive*, sous l'empire des forces qu'on nomme vitales; la *vie intellectuelle*, sous l'empire des forces psychiques. Or, il s'agit de savoir si le médecin a le moyen d'agir sur ces forces de manière à soutenir leur action, à développer au besoin leur énergie, et, en venant ainsi en aide aux causes immédiates de la vie, de prévenir les maladies et de prolonger l'existence. Nous ne cherchons pas querelle à cette vue dynamiste; nous ne nous arrêtons pas à cette opinion, dont il faut voir tout le développement et les conséquences extrêmes dans un ouvrage qui a plus d'un rapport avec celui de M. de Lapasse (le *Traité d'électro-dynamisme vital* de M. A.-J.-P. Philips), à cette opinion, disons-nous, que les forces ne résident pas dans les atômes, mais sont *interposées entre*

C'est de cette façon que j'en ai détruit plusieurs. Un seul exemple suffira. »

Obs. X. — Le nommé Lugan, du diocèse de Montauban, vint me trouver à Moissac en 1763 pour un polype qui remplissait complétement l'une de ses narines; c'était une chair de couleur violette, parsemée de petites pointes noirâtres et de petites taches de distance en distance; elle était si molle que la sonde, quoique mousse, y pénétrait facilement, ce qui me fit rejeter l'extirpation. Je préférai donc la chaux, dont je lardai le polype jusqu'à son extrémité au moyen d'un petit clou de cette matière, que j'enfonçai en observant de suivre le trajet du milieu. Un moment après, j'entendis un pétillement et vis sortir par la narine une fumée semblable à celle qui s'élève de l'eau lorsqu'on y jette de la chaux vive. Au même instant le polype se gonfla beaucoup, mais le lendemain je ne trouvai qu'une peau sèche qui se détacha facilement.

« *Ma méthode* de consumer les polypes avec les corrosifs, surtout avec la chaux, m'a toujours mieux réussi que toute autre pour ceux qui sont petits, mous et à large base.

» Les polypes vésiculaires qui descendent derrière la cloison du palais doivent être traités comme les vasculaires, à moins qu'ils n'aient leur attache dans la narine, et pourvu d'ailleurs que la portion qui descend dans le gosier soit assez mince pour pouvoir passer par la narine, comme c'est assez l'ordinaire.

» Je ne dirai qu'un mot, en finissant, d'une autre espèce de polypes aplatis et adossés à la surface des lames osseuses, quelquefois même au cartilage; ils ont, en général, un peu plus de consistance que les autres polypes vésiculaires. Je le détache avec l'instrument tranchant, et je consume le reste avec la pierre infernale. J'en ai opéré ainsi deux de cette nature : le premier sur feu M. de Barral, évêque de Castres; le second sur M. de Chalabre, évêque de Saint-Pons (1). »

Je crois inutile d'insister longuement sur la grande valeur pratique du mémoire d'Icart; je le considère comme le résumé le plus complet et le plus exact qui ait été écrit depuis Glandorp et Levret sur la matière. Son principal mérite est de présenter un tableau descriptif des polypes de la gorge, très remarquable pour l'époque.

On a pu voir dans les travaux que j'ai cités un assez grand nombre d'observations cliniques, et l'exposition des principales méthodes curatives simples ou composées dont on s'est servi longtemps, et dont nous faisons encore notre profit au jour actuel. Mais il existe dans tous ces matériaux une lacune presque absolue : l'anatomie pathologique est à peine ébauchée en ce qui touche principalement la détermination du lieu d'insertion. Je n'ai trouvé, en effet, qu'une seule relation d'autopsie; elle laisse beaucoup à désirer; je vais toutefois la rapporter comme spécimen unique.

(1) On reconnaît facilement dans cette courte description l'affection décrite sous le nom de *prolongement hypertrophique de la pituitaire*.

Polype du nez; principe dans le cerveau. — Observation produite par M. Boullard, maître en chirurgie à Caen, et démonstrateur chirurgien en l'Université de ladite ville.

Obs. XI. — Il existe des maladies au-dessus de l'art et auxquelles le médecin et le chirurgien ne peuvent remédier : celle-ci peut être considérée de ce nombre.

M. ***, âgé de quarante-cinq ans, fut attaqué d'une effusion de sang par le nez en mai 1757. On eut beaucoup de peine à l'arrêter. A la suite de cette hémorrhagie, le malade se sentit enchifrené et ne put respirer par la narine droite à cause d'un corps polypeux qui s'y montra au mois de juillet suivant. Un chirurgien du pays lui avait donné des pinces pour se tirer lui-même ce corps étranger, ce que ne pouvant faire, il se fit apporter à Caen au mois d'août.

J'examinai en consultation ce polype, qui produisait du côté du grand angle de l'œil une tumeur haute d'un doigt; il était extrêmement fétide et douloureux. Les grandes douleurs et la pesanteur me firent mal augurer de cette maladie, que je regardai dès lors comme un ozène. Aussi je fis l'opération, à laquelle j'étais sollicité, avec assez de répugnance. Je me prémunis de tout ce qu'il me fallait pour remédier à la perte de sang, mais je n'en fus pas inquiété.

Le manuel de l'opération fut celui que les auteurs indiquent, et dont les praticiens se servent aujourd'hui. Cependant, soupçonnant quelques adhérences de ce corps aux parois intérieures du nez à cause de la tumeur qui paraissait extérieurement, je me servis d'un instrument large de 3 lignes, ayant à son extrémité un tranchant mousse pour détruire les adhérences; puis, avec les pinces ordinaires, j'enlevai le polype. La narine fut bien vidée jusqu'à la cloison, la respiration se fit aussi bien par cette narine que par l'autre. Je fis le pansement avec une tente proportionnée qui s'humecta et tomba deux jours après; je fis alors pendant huit jours des injections vulnéraires et des injections.

Cependant la grande douleur et l'insomnie ne cessèrent point et résistèrent aux calmants et aux narcotiques. Le malade n'eut ni fièvre, ni délire, ni convulsions, ni mouvements spasmodiques, mais le huitième jour le pouls diminua et le malade tomba dans un assoupissement léthargique auquel succéda la mort. Mes confrères et moi trouvant cette maladie singulière demandâmes à faire l'ouverture de la tête. Voici ce que nous trouvâmes :

A la partie antérieure du lobe droit du cerveau, un kyste ou enveloppe à contenir un œuf d'oie plein d'une matière purulente et bourbeuse. Tout autour de ce kyste le cerveau altéré avec disposition gangréneuse, les ventricules pleins de matière purulente.

A la partie antérieure du kyste nous vîmes les principes et attaches du polype qui était de la grosseur d'une saucisse et de couleur de sang noir entremêlé de taches purulentes ; ayant mis ensuite l'os ethmoïde à découvert avec la scie, nous vîmes que l'os cribleux était en partie détruit et qu'il donnait passage au polype qui se terminait dans la narine droite et la cloison.

Je laisse aux lecteurs à expliquer comment une maladie de cette nature a pu, pendant toute sa durée, ne provoquer ni fièvre, ni convulsions.

Il est évident que maître Boullard et ses confrères prirent le change sur l'origine du polype, qui ne naissait pas du cerveau, mais était arrivé jusqu'à lui en perforant la lame criblée. Nous

les molécules des corps. Le problème subsiste et peut être examiné dans l'hypothèse contraire. Étant admis qu'un agent médicamenteux introduit dans l'organisme ne l'influence pas par un autre procédé que celui du zinc modifiant les propriétés physiques du cuivre, il ne s'en suit pas moins qu'une force naît de ce rapprochement. Sous le bénéfice donc de cette réserve, nous admettons volontiers avec l'auteur que les substances médicamenteuses peuvent agir dynamiquement, et que, par exemple, de la rencontre d'une substance dite excitante avec la fibre nerveuse pourra naître un accroissement d'énergie de la force qui est propre au système nerveux.

Cela expliqué, abordons la thèse de M. de Lapasse. Et avant tout, pour ceux que pourrait mettre en défiance l'intervention d'un ex-diplomate dans les choses de la médecine, hâtons-nous de de déclarer que l'Essai sort entièrement de la ligne de ces productions inexpérimentées que le monde jette assez souvent sur le chemin — nous n'osons dire *dans les jambes* — de la médecine. Fortement pensé, constamment appuyé sur l'interprétation de données scientifiques, plein de savoir, et du savoir le plus varié, il témoigne d'études consciencieuses autant que de sérieuses méditations. Nous ne craignons même pas de dire que peu de médecins seraient en état de traiter un pareil sujet avec un bagage aussi bien approprié de connaissances théoriques et pratiques.

Si le médecin doit se proposer pour but non-seulement de guérir les maladies, mais de les prévenir, et s'il peut espérer prolonger la durée actuelle de la vie, c'est donc que la vie humaine est abrégée par les conditions physiques ou sociales au milieu desquelles elle s'exerce. Ainsi raisonne l'auteur, et, dans ces termes généraux, il y est autorisé par l'expérience. Il est avéré, en effet, que la durée de la vie moyenne s'est allongée en France depuis une soixantaine d'années. De 28 ans 3/4 qu'elle était avant la révolution de 1793, elle s'est élevée à près de 37 ans. Cela ne signifie pas, il est vrai, que la longueur de la vie *ordinaire* ait été accrue, c'est-à-dire qu'il y ait plus de cas de longévité ou des exemples de longévité plus extraordinaires; mais, logiquement, il est permis de supposer qu'un meilleur état de la santé générale offre plus de

ne savons pas mieux qu'eux comment l'encéphale peut supporter aussi impunément le contact des prolongements intra-crâniens des polypes nasaux. Une telle circonstance constituerait à coup sûr une contre-indication formelle à toute tentative opératoire; mais l'expérience prouve que les phénomènes cérébraux peuvent faire complétement défaut dans les cas de perforation de la base du crâne, et que réciproquement divers symptômes pouvant faire soupçonner la compression des nerfs et des parties cérébrales de la base, n'ont pas empêché l'exécution et la réussite complète des opérations hardiment pratiquées.

Nous terminerons cette longue revue rétrospective par un fait extrêmement curieux, qui établit l'existence d'une variété de tumeurs des fosses nasales fort rare, et qui n'a pas encore trouvé sa place dans nos traités classiques. Je veux parler des *polypes fibreux* ou des *corps fibreux congénitaux* des cavités profondes de la face.

Observation sur l'extirpation d'une tumeur polypeuse considérable dont le pédicule était osseux, et qui tirait son origine des fosses nasales postérieures, par le sieur VOISIN, chirurgien-major adjoint de l'infirmerie royale de Versailles, chirurgien-major des gardes-du-corps de Monsieur frère du roi, et chirurgien juré pour les rapports au tribunal du district de Versailles.

OBS. XII. — Le 13 août 1790, je rencontrai dans la rue le sieur Forestier tambour de la garde nationale, qui portait au baptême son enfant menacé de perdre bientôt la vie. Je me rendis à quatre heures chez lui pour examiner ce cas. L'enfant avait apporté en naissant une tumeur du volume d'un grain à café qui couvrait exactement toute la partie inférieure de la face, s'étendait depuis l'orifice des narines jusqu'au menton et d'un angle de la mâchoire inférieure à l'autre.

Elle avait une couleur violette comme celles des tumeurs variqueuses, et se divisait en quatre lobes séparés par des scissures peu profondes. Elle était le prolongement d'un tubercule très volumineux qui remplissait si exactement la bouche que la mâchoire inférieure était tout à fait abaissée, les lèvres excessivement écartées, et que le plus petit globule d'air ne pouvait pénétrer par cette voie jusqu'à la trachée-artère.

La narine gauche était également remplie dans toute son étendue par une expansion de la même nature que la tumeur. La narine droite était libre, circonstance très heureuse qui avait empêché la suffocation après la naissance.

La tumeur comprimée se flétrissait un peu, on n'y sentait aucune pulsation, la membrane qui la recouvrait paraissait de la nature de l'épiderme, celle qui recouvrait la portion antérieure était lisse et polie, celle enfin de la portion du pédicule qui remplissait l'arrière-bouche était épaisse, rugueuse, inégale, et plusieurs poils y étaient implantés.

Arrivé en retard à la consultation, je trouvai MM. Nogaret, Courtez père et Jobarl qui, ayant reconnu la nécessité urgente de l'extirpation, y avaient procédé. Ils avaient enlevé au niveau des lèvres toute la portion qui excédait l'ouverture de la bouche; mais, comme tout était confondu dans cette cavité, et que l'enfant était très faible, ils craignaient qu'il ne pérît entre leurs mains. Ils prirent donc le parti d'en rester là, espérant d'ailleurs que la section produirait dans la tumeur un dégorgement et un affaissement qui permettraient d'en mieux connaître la nature.

Ces messieurs se retiraient au moment de mon arrivée, nous rentrâmes ensemble, l'enfant un peu faible et un peu froid perdait peu de sang par la plaie; mais il était menacé de suffocation. Comme il était nécessaire de rendre libres les voies de la respiration et de la déglutition, et craignant qui si l'enfant reprenait des forces il ne pérît d'hémorrhagie pendant la nuit, j'insistai pour faire l'opération sur-le-champ.

La tête solidement fixée, j'emportai deux portions de la tumeur, ce qui me permit d'introduire l'index gauche dans la bouche, je reconnus alors que la tumeur était placée entre la langue et la voûte du palais avec laquelle elle avait contracté des adhérences qui furent détruites, que de plus elle se propageait au delà du voile du palais qui était tellement aminci et collé sur la voûte, que je doutai longtemps de son existence. Pour m'assurer contre l'hémorrhagie, après la section de la portion de tumeur qui remplissait l'avant-bouche, je passai dans son épaisseur, et le plus haut possible, deux fils croisés à l'aide d'aiguilles courbes, me proposant de lier la tumeur. Mais je fus fort étonné de rencontrer un obstacle impénétrable à la pointe de l'aiguille. Je vidai encore un peu la bouche en emportant encore quelques portions de la tumeur. Je pus alors introduire plusieurs doigts et constater que le pédicule de cette tumeur extraordinaire était osseux, et qu'il tenait son origine des fosses nasales postérieures.

Alors je fis de nouveaux efforts, et partie avec mes doigts avec lesquels j'exerçais une espèce de torsion sur la masse, partie avec les ciseaux, je parvins enfin à détacher le pédicule et deux autres portions d'une nature molle qui étaient logées, l'une dans l'œsophage, l'autre dans la fosse nasale gauche.

L'effusion du sang qui se fit pendant et après l'opération ne fut point considérable, elle s'arrêta avec un gargarisme acidulé avec l'eau de Rabel et porté sur les parties avec un pinceau de charpie.

Les cris de l'enfant qui avala un peu d'eau d'orge miellée prouvèrent la liberté des voies de la respiration et de la déglutition. Le lendemain, 14, l'état était assez satisfaisant, il y eut un peu de sommeil, la respiration était libre, l'enfant n'avait cependant pas pu saisir le mamelon parce que le muscle orbiculaire avait perdu son action par suite de la distension extrême des lèvres. La face antérieure du voile du palais et toutes les parois de l'arrière-bouche étaient livides dans quelques points, et dans d'autres recouvertes d'un enduit blanchâtre qui répandait une odeur insupportable; j'employai un gargarisme avec la décoction de quinquina.

Le 15 et le 16, gonflement considérable de toutes les parties de l'arrière-bouche, respiration et déglutition très difficiles. Le 17, la détente survient, beaucoup de sanie très fétide est rendue par la bouche et la narine gauche. Je retire avec la pince des flocons purulents, consistants, placés derrière la luette, qu'ils faisaient saillir assez fortement. Jusqu'au 27 cette suppuration fut abondante et de mauvaise odeur. A plusieurs reprises je tirai avec les pinces des débris de la racine de la tumeur qui venaient tous des fosses nasales.

L'enfant ne put jamais saisir le téton qu'on lui offrit plusieurs fois, on fut obligé de le nourrir en le faisant boire. Un rhume très violent, dont il fut pris le 4 septembre, le mit à deux doigts de sa perte; quelques remèdes appropriés et beaucoup de soins le guérirent; il rendit encore pendant longtemps un peu de matière puriforme par la narine gauche.

L'enfant actuellement se porte fort bien, il a de l'embonpoint, il s'acquitte de toutes ses fonctions; il est seulement très sujet au coryza.

L'observation est accompagnée d'un rapport de Carhoué daté

---

chances à la prolongation de l'existence et peut ainsi contribuer à augmenter de quelques années la durée ordinaire de la vie. Et si ce résultat a eu lieu, il peut continuer et se développer encore. Mais dans quelles limites? Oh! ici M. de Lapasse nous ouvre une charmante perspective. S'il consent, non sans un regret manifeste, à reconnaître que l'homme est condamné à mourir, il nous promet, si nous sommes sages, une vie de cent cinquante à deux cents ans. Telle est, pour lui, la durée *naturelle* de l'existence humaine. La Bible à la main, il établit que, *avant le déluge*, l'homme vivait de huit à neuf cents ans; que, immédiatement après, il n'a plus vécu que cent cinquante à deux cents ans, et qu'enfin la vie humaine n'a été réduite à ses proportions actuelles que plusieurs siècles après le grand cataclysme. Postérité de Noé, pourquoi ne vivrions-nous pas aussi longtemps qu'Isaac et Jacob? La science même nous dit que telle est notre destinée. « La vie des mammifères à sang chaud est soumise à une règle invariable : la durée de leur existence *paraît* être égale à dix fois la durée de la croissance. » Il en est ainsi de l'éléphant, du taureau, du chat, du chien, des quadrumanes. Deux mammifères seulement font exception : le cheval et l'homme. Pourquoi? Parce qu'ils vivent esclaves, l'un de la dure condition du travail, l'autre de ses passions et de toutes les nécessités de l'existence sociale. Examinons.

On peut, sans manquer de respect à la Bible, ne pas la prendre à la lettre en ce qui concerne les dates et la mesure du temps. Laissons la chronométrie antédiluvienne, qui est, croyons-nous, assez peu connue, et ne remontons qu'aux temps historiques. D'après Plutarque, l'année des Chaldéens était de trois mois seulement. On dit que, postérieurement à Abraham, elle a été de huit mois. C'est précisément le compte qu'il faudrait pour ramener sensiblement à la même durée la vie ordinaire des peuples primitifs et celle des peuples modernes; car, avec cette réduction, Lévi n'aurait vécu que quatre-vingt-douze ans environ au lieu de cent trente-sept, et Joseph soixante-quatorze ans au lieu de cent dix. A prendre même pour équivalentes les années des deux époques, il faudrait encore être assuré que la longue existence des patriarches cités n'était pas exceptionnelle, et qu'elle était en rapport

du 14 avril 1791, huit mois par conséquent après l'opération. Ce laps de temps est insuffisant pour que la cure radicale soit bien démontrée. Le rapport est tout à fait insignifiant; il renferme cependant une courte description de la pièce pathologique, qui avait été adressée à l'Académie, avec un dessin assez bien fait de la tumeur, avant toute opération. « La tumeur soumise au jugement de » l'Académie, dit Carboué, est une masse polypeuse qui contient » près de sa base un os informe et anguleux de la grosseur d'une » petite noix; la portion qui semble lui servir de pédicule paraît » cartilagineuse, et est garnie de poils assez longs; le reste de la » tumeur est membraneux. L'Académie doit des éloges à la saga- » cité et à l'habileté de M. Voisin. Après avoir reconnu la nature » d'une maladie très rare, il a pris, en homme instruit, le seul parti » qu'il y avait à prendre pour conserver les jours de l'enfant; en » conséquence, j'estime que son observation doit être conservée. »

Pour ma part, j'adopte complétement l'opinion du rapporteur, et je suis heureux de tirer de l'oubli une des observations les plus curieuses que j'aie jamais rencontrées. Ce fait comporterait de longs commentaires, mais le lieu n'est pas convenable pour les fournir. Je ne puis toutefois résister au désir de présenter ici quelques remarques sommaires.

1° Si la tumeur n'était pas un véritable polype naso-pharyngien, au moins elle en présentait et les signes et le siége; en effet, elle s'insérait profondément en arrière, à la partie la plus reculée des narines, c'est-à-dire sans doute à la base du crâne, elle avait trois prolongements : l'un nasal, l'autre œsophagien, le troisième buccal, qui, après avoir refoulé, puis soulevé le voile du palais, avait acquis dans la bouche un développement qui n'a pas été observé depuis.

2° Le noyau osseux qui occupait le centre de la tumeur, l'apparence cartilagineuse du pédicule, pourraient faire croire à un enchondrome de la base du crâne, qui, pendant la vie intra-utérine, se serait développé du côté des cavités libres antérieures. L'existence d'apophyses osseuses se prolongeant dans le centre des polypes fibreux a été déjà signalée. M. J. Cloquet en a cité un exemple à la Société de chirurgie. Et j'ai ouï dire qu'une disposition analogue se montrait sur une pièce actuellement entre les mains de M. Nélaton.

3° La présence de poils insérés sur l'enveloppe de la tumeur, près de son insertion, est également une particularité très curieuse. Je me rappelle, sans pouvoir citer la source exacte où j'ai puisé ce renseignement, avoir lu l'observation d'une tumeur de la paroi postérieure du pharynx dont la surface offrait l'aspect de la peau, et donnait naissance à des poils.

4° L'observation de Voisin prouve enfin d'une manière péremptoire que les polypes naso-pharyngiens, ou des tumeurs analogues, peuvent exister au moment de la naissance, et dès lors être comptés parmi les lésions congénitales compatibles avec la vie, et susceptibles même de traitement. Cette variété n'a pas encore été signalée dans nos livres classiques, pourtant l'anatomie normale de la muqueuse du pharynx chez le jeune enfant permet de l'admettre; il ne semble même pas que les exemples en soient excessivement rares. Quatre observations en sont venues à ma connaissance. Le fait précédent est déjà probant; mais un chirurgien de Munich, Aloys von Winter, dit avoir constaté par l'autopsie un polype naso-pharyngien chez un nouveau-né. Dans la première observation d'Icart, il est dit que la maladie existait sans doute quand l'enfant vint au monde, car quelques jours après sa naissance on s'aperçut qu'elle avait de la peine à respirer. M Avrard (de la Rochelle) s'exprime à peu près dans les mêmes termes (dans une observation encore inédite et récemment adressée à notre Société de chirurgie). L'enfant qui fut opéré à treize ans avait été enchifrené dès sa naissance, et sa mère, qui l'avait nourri, affirmait qu'il avait toujours présenté une gêne dans la respiration, qui avait sans cesse augmenté depuis lors.

Mais je m'arrête pour jeter un coup d'œil sur le résultat de cette campagne bibliographique, qui, je l'espère, n'aura pas été infructueuse. Quoique les *Mémoires de l'Académie* ne renferment aucun travail spécial sur les polypes du nez ou de la gorge, si ce n'est le peu qu'en dit Levret, la question ne cessa pas un seul instant d'occuper les praticiens de cette époque, car depuis 17 4 jusqu'en 1791 je ne trouve pas moins de treize chirurgiens qui se soient donné la peine d'envoyer des observations ou des mémoires à la savante Compagnie; dans ce nombre je ne compte pas les rapporteurs, parmi lesquels il faut citer en première ligne Brasdor. Ces treize chirurgiens n'ont pas fourni moins de vingt-quatre observations plus ou moins complètes. Les matériaux ne manquaient donc pas, et c'est ce qui nous fait regretter la perte du mémoire de Brasdor, qui, écrivant en 1785, devait avoir utilisé la plupart de ces documents.

Ceci prouve que l'on se ferait une idée incomplète de l'activité des chirurgiens français dans la dernière moitié du dernier siècle, si l'on s'en rapportait uniquement à ce qui a été publié, soit dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, soit dans les recueils d'observations, soit même dans les recueils périodiques d'alors. On en peut juger par le sujet pris au hasard qui fait le sujet du présent opuscule. Manne, J.-L. Petit, Garengeot, Ledran, Levret s'étaient, à la vérité, occupés des polypes nasaux et naso-pharyngiens, mais entre Levret (1749) et Desault nous n'avions pas de documents écrits; encore le mémoire de ce dernier est-il fort médiocre. Je suis arrivé, je crois, à combler cette lacune de la science officielle, comparativement si pauvre dans l'espèce. J'ai pu nommer Tarangel, Eustache, Letual, Dejean, Hoin, Chabrol, Museux fils, Moreau, Mertrud, Bourrienne, Boullard, Voisin, Icart surtout, qui connaissait si bien le sujet.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'à l'exception de Mertrud, tous ces praticiens exerçaient dans la province, et que néanmoins ils secondaient avec ardeur l'aréopage central de la chirurgie française. L'instruction, l'habileté et le zèle à servir la science étaient donc déjà disséminés sur toute la surface du pays,

---

avec la durée de la vie ordinaire de ce temps-là. Comme cas exceptionnels, ces exemples de longévité ne sont pas, pour la plupart, plus extraordinaires que ceux dont aujourd'hui encore on est de temps à autre témoin. Ainsi l'auteur de la GALERIE DES CENTENAIRES, Ch. Lejoncourt, a établi que la famille Rowir, qui vivait en Hongrie au XVIIIe siècle, a fourni une aussi longue carrière que la famille d'Abraham. En effet, la femme de Rowir a vécu cent soixante-quatre ans; Rowir lui-même cent soixante-douze ans; son fils aîné a été perdu de vue à l'âge de cent quinze ans; en supposant qu'il ait vécu seulement autant que sa mère, on a un total de cinq cents ans. Or, Abraham, qui est mort à cent soixante-quinze ans, sa femme à cent vingt-sept, et son fils Isaac à cent quatre-vingts, ne donnent qu'un total de quatre cent quatre-vingt-deux ans.

Tout démontre, au contraire, que ni les races, ni les différents âges de l'humanité n'exercent aucune influence sur la durée naturelle de l'existence. Partout et toujours, depuis qu'on calcule d'après des divisions notoires de temps, on a trouvé que la fin de la vie a lieu naturellement de soixante et dix à quatre-vingts ans. On peut aller plus loin. Il est extrêmement probable que le nombre proportionnel des centenaires est plus considérable aujourd'hui que dans l'antiquité. Au temps de Vespasien et de Titus, le dénombrement opéré par l'ordre de ces empereurs constate (Phlegon, *De mirabilibus et longævis*) qu'il n'y avait pas alors dans toute l'Italie plus de 65 centenaires. Or, d'après les relevés de Lejoncourt, de 1824 à 1837, le chiffre des centenaires *par année* a varié, pour la France seulement, entre 111 et 175. Que serait-ce si la Russie était substituée à la France dans ce parallèle; la Russie, où l'on a compté, en 1814, 1 centenaire sur 245 individus décédés; où l'année 1827 a fourni 943 centenaires parmi les hommes seulement, et 1838, 1238 centenaires des deux sexes! Et d'ailleurs M. de Lapasse ne constate-t-il pas lui-même que la durée de la vie n'a plus varié depuis les premiers siècles qui ont suivi le déluge? Voilà un fait qui paraît bien dépendre d'une loi terriblement durable!

Faut-il attribuer une grande importance à l'induction tirée du

et les services rendus à notre art par l'ancienne Académie de chirurgie eussent donc été bien plus grands, si elle avait fait connaître en temps utile tout ce qu'elle a enseveli dans ses archives, si elle avait donné le souffle au labeur étouffé de tant de générations chirurgicales. Jusqu'à ce jour la renommée a assez fait pour les grands maîtres du XVIII[e] siècle, c'est justice que l'on dise maintenant quelque chose des obscurs manœuvres qui ont travaillé pour la gloire des autres.

Nous en avons fini avec les polypes. Nous reprendrons à d'autres points de vue le dépouillement de ces riches archives.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Fonction digestive énergique du pancréas sur les aliments azotés. — Démonstration nouvelle par la fistule. — Parallèle entre le procédé expérimental de la fistule et celui de l'infusion, par Lucien Corvisart, Médecin Ordinaire de l'Empereur. — *Mémoire lu le 20 mars à l'Académie de médecine.*

(Suite. — Voir les numéros 30 et 32.)

Ici notre mémoire est clos en réalité, car la démonstration nouvelle que nous y avons donnée est complète et absolue.

Ce qui suit, en conséquence, ne s'adresse plus qu'à ceux qui se livrent eux-mêmes à l'expérimentation physiologique ou sont curieux des procédés qu'elle emploie, afin d'asseoir leur jugement sur ses résultats.

Avant d'exposer ce qu'ont de dangereux, pour la recherche de la vérité, le procédé en apparence si naturel de la fistule et le suc que l'on obtient d'ordinaire par ce moyen, nous indiquerons les écueils que les physiologistes qui ont été moins heureux que nous n'ont peut-être pas évités.

IV. *Conditions expérimentales qu'il faut éviter afin de ne pas tomber dans l'erreur.*

Je ne crois point inutile d'exposer comment, par mégarde, les expérimentateurs, soit qu'ils emploient le procédé de l'infusion ou celui de la fistule, pour obtenir le suc pancréatique et étudier ses propriétés et sa fonction, peuvent se mettre dans de telles conditions qu'ils soient conduits à méconnaître son action naturelle, et à lui attribuer des fonctions étranges et impossibles.

Ainsi, pour que le suc pancréatique déviant de son action propre, toute physiologique, vienne à entraîner la décomposition des aliments et ne les dissolve qu'en les putréfiant, l'une des cinq conditions suivantes et fâcheuses est nécessaire :

1° Ou bien les aliments mis en expérience sont déjà putréfiés.

Cela arrive quand on prend des aliments, et surtout des œufs anciens et altérés, de la fibrine vieille de deux jours, etc.

Je ne parlerai point longuement de ce premier cas, bien que je sois persuadé que la plupart des expérimentateurs apportent moins de soin à déterminer la fraîcheur des aliments, œufs, etc., qu'ils destinent aux expériences, qu'ils n'en apporteraient si ces aliments étaient destinés à leur repas.

2° Ou bien que le suc pancréatique, d'ailleurs normal et convenable, ne soit point employé pour l'étude le jour même qu'il est recueilli.

Comment oublier que dans l'économie c'est le jour même, et dès les premières heures qu'il est versé dans le duodénum, que le suc pancréatique exerce son action digestive?

3° Ou bien qu'on ne prolonge la digestion au bain-marie trop au delà d'une durée physiologique.

Le bon sens trace encore ici des règles faciles et toutes faites.

Si l'on veut se rappeler que l'estomac garde très longtemps les aliments qui lui ont été confiés, que sa structure anatomique en fait un véritable réservoir, qu'il est dans la nature de son suc propre d'agir si lentement sur les aliments, que ceux-ci sont, après six, dix, douze heures même, souvent encore reconnaissables, on conçoit qu'il soit permis au physiologiste de prolonger à l'étuve douze, quinze, dix-huit heures les digestions artificielles qui ont pour objet le suc de l'estomac.

Mais si l'on a présent à l'esprit que le duodénum, au contraire, quoique très musculeux, n'a pas d'orifice inférieur fermé, qu'il ne fait aucun obstacle à une marche rapide des aliments, qu'il ne présente aucun réservoir pareil au grand cul-de-sac de l'estomac, qu'il n'a de propre à arrêter les aliments dans sa cavité que quelques coudes et une position légèrement ascendante de l'une de ses portions ; d'autre part, que presque jamais, à quelque heure du repas que l'on vienne, on ne trouve en cet organe les aliments reconnaissables, bien qu'une bonne partie y arrive en cet état; si l'on ajoute que déjà cependant leur majeure quantité y a disparu par absorption avant même d'avoir eu le temps d'arriver dans le jéjunum, on voit combien pendant la vie est rapide la digestion pancréatique!

Tellement que, c'est-à-dire peu, que d'accorder que la digestion pancréatique est cinq à six fois plus rapide que la gastrique (1).

Le bon sens physiologique indique donc invinciblement que les digestions artificielles pancréatiques faites à l'étuve, dans des bocaux, doivent aussi se prolonger cinq ou six fois moins longtemps que s'il se fût agi de suc gastrique.

La perfection de la digestion pancréatique tient bien plus, en effet, à la perfection du suc qu'à la prolongation de son contact avec les aliments ; la nature du suc pancréatique, s'il est réellement normal, est d'agir vite.

Il faut qu'on sache que c'est faire une expérience antiphysiolo-

(1) La digestion intestinale générale, que l'on croit très longue, est, au contraire, très rapide pour la digestion duodénale ; je puis l'affirmer par expérience chez l'animal vivant (Canis).

---

rapport de la durée de la croissance avec la durée de la vie? Peut-être ne serait-il pas prudent de s'y fier. En tout cas, ce rapport ne nous paraît pas être tel que le présente M. de Lapasse. Buffon évaluait la durée de la vie à la durée de l'accroissement multipliée non par 10, mais seulement par 7 ou 8. Et quand M. Flourens a assigné comme terme de l'accroissement l'époque de la réunion des épiphyses aux os, il a réduit à 5 le multiplicateur de la durée de l'accroissement. La vie de l'homme, d'après ce calcul, devrait être d'environ 90 ans ; il y a encore loin de là à 150 ans ou 200 ans.

Ajoutons que de l'hypothèse même d'une décroissance de la durée de la vie on ne serait pas autorisé à déduire la possibilité d'arrêter ce mouvement, et encore moins de la faire reculer. Comme l'a fort bien dit Buffon, les conditions physiques du globe, les produits de la végétation différaient, sans doute beaucoup, dans les premiers âges du monde, de ce que nous les voyons aujourd'hui. Et il n'y a pas apparence qu'on puisse les rétablir. Peu importe, il est vrai, si la médecine a le pouvoir de ranimer les forces usées de l'organisme. Mais a-t-elle ou peut-elle espérer d'avoir un jour ce pouvoir? C'est le second point de vue capital du livre de M. de Lapasse.

(La suite prochainement.)

A. Dechambre.

Le docteur Bemis (du Kentucky) vient de publier un travail d'où il résulte que les mariages entre cousins germains ont une funeste influence sur les enfants qui en naissent. Il assure que ses recherches statistiques, faites dans divers établissements hospitaliers des États-Unis, prouvent que sur cent idiots, quinze sont nés d'époux cousins germains; que sur le même nombre de sourds-muets, dix appartiennent au même genre de mariage; et qu'enfin, sur cent aveugles, il y en a cinq dans le même cas.

gique que de laisser, en général, plus de trois ou six heures des essais de digestion pancréatique à l'étuve.

Son alcalinité, qui favorise sa putréfaction à l'air libre, *n'a nul inconvénient dans l'économie* parce que la digestion que le suc pancréatique opère et sa résorption consécutive sont bien trop rapides pour permettre son altération en un organisme vivant!

La courte durée nécessaire à l'accomplissement de la digestion pancréatique varie, d'ailleurs, suivant chaque aliment.

Expérimentalement, je puis dire que l'étuve étant maintenue très exactement entre + 42 et + 45 degrés centigrades, un suc pancréatique, d'une énergie moyenne, agité avec l'aliment tous les quarts d'heure, dissout en deux ou trois heures, au plus, tout ce qu'il peut dissoudre de fibrine, en quatre ou cinq heures ce qu'il peut dissoudre d'albumine solide, et que, à ce moment, on doit généralement s'arrêter dans la recherche expérimentale, au risque même de rester en deçà de la vérité.

4° Une quatrième condition peut, mais plus rarement, faire arriver la putréfaction dans des essais de digestion pancréatique; c'est lorsque la quantité d'aliments est en un très grand excès relativement à l'énergie du suc pancréatique, et que pour forcer l'accroissement de la digestion on laisse plus longtemps qu'il ne faut, c'est-à-dire au delà de trois ou quatre heures pour la fibrine, de cinq à six heures pour l'albumine, etc., les mélanges digestifs à l'étuve.

L'expérience suivante peut servir à le démontrer :

Un chien épagneul jeune, du poids de 16 à 18 kilogrammes, fut opéré par la fistule pancréatique à la cinquième heure de la digestion. Le suc recueilli pendant les deux heures qui suivirent (sixième et septième heure du repas), s'élevèrent à la quantité de 36 grammes.

Je divisai ces 36 grammes de la liqueur en trois portions égales et comparables de 10 grammes, puis j'introduisis dans chacune d'elles de l'albumine cuite, mais dont la quantité était variée de la façon suivante :

La première portion renfermait 5 grammes d'albumine (moitié de son poids);

La seconde, 10 grammes (son poids);

La troisième, une fois et demi son poids, soit 15 grammes de blanc d'œuf.

Les trois bocaux furent mis à l'étuve, agités tous les quarts d'heure, puis examinés à la troisième heure accomplie.

A cette époque, dans le troisième bocal, où l'albumine était en grand excès, celle-ci avait diminué de volume, par dissolution digestive, environ dans la proportion d'un quart.

Dans le deuxième, ce qui restait de morceaux solides d'albumine concrète avait ses angles fort arrondis ; les morceaux en étaient amoindris, et la petite masse persistante avait un caractère pulpeux. Le blanc d'œuf, en définitive, se trouvait pour plus de la moitié réellement dissout.

Quant au premier bocal, qui avait reçu *la plus faible portion d'aliment*, à part deux ou trois nucléoles transparents, comme gommeux, moins gros que des grains de millet, il ne présentait plus aucune trace d'albumine.

A cette troisième heure, il n'y avait nulle trace de putréfaction dans aucun des trois essais; c'était une dissolution digestive avec toutes ses qualités.

Je poursuivis.

Je remis les trois vases à l'étuve pendant deux heures encore.

A la cinquième heure, je les examinai de nouveau; ils étaient toujours inodores, c'est-à-dire n'avaient que l'odeur naturelle au suc pancréatique au sortir de la glande.

La digestion était depuis longtemps terminée dans le premier bocal, qui avait reçu la quantité la moins élevée d'aliment.

Dans le deuxième, l'albumine avait encore baissé de niveau, les trois quarts assurément (6 à 8 grammes) en étaient dissous; la digestion était considérable.

Dans le troisième bocal la digestion avait aussi continué; mais l'accroissement de la dissolution pendant ces deux dernières heures avait été assez faible pour faire voir que la limite physiologique de l'effet digestif venait d'être à peu près atteint. Dans toute autre expérience, en présence de cet état stationnaire, je me fusse arrêté d'autant plus volontiers que, faisant le calcul, j'eusse constaté que, somme toute, les 36 grammes de suc pancréatique, *recueillis en deux heures seulement*, avaient digéré près de 20 grammes d'albumine.

Or, à cette cinquième heure, la plus grande partie de l'effet digestif étant obtenue, les trois bocaux étaient cependant sans aucune odeur de putréfaction.

Mon but étant de montrer qu'un grand excès de l'aliment à digérer relativement à l'énergie du suc pancréatique, joint à une faible prolongation de séjour à l'étuve au delà de l'époque du temps normal, peut entraîner, par ce seul fait, un certain degré de putréfaction, je remis le troisième bocal au bain-marie et je l'y maintins deux nouvelles heures.

Après ce temps (septième heure accomplie du séjour à l'étuve), il était évident qu'alors on pouvait percevoir une odeur manifeste de putréfaction commençante.

De ce fait, comme d'autres que j'ai précédemment signalés, il résulte que, lorsque l'on fait des recherches de physiologie digestive sur le suc pancréatique, il ne faut point bourrer le suc pancréatique (1) d'aliments à digérer.

Je conseille vivement de faire toujours, au préalable, *à titre de tâtonnement*, si la température, le temps écoulé depuis l'issue du liquide pancréatique (2) le permettent, un certain nombre d'expériences dans lesquelles, pour un poids fixe du même suc, on met des proportions graduellement variées d'aliments, on voit, pour un temps rationnel et court, le plus haut degré d'aliment digéré qui a été atteint; après cet essai, on institue ensuite avec bien plus de sûreté les expériences définitives, et l'on arrive d'une manière précise à déterminer la capacité digestive réelle de chaque suc pancréatique expérimenté.

D'ailleurs, et dans tous les cas, une fois arrivé au moment où les changements d'heure en heure se trouvent stationnaires, on doit s'arrêter, interrompre le séjour à l'étuve et ne point risquer, par une obstination mal entendue, de convertir une action physiologique en une expérience de putréfaction.

5° Ce dernier cas peut encore se montrer :

A. Si le suc pancréatique recueilli pour les expériences est pris à un animal malade ou à jeun;

B. S'il est purulent;

C. S'il n'a été recueilli que vingt-quatre, quarante-huit heures ou plusieurs jours après l'apposition de la canule; dans ce cas, en effet, l'irritation inévitable qui accompagne cette dernière a eu tout le temps de développer son influence perturbatrice sur la sécrétion;

D. Si, après l'opération, la sécrétion par la canule s'est aussitôt arrêtée et n'a reparu que douze ou vingt-quatre heures après, l'arrêt est, en effet, un indice probable que la sécrétion s'est altérée;

Et, pour les sucs provenant des infusions, si les pancréas ont été extraits du corps de l'animal vivant depuis plus de douze heures ou si l'infusion est restée plus de douze heures sans être expérimentée, ou si l'animal était à jeun.

Telles sont cinq conditions fâcheuses qui, pour n'avoir point été repoussées avec soin, ont conduit certains observateurs à dénier au suc pancréatique la fonction qu'il possède.

(1) On sait que, dans aucune de mes expériences, je ne tiens compte ni de la quantité du liquide écoulé, ni de sa viscosité, ni du rapport qui peut se trouver entre le poids ou le volume de l'aliment digéré avec celui du suc essayé, tous indices indignes d'une physiologie raisonnée, mais seulement de la quantité *absolue* d'aliments que le suc pancréatique contenu dans une glande *entière* ou écoulé pendant une période digestive *entière* DISSOUT ET DIGÈRE. Ce critérium est le seul qui ne trompe point l'observateur.

(2) Par une température de plus de 15 degrés centigrades, il faut que le suc pancréatique ne reste pas sans être employé plus de six heures après qu'il s'est écoulé du canal excréteur. Si, aussitôt après son extraction, le suc est maintenu à une température constante inférieure à + 5 degrés centigrades, on peut attendre douze heures. Dans ces conditions, on peut avoir le temps de faire une ou une deuxième série d'expériences de tâtonnements. Dans tous les cas, il faut éviter de laisser changer plusieurs fois la température.

On trouvera, d'ailleurs, dans mes précédents mémoires la manière dont, en général, comme pour chaque cas j'ai expérimenté. Je ne saurais trop recommander de *répéter, avant tout, les expériences exactement comme je les ai faites ;* en les variant ENSUITE, on arrivera, sans doute, à perfectionner nos connaissances sur ce point de physiologie.

V. — *Parallèle entre le procédé ancien de la fistule et celui de l'infusion.*

Tout procédé expérimental de physiologie est une sorte d'analyse par laquelle on éloigne une, deux ou plusieurs conditions ordinaires d'un phénomène, afin de connaître la cause réelle de ce dernier.

C'est ainsi que, par exemple, on fait la ligature des artères et des veines, afin de savoir si l'absorption se fait par les lymphatiques ; puis on fait la ligature des lymphatiques seuls.

L'habileté du physiologiste consiste à bien choisir parmi les fonctions ou les conditions physiologiques : 1° celles qu'il veut éloigner ; 2° celles, au contraire, qu'il importe le plus de conserver dans leur intégrité, de telle sorte que, à part ce qui est *strictement nécessaire* pour la recherche, rien ne soit troublé dans l'état physiologique ; 3° enfin à varier suffisamment les recherches ainsi conduites, pour arriver à la connaissance de l'état physiologique *complet* de la fonction recherchée ; sans cela, en effet, l'étude est de pure curiosité ; il est impossible de déterminer la place hiérarchique de cette fonction dans l'économie et le degré d'importance qu'il y a pour la vie à la rétablir (1).

En établissant une fistule pancréatique, le physiologiste doit : 1° éloigner l'arrivée du suc pancréatique dans l'intestin, afin d'avoir et d'étudier ce suc digestif pur, sans mélange avec la bile, les sucs intestinaux, etc. ; 2° préserver le pancréas et sa fonction de toute cause susceptible d'en troubler l'état physiologique ; sans cela, en effet, les désordres pathologiques résultant de l'expérience pourraient prendre le dessus, dominer les causes physiologiques des phénomènes et faire admettre des résultats variables et purement accidentels pour les phénomènes réguliers de la vie physiologique ; 3° enfin arriver à connaître les diverses propriétés de la sécrétion pancréatique, les classer suivant leur utilité et surtout connaître la somme d'énergie, d'action, c'est-à-dire *la somme d'aliments que le suc pancréatique, pendant chaque période digestive, est appelé à élaborer.*

Le procédé de la fistule remplit-il, *à priori*, ces trois conditions :

1° La première condition est sans doute pleinement atteinte, car la présence dans le canal excréteur d'une canule ayant issue hors de l'économie préserve, en effet, le suc pancréatique qui s'écoule de tout contact du suc gastrique intestinal, de la bile et du chyme ;

2° La seconde condition, qui consiste à préserver la fonction glandulaire de toute *cause possible* de trouble est-elle également remplie ? Telle est la seconde question que nous allons examiner.

On sait que le procédé qui nous occupe consiste en ce que le pancréas est attiré hors du corps par une ouverture abdominale ; qu'une ouverture par l'instrument tranchant est faite au canal excréteur entre le duodénum et le pancréas, à *quelques millimètres* de chacun d'eux (car le canal est très court) ; qu'enfin la canule est fixée dans le canal.

Or, il est bien certain que cette blessure (nécessairement si proche de la glande à cause de la brièveté du canal) est, pour la conservation des fonctions glandulaires, plus fâcheuse que si la nature avait permis que la blessure fût beaucoup plus éloignée de *l'organe dont il s'agit de ne pas troubler la fonction.*

(1) A ceux qui nieraient qu'il y ait si grande importance à connaître ces degrés hiérarchiques, je repondrai : Le doigt ~~annulaire~~ pour l'état physiologique de l'homme, au point de vue de la prehension, a-t-il la même importance que le pouce ? devra-t-on s'ingénier à traiter aussi vigoureusement une inflammation ordinaire de la conjonctive que celle des méninges ? la vie est-elle également en danger par une obstruction du canal Stenon, un arrêt de la sécrétion salivaire, que par une obstruction du pylore ou le defaut de suc gastrique, de bile ou de suc pancreatique ? Tout le tact en médecine pratique vient souvent de l'observation de ces règles.

A cet inconvénient relatif à la blessure, il s'en joint, au moins *à priori* un second, tiré de la présence et du séjour prolongé de la canule dans le canal excréteur et dans un voisinage très proche du pancréas même.

L'innocuité absolue de la canule gastrique a peut-être mal conseillé, quand elle a fait appliquer la canule pancréatique, non à des recherches de curiosité, comme celle de de Graaf, pour lesquelles elle est très légitime, mais à des recherches élevées et précises de véritable physiologie ?

A priori, on a peut-être trop oublié qu'une même opération peut complétement varier dans ses conséquences *pathologiques*, suivant qu'elle est appliquée à tel organe ou à tel autre.

Pour prendre l'opération la plus simple, je citerai la parfaite innocuité de la ligature des artères comparée aux fréquents et parfois terribles accidents de la ligature pratiquée sur les veines !

C'est donc une chose capitale de varier complétement les procédés expérimentaux suivant la convenance des organes.

Chaque organe, en effet, a sa destination, sa sensibilité spéciales ; l'œil ne s'accommode pas d'un gravier comme s'en accommode la bouche, le pancréas ne s'accoutume nullement aux fistules à la manière de l'estomac.

Cette différence est si palpable, que les canules fistulaires pancréatiques, au lieu de persister des années, comme celles de l'estomac, tombent fatalement au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Pour l'estomac, une canule est sans doute un corps étranger ; mais combien l'estomac en fait à leur présence ! S'émeut-il des aliments, des boissons, des pilules, des noyaux, qui journellement y sont jetés ?

N'est-ce point cette condition physiologique, cette circonstance heureuse, qui a permis d'établir et de conserver sans désordre quelconque, pendant deux et trois ans entiers, des fistules gastriques à des animaux, et donné une haute valeur à ce procédé expérimental ?

N'est-ce point tout au contraire une chose antiphysiologique que la présence d'une canule dans le canal pancréatique ?

Pourquoi ce dernier est-il si ténu, si court ; pourquoi rampe-t-il dans les parois du duodénum défendu de toute part, même par la disposition en biseau de son orifice, contre les corps étrangers ? Serait-ce pour leur faciliter l'entrée de ses conduits !

La sensibilité de cette glande, si connue des physiologistes, est si grande, qu'il suffit d'un séjour un peu prolongé à l'air, d'un froissement avec les doigts, pour pervertir sa sécrétion.

N'est-ce point assez montrer qu'il n'est ni rationnel, ni prudent, de faire une opération sur son canal, de laisser une canule à demeure à quelques millimètres de son tissu ?

Le propre d'un état physiologique non troublé, c'est la régularité, l'uniformité dans l'exercice.

Si donc l'opération de la fistule est, contre notre raisonnement, innocent sur la sécrétion glandulaire, nous devrons voir celle-ci s'opérer avec régularité, uniformité, suivant un rhythme déterminé et toujours le même.

APRÈS L'OPÉRATION DE LA FISTULE, C'EST PRÉCISÉMENT CE QUI MANQUE.

Sous le rapport du trouble rhythme de la sécrétion, après l'opération, voici ce qu'on observe :

A. Tantôt le suc pancréatique coule, augmente pendant la digestion, diminue après elle, et reste faible, très faible pendant le jeûne qui suit.

On rencontre ce cas une ou deux fois au plus sur dix.

C'est une grande et relativement heureuse exception.

B. Tantôt le suc s'écoule, augmente, *mais augmente sans cesse* d'heure en heure, de jour en jour, jusqu'à ce que le suc devienne purulent, que la canule tombe, ou que l'animal meure. Ce cas arrive trois fois sur dix.

C. Tantôt le suc QUI S'ÉCOULAIT AU MOMENT DE L'OPÉRATION cesse tout à coup de paraître, *malgré que la canule soit libre.* Ce cas se montre quatre ou cinq fois sur dix. Il y a suspension complète de l'écoulement pendant une demi-heure, une heure, deux, trois ou

quatre heures. Plus tard l'écoulement reprend, mais en général pour présenter après quelques heures une augmentation excessive, sans trêve ou la purulence, comme dans le cas précédent.

Ce qui frappe, dans tous ces cas, c'est une extrême variabilité, tant l'état physiologique est troublé par le fait de cette opération regardée par quelques-uns comme innocente!

Ce procédé, s'il n'est innocent, est-il au moins fidèle; permet-il de juger par la quantité ou la rapidité du suc qui s'écoule par la canule de l'état fonctionnel de la glande pendant l'observation?

En aucune façon.

Il est impossible de connaître, *par l'écoulement visible du suc par la canule*, l'activité sécrétoire générale et réelle du pancréas.

La glande, en effet, est pourvue de deux canaux excréteurs qui, normalement, versent le suc pancréatique dans l'intestin et sont anastomosés entre eux; de plus, ils sont inégaux.

S'il s'écoule, en un temps donné, 10 grammes de liquide par le conduit auquel on a apposé la canule, sait-on ce qu'il s'en écoule par le canal resté libre et qui s'ouvre dans l'intestin?

Admettra-t-on qu'il s'en écoule autant? Pour qu'il en soit ainsi, il faudrait que les deux canaux fussent égaux, ce qui n'est pas; que la portion de glande qui fournit l'un est égale à celle que fournit l'autre, ce qui n'est pas.

Les deux canaux fussent-ils même naturellement égaux en calibre, que par le fait de l'anastomose et de l'opération on ne pourrait juger par ce qui s'écoule de l'un de ce que l'autre fournit pendant le même temps.

La présence de la canule obstrue, en effet, le calibre du canal opéré, l'uniformité supposée serait aussitôt rompue; par cet orifice plus étroit, l'écoulement aussi deviendrait moindre (1), et l'anastomose ferait passer dans le canal opéré le suc qu'il serait lui-même devenu inhabile à laisser passer.

De telle sorte que la canule apporte un DOUBLE TROUBLE, une double source d'erreur; elle diminue l'écoulement physiologique de l'un des canaux et surcharge l'écoulement ordinaire du second, sans qu'on puisse savoir en quelle quantité proportionnelle.

Ainsi, malgré toutes les hypothèses d'égalité primitive des canaux, la canule et ce qu'elle fournit *ne peuvent donner aucune idée de l'activité sécrétoire générale et réelle du pancréas* dans un temps donné, celui de la digestion.

Le procédé en apparence si simple et si naturel de la fistule ne peut donc faire juger de l'importance du rôle que le pancréas est appelé à remplir dans une digestion.

Je ne parle pas de l'effet de la canule, corps étranger qui irrite le conduit suivant le degré ou la durée de l'irritation, corps qui amène nécessairement, soit une *contraction spasmodique* du canal, soit, au contraire, sa *dilatation paralytique*, sans qu'on puisse en aucune façon savoir lequel des deux effets a lieu, effet qui, par ce mécanisme, amène un changement également *inconnu* dans l'écoulement du liquide pancréatique.

Ajoutons encore que dans le cas où l'écoulement est abondant par la canule, il y a à se demander si cela est dû, soit à une irritation de la glande donnant quelque chose de pareil à l'afflux pathologique des larmes sous l'influence d'un gravier introduit sous les paupières, soit au fonctionnement régulier du pancréas *en vue de la seule digestion.*

La perversion que le fait de l'opération de la fistule amène dans la quantité du suc pancréatique qui s'écoule par cette dernière est-elle accompagnée de la perversion de la qualité elle-même et des propriétés du suc?

On ne saurait en douter quand on sait d'une part que si la fistule est faite avant la quatrième heure de la digestion, et surtout à l'état de jeûne, le suc pancréatique est plus ou moins inerte, sans propriété digestive sur les aliments azotés, et de l'autre, que le plus souvent, dès le deuxième ou troisième jour de l'opération, le suc pancréatique devient purulent et putréfiable au dernier point.

(1) Sans qu'on puisse jamais se rendre compte de la manière ou de la somme de cette interversion, sans qu'on puisse établir aucune proportionnalité quelconque.

Avant cette altération extrême, résultat de l'irritation causée par l'opération, il est de nombreux degrés.

Ce sont ces degrés d'altération qui ont empêché les physiologistes de *découvrir*, par le procédé de la fistule, que le pancréas a une action digestive énergique et *propre* sur les aliments azotés, et trompé à ce point de faire croire qu'il putréfiait, de sa nature, les aliments.

C'est la même inconstance dans l'intégrité des sucs obtenus par ce procédé qui a causé tant de variabilité dans les opinions.

Aujourd'hui la lumière s'est faite, cette cause de variabilité est connue; elle peut être évitée, en faisant, à un moment propice, l'opération de la fistule, et en rejetant comme impropres à l'étude les sucs fournis par cette dernière, *quand ils ne digèrent point les aliments azotés.*

Le procédé de l'infusion a fait en effet découvrir cette propriété au suc pancréatique, et ce mémoire a montré que si l'opération de la fistule a été conduite de telle manière qu'elle n'ait pu altérer le suc naturel de la glande, *cette énergique propriété digestive y existe à un haut degré.*

Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque le suc pancréatique, issu par la fistule, altéré par elle, n'a plus cette propriété, comment le prévoir? Pendant son écoulement, comment peut-on savoir qu'il commence à perdre cette propriété autrement que par l'expérience de la digestion artificielle, à quel signe?

Ni l'acidité ou l'alcalinité, ni la viscosité, ni la densité, ni la coagulation par la chaleur, *ni même la conservation de la faculté de digérer les fécules ou d'émulsionner les graisses*, ne peuvent le faire prévoir, il faut essayer. Nous élevons cette réponse à la hauteur d'une formule.

Ainsi, dans un autre ouvrage, nous avons dit, pour le suc gastrique ou la pepsine, que à aucun signe autre que l'essai digestif préalable on ne peut reconnaître si le ferment digestif est actif. Tel est inerte qui ressemble *d'ailleurs* en tout point à tel autre suc qui est actif.

Connaître le degré d'importance des fonctions d'un organe, est d'une nécessité aussi grande, sinon plus, pour le physiologiste, que la nature même de ces fonctions.

Connaître l'action du pancréas, c'est bien et curieux; connaître la somme d'énergie digestive du pancréas, c'est d'une physiologie bien autrement utile, car elle mène à la médecine pratique.

Quelle est donc la somme d'aliments azotés que, pendant chaque période digestive, le pancréas est appelé à élaborer?

Ce n'est pas le procédé de la fistule qui peut résoudre ce problème. En effet, ce qui s'écoule par la canule n'est qu'une portion *inconnue* de ce qui est fourni par la glande, car le deuxième canal non pourvu de canule déverse d'une manière invisible dans le duodénum une autre portion inconnue de suc, de sorte qu'on ne connaît point et qu'on ne peut mesurer la *quantité* totale du suc écoulé pendant une digestion.

Non-seulement la qualité elle-même du suc peut varier : être bonne dans le suc versé dans le duodénum, altérée dans le canal et la portion de glande qui sont irrités par la canule, mais sa quantité elle-même varie aussi sans qu'on le sache.

Or, pour savoir, d'après l'essai d'un échantillon du suc, quelle est la somme d'énergie digestive du tout, il faudrait de toute nécessité que tout le suc fût *semblable* et qu'on en connût la *totalité.*

Tels sont les inconvénients du procédé de la fistule.

Le procédé de l'infusion qui a fait faire la plupart des découvertes les plus importantes, a sans doute aussi les siens; mais ne sont-ils pas moins graves, puisqu'il a permis les plus importantes découvertes?

La plus grande objection que l'on puisse faire au suc pancréatique recueilli par l'infusion d'une glande prise à un animal qui vient d'être tué, est que l'animal vient d'être tué. C'est l'objection de ceux qui pensent que les actes MÊME PUREMENT PHYSICO-CHIMIQUES DE LA VIE CESSENT A L'INSTANT MÊME de la mort.

Lorsque votre procédé de l'infusion est mis en jeu, dit-on, l'animal, le pancréas sont morts, LE SUC PANCRÉATIQUE EST MORT!

Cette objection, faite à l'avantage du suc pancréatique, est une

erreur, elle ne résiste pas aux faits ; peu d'exemples suffiront à le démontrer.

La contraction musculaire, par exemple, de laquelle résulte le mouvement des doigts est un acte de la vie ; l'animal meurt, le muscle est mort ; il doit donc avoir perdu toute contractilité si l'objection tirée de l'état de vie ou de mort est fondée ; — j'applique une aiguille, un courant électrique... le muscle se contracte... le doigt se meut. A-t-il donc cessé d'être mort ? Nullement, mais la propriété physique « *contractilité* » donnée au muscle par la vie a survécu à la mort ! (*La fin à un prochain numéro.*)

Erratum du n° 32, p. 518, ligne 31. *Au lieu de :* nier la dissolution, n'invoquer, *lire :* nier la dissolution, invoquer.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 AOUT 1860 — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Physiologie. — *Sur la pression du sang dans le système artériel*, par M. *Poiseuille*. (*Comm. :* MM. Flourens, Morin, Cl. Bernard.) — Nous publierons ce travail en entier dans le prochain numéro.

Chirurgie. — *Note sur un nouveau perfectionnement apporté à l'opération des polypes naso-pharyngiens*, par M. *Maisonneuve*. — Ces polypes constituent une classe redoutable de tumeurs qui, prenant naissance dans le périoste ou les tissus fibreux de la voûte du pharynx, s'insinuent par leurs prolongements multiples dans les diverses anfractuosités de la face, y déterminent les plus hideuses déformations, et finissent par compromettre la vie ou obstruent les voies respiratoires et digestives.

Parmi toutes les méthodes opératoires proposées pour la guérison de ces tumeurs, une seule jusqu'à présent a été reconnue efficace et radicale : c'est celle de Flaubert (de Rouen). Elle consiste à extirper préalablement l'os maxillaire supérieur pour aller saisir le polype à son point d'implantation. Mais quand on l'exécute par les procédés ordinaires, cette précieuse méthode est d'une exécution si longue et si compliquée, elle détermine sur le visage de si graves mutilations que les chirurgiens hésitent à en faire usage ou ne s'y décident qu'à la dernière extrémité.

Par mon procédé, tous ces inconvénients disparaissent, et l'opération, tout en conservant son efficacité, a l'immense avantage de s'exécuter avec une rapidité merveilleuse, et de ne laisser aucune trace sur le visage. Au moyen d'une pince incisive puissante, dont un des mors est introduit dans la narine, l'autre dans la bouche, j'incise d'un seul coup la voûte palatine ; avec la même pince dont un des mors reste dans la narine, tandis que l'autre embrasse la face externe du maxillaire, j'opère la section transversale de l'os, qui, n'ayant plus de soutien, est extrait facilement, et met à découvert l'insertion du polype, dont il devient alors très simple de faire l'extirpation radicale.

Comme complément de cette description, je rapporte dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie l'observation d'un jeune homme auquel j'ai fait l'application de ce procédé, et qui, en quelques semaines, a été guéri radicalement sans qu'il restât sur son visage la moindre mutilation. »

M. *Gouriet* (de Niort) soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Théorie chimique pour expliquer l'assimilation du phosphate calcaire et la nécrose phosphorée. Conséquences physiologiques qui en dérivent.* (*Comm. :* MM. Pelouze, Payen, Cl. Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 AOUT 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Serradelle* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Latour, de Carol et de Parta en 1859 et 1860. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Garay* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au printemps dernier dans la commune d'Alleyras (Haute-Loire). — *c*. Un rapport de M. le docteur *Casseau* sur une épidémie de croup et d'angine qui a régné en 1859 dans l'arrondissement d'Alby. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Poulet* sur une épidémie de scarlatine qui a régné en 1860 dans la commune de Planchet-les-Mines (Haute-Saône). — *e*. Un rapport de M. le docteur *Prieur* sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans la commune de Montureux en 1860. — *f*. Les rapports d'épidémies des départements du Puy-de-Dôme, d'Ille-et-Vilaine et d'Eure-et-Loir pour 1859. (*Commission des épidémies.*) — *g*. Les rapports sur le service médical des eaux minérales suivantes : du Vernet (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Protowski ;* du Monestier (Hautes-Alpes), par M. le docteur *Chobrod*, et du département de l'Ariége, par MM. les médecins-inspecteurs de ces départements.

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre intermittente observée dans quelques communes du département des Basses-Pyrénées pendant l'année* 1859, par M. le docteur *Duboué* (de Pau). (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une note sur un nouvel emploi du sulfate d'atropine, par M. *Bergouhnioux*, élève des hôpitaux. (*Comm. :* M. Boudet.) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Follin*, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le portant sur la liste des candidats pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. — *d*. Une note sur les bains d'essence de térébenthine, par M. *Hoffmann*, pharmacien à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e*. Un mémoire sur le traitement de la blennorrhagie par les purgatifs et les injections, par M. le docteur *Desparquets*. (*Comm. :* M. Gibert.) — *f*. Une note relative à la transmission des sons au cerveau au moyen d'un corps solide appliqué d'une part sur les incisives de l'individu atteint de surdité, et d'autre part sur le larynx de son interlocuteur, par M. le docteur *Jourdanet*. (*Comm. :* MM. Malgaigne, Gavarret, Poiseuille.)

M. *Delafond* offre à l'Académie, de la part de M. le ministre du commerce, deux volumes du *Traité complet d'hippologie et d'hippiatrie arabes, traduit de l'arabe d'Abou Bekr ibn bedr*, par M. Perron, ancien directeur de l'école de médecine du Caire.

M. *Gavarret* offre, au nom de M. Janssen, une thèse soutenue devant la Faculté des sciences, sur l'absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil.

M. *Devergie* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient d'éprouver par le décès de M. Collineau, et donne lecture d'une courte notice à laquelle nous empruntons les passages suivants :

« Né en 1783, M. Collineau, sans fortune, reçut d'un curé de village les éléments de l'éducation première ; mais il ne dut qu'à lui-même de compléter cette éducation.

» Arrivé à Paris après quelques études médicales préliminaires, faites à Angers et à Saumur, M. Collineau y fut accueilli par un médecin très occupé, M. Didié, attaché à la prison de Saint-Lazare et à celle des Madelonnettes ; il en devint l'élève ; il visitait avec lui ses malades de la ville, selon l'usage d'alors.

» A peine avait-il obtenu le grade de docteur que son protecteur et son maître vint à succomber ; il laissait sans fortune une veuve et sept enfants. M. Collineau n'hésita pas ; il s'installa dans le cabinet et dans l'appartement de M. Didié, et soutint, par son travail, cette nombreuse famille, dont il devint et l'appui et le père, car à la mort prochaine de la veuve il acceptait la tutelle des sept enfants.

» Comme médecin, il eut une carrière aussi bien remplie. Nommé médecin de Saint-Lazare, il publia successivement plusieurs mémoires importants *sur les fièvres essentielles, sur l'absorption par les vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques ; un mot sur les romans envisagés sous le rapport médical ;* plusieurs rapports à l'Académie ; un traité publié en 1843, sous ce titre : *Analyse physiologique de l'entendement humain d'après l'ordre dans lequel se manifestent, se développent et s'opèrent les mouvements sensitifs, intellectuels, affectifs et moraux.*

» M. Collineau, hier encore assis au milieu de nous, ne comptait dans cette enceinte, que d'affectueux collègues, que d'affectueux amis. »

M. *Cloquet*, après avoir annoncé qu'une députation de l'Académie a assisté aux obsèques de M. Duméril, invite M. Piorry à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de son respectable collègue de la Faculté de médecine. Cette lecture est accueillie avec faveur.

Lectures.

M. *Robinet*, au nom de la commission des remèdes secrets et

nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion par l'Académie.

M. *Cazalas* donne lecture d'un mémoire sur les affections typhiques de l'armée d'Orient. (*Commissaires :* MM. Bouillaud, Barth et Briquet.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur des végétations épithéliales obstruant la plus grande partie du canal de l'urèthre, par M. le docteur Roger.

Les excroissances ou fongosités uréthrales, comme cause de rétrécissement, ont été niées par Morgagni, Desault et autres. C'était une réaction assez naturelle contre l'erreur de leurs prédécesseurs, qui les considéraient comme très fréquentes. « A la manière dont ils en parlent, disait J. Hunter de ceux-ci, comme de choses qui leur sont familières, et à la rareté des cas où ces excroissances existent réellement, on est tenté de croire que cette cause d'obstruction a été primitivement admise par théorie et non par l'observation, et qu'ensuite cette manière de voir a été transmise comme l'expression d'un fait.

Toutefois, le *fait* existe. Sœmmering, Amussat, M. Ricord et bien d'autres en ont cité des exemples ; seulement, il ne paraît pas que l'on ait trouvé ces excroissances en aussi grand nombre et recouvrant une aussi vaste étendue que dans le cas de M. Roger.

Il s'agit d'un malade chez lequel M. Roger fut appelé quelques heures avant sa mort, à l'effet de pratiquer le cathétérisme; il n'a pu recueillir sur le début et la marche de l'affection que quelques renseignements naturellement incomplets. Le sujet n'avait jamais eu d'affection vénérienne, de quelque nature que ce soit. Il prétendait avoir remarqué dès son enfance que le jet d'urine était plus mince qu'il n'eût dû l'être s'il eût été à l'état normal. Par la suite, il a encore diminué. La miction, toutefois, n'avait jamais été empêchée totalement, si ce n'est depuis vingt-quatre heures.

La verge, de dimensions considérables, était allongée et dans un état de semi-érection, état qui, du reste, lui était habituel. Quelques gouttes de sang, résultant de tentations infructueuses de cathétérisme, suintaient du méat.

Dès l'entrée du canal, une sonde très mince pouvait seule pénétrer; encore était-elle arrêtée à chaque instant et dans toutes les directions : elle semblait être serrée entre des aspérités à frottement rude. La sonde courbe étant abandonnée pour la sonde droite, et la verge fortement tendue, l'introduction se fit assez facilement, sans douleur ni écoulement sanguin. Le malade, phthisique à la dernière période, succomba pendant la nuit.

A l'*autopsie*, on trouva le canal de l'urèthre considérablement élargi, distendu par des corps papillaires; sa plus grande largeur au-dessus du bulbe était de 6 centimètres. Ses parois étaient fortement épaissies et indurées. Les végétations s'étendaient depuis le bulbe jusqu'au méat; il en existait même une, comme une plaque isolée de 1 centimètre, sur la muqueuse de la région prostatique, à l'endroit où, suivant la remarque de M. Gluge, siége quelquefois le cancer épithélial. Ces végétations étaient globuleuses, ramifiées en forme de villosités de la grosseur d'un pois à celle d'une tête d'épingle. Elles étaient formées aux dépens de la muqueuse, espèce d'hypertrophie papillaire dont la plus grande masse était composée de cellules épithéliales arrondies ou à noyaux. (*Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, bulletin n° 3, 1860.)

Note sur les annexes fœtales dans les grossesses gémellaires, par M. le professeur J. Spaeth (de Vienne).

Les observations de M. Spaeth portent sur 126 grossesses gémellaires. Voici quelle était par ordre de fréquence la disposition des annexes dans ces cas :

49 fois, 2 placentas distincts, 2 chorions et 2 amnios.
46 fois, placentas soudés, 2 chorions et 2 amnios.
28 fois, placentas soudés, un seul chorion et 2 amnios.
2 fois, placentas soudés, un seul chorion et 1 amnios unique.

Dans un cas où les placentas étaient soudés et où il existait un chorion unique, il fut impossible, en l'état de délabrement de la pièce, de s'assurer de l'état de l'amnios.

Dans les cas où les placentas étaient soudés, la ligne suivant laquelle la fusion s'était opérée était souvent indiquée par une dépression manifeste à leur face concave et par des dépôts fibrineux peu abondants, et cette ligne de démarcation existait même dans des cas où, les placentas étant confondus, le chorion était unique, et lorsqu'il existait des communications vasculaires évidentes entre les deux placentas sur leur face fœtale.

Dans aucun des cas où le chorion était unique il ne présentait le plus léger indice qui permît d'admettre qu'il s'était formé par la fusion de deux chorions primitivement distincts. Au niveau de la ligne qui séparait les deux amnios, le chorion était toujours parfaitement lisse et uni, et ne présentait jamais ni épaississement, ni dépression, ni étranglement.

Dans les cas où il y avait deux chorions distincts et où les placentas étaient soudés, leurs vaisseaux étaient toujours indépendants et ne présentaient jamais d'anastomose. Les communications vasculaires entre les deux placentas existaient au contraire dans les deux cas où l'amnios était unique, et dans celui où on resta dans le doute à l'égard de la simplicité ou de la duplicité de l'amnios ; elles existaient également dans 17 des 28 cas dans lesquels un chorion unique enveloppait deux amnios distincts.

Ces anastomoses se faisaient toujours par des branches assez volumineuses situées très superficiellement à la face interne du placenta. On les a constatées, dans tous les cas dont il s'agit ici, par des injections directes. Il résulte de là que, dans le plus grand nombre des cas où les placentas sont soudés, et où il n'existe qu'un chorion unique, les réseaux vasculaires des deux placentas sont reliés ensemble par des communications assez libres. Au reste, ces anastomoses se font, soit de veine à veine, soit de veine à artère. Dans un cas, M. Spaeth a même noté une anastomose entre une artère de l'un des fœtus, et une veine de l'autre.

Ces faits sont loin d'être nouveaux ; seulement, la fréquence relative des diverses dispositions n'avait pas été déterminée avec toute la précision désirable. Le travail de M. Spaeth comble cette lacune. Il serait, du reste, inutile de s'étendre longuement sur l'importance que les particularités anatomiques en question ont au point de vue pratique. La fréquence des anastomoses doit toujours faire redouter que le deuxième fœtus meure d'hémorrhagie si l'on ne lie pas le bout placentaire du premier cordon après l'avoir coupé. M. Spaeth cite un cas de ce genre, et les annales de la science en renferment malheureusement un assez grand nombre. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Ærzte zu Wien*, n° 157 ; 1860.)

Luxation complète en haut et en arrière du deuxième métatarsien ; réduction à l'aide d'un procédé particulier, par M. le docteur Brault, médecin en chef de l'hôpital militaire de Colmar.

Un cuirassier montait un escalier lorsque son sabre, en se décrochant, lui passa entre les jambes et le fit trébucher sur la marche. Le bout du pied gauche porta contre cette marche et se renversa fortement en dehors, tandis que le sabre et le genou droit vinrent presser fortement sur le pied gauche au niveau des os cunéiformes. Quand le blessé se releva, il ne pouvait plus s'appuyer sur la jambe gauche; il fut immédiatement transporté à l'hôpital, où M. Brault constata une luxation complète du deuxième métatarsien en haut et en arrière. Cet os, si solidement fixé dans son articulation, en avait été violemment chassé par suite de la courbure exagérée et de la torsion du pied pendant l'accident, aidées de la pression du sabre et du genou droit; il chevauchait sur le deuxième cunéiforme, et formait une saillie de 15 millimètres environ, très distincte, sur le pied malade. Il y avait, en outre, une petite plaie au niveau du deuxième cunéiforme, à l'endroit où le sabre avait pris son point d'appui.

Des tentatives de réduction furent immédiatement faites, et tandis qu'un infirmier opérait des tractions très fortes sur le bout du pied, qu'il avait saisi à pleine main, M. Brault essaya de replacer le métatarsien, qu'il parvint, après des pressions excessives, à ramener un peu vers son articulation. Le lendemain, 20 mai, il essaya de nouveau, après avoir chloroformé le malade jusqu'à résolution complète, et malgré des efforts multipliés il ne put obtenir une réduction plus notable que la veille. On appliqua alors un bandage compressif et des fomentations résolutives.

Le 27 mai, aucun accident n'étant survenu, M. Brault se décida à faire de nouvelles tentatives. Il eut d'abord l'idée de se servir d'un poinçon, ainsi que l'avait fait M. Malgaigne; mais, redoutant des accidents, il préféra employer un moyen beaucoup plus simple, et qui lui réussit au delà de toute attente. Après avoir matelassé la plante du pied, il passa comme un sous-pied une forte bande qu'il fixa à la pièce supérieure d'un tourniquet. Entre le pied et la pelote, il plaça un petit cylindre de bois dur, de 3 centimètres de haut, garni de charpie, qu'il appuya contre la tête de l'os luxé, dans une direction oblique d'arrière en avant, parallèle d'ailleurs à l'axe du tibia; puis, faisant agir la crémaillère, il obtint une force assez puissante, aidée de la pression des doigts, pour ramener presque entièrement l'os à sa place. Il suffit alors d'une pression un peu forte dans une direction perpendiculaire à l'axe du pied pour obtenir la réduction complète.

Le bandage contentif consista en une plaque de liége surmontée d'une compresse graduée et soutenue par une bande fortement appliquée contre une attelle plantaire solide dépassant un peu le pied de chaque côté. Des fomentations d'eau blanche furent continuées jusqu'au 31. Alors la réduction s'étant maintenue, et le gonflement ayant disparu, on appliqua un appareil inamovible. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1860, n° 6.)

Du traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb, communication à la Société de médecine de Strasbourg, par M. Strohl, professeur agrégé.

Après avoir employé, à l'exemple de Ritscher et de Burkardt, le sucre de Saturne dans des pneumonies qui avaient résisté au tartre stibié, etc., M. Strohl est arrivé à prescrire ce sel de plomb dans les formes les plus diverses de pneumonie, et enfin à le prescrire exclusivement, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adulte ou d'un vieillard, et cela, dit-il, avec des résultats qui l'engagent de plus en plus à persévérer dans cette voie.

« Je suis sobre, dit M. Strohl, d'émissions sanguines générales. Quand il y a pléthore, forte congestion sanguine, je saigne une fois, rarement deux; sinon, je me borne à faire appliquer quelques ventouses scarifiées ou quelques sangsues. Dès le début, je donne l'acétate de plomb; je le donne à doses assez élevées, de 25 à 35 centigrammes, et je vais parfois jusqu'à 50 centigrammes. Le pouls ne tarde pas à baisser de 10 à 15 pulsations; il tombe même quelquefois au-dessous du chiffre normal. Les symptômes locaux continuent d'abord à s'étendre; le souffle persiste et augmente même; les râles crépitants semblent gagner en force et en étendue. Mais bientôt le malade éprouve une sensation de bien-être; c'est qu'alors commence à s'opérer la résolution de l'inflammation pulmonaire. Dès ce moment, dès que les symptômes locaux s'améliorent, je suspends l'administration du sucre de Saturne; le travail de résolution achève de s'accomplir tout seul. La convalescence se déclare au bout de cinq, six, huit, quelquefois douze jours de traitement, mais une convalescence bien franche; l'appétit se fait sentir avant que la résolution soit complète; les forces reviennent promptement.

» Chez les enfants, même très jeunes (de six à huit mois), et chez les vieillards, l'acétate de plomb fait obtenir des résultats tout aussi satisfaisants, même dans les cas les plus difficiles. Cet agent thérapeutique m'a encore parfaitement réussi dans quelques cas de pneumonies secondaires sur des sujets phthisiques, et de pneumonies venant à compliquer des fièvres typhoïdes. Toutefois, dans ce dernier cas, je n'ai pas par devers moi les résultats d'une expérimentation assez multipliée pour me permettre de me prononcer d'une manière absolue. »

M. Strohl trouve, en définitive, le traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb plus avantageux que le traitement classique. Il est au moins aussi prompt. « Il ménage, dit l'auteur, les forces du malade; il peut être toujours employé, même malgré la coïncidence de quelques autres états maladifs; la convalescence ne se fait pas attendre, et jamais je n'ai vu d'accidents être la suite de l'administration de ce médicament. Ce n'est pas à dire que je n'aie pas subi des insuccès; mais ils ont été plus rares que ceux qu'enregistre le traitement classique. » (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1860, n° 5.)

Note sur les effets remarquables de l'emploi du chloroforme, intus et extra, dans le traitement de la contracture spasmodique des extrémités, par M. le docteur F.-A. Aran.

Le traitement à diriger contre la contracture spasmodique des extrémités est resté jusque-là fort incertain, et les moyens que l'on a employés dans ce but (antiphlogistiques, révulsifs, etc.) ont été trouvés le plus souvent très peu efficaces. M. Aran lui-même, dans une épidémie de contracture qu'il a observée, et dont il a donné la description à la Société médicale des hôpitaux, avoue qu'il s'est trouvé très embarrassé, et que, à part l'extension prolongée des membres contracturés et les applications révulsives faites sur ces mêmes muscles, il n'avait trouvé rien de bien satisfaisant. Il a été amené à essayer l'emploi du chloroforme en réfléchissant aux bons résultats que lui avaient fournis, dans un cas de contracture très grave et véritablement tétanique, les inhalations de cet agent, et dans deux ou trois autres cas, les applications topiques de chloroforme sur les membres contracturés.

En employant le chloroforme à l'extérieur et à l'intérieur (2gr,50 dans une potion) dans une contracture spasmodique des extrémités des plus intenses, portant à la fois sur les membres supérieurs et sur les inférieurs, M. Aran vit cette affection céder en quelques heures. Reste à savoir seulement quel est des deux modes d'administration du chloroforme, des applications extérieures ou de l'ingestion par la bouche, celui auquel il faut rapporter la plus grande part dans le succès, ou si tous les deux ont contribué au soulagement et à la guérison. Quelques essais, dit M. Aran, tentés, mais, il faut l'avouer, sans grande suite et avec beaucoup de réserve lors de cette épidémie de contracture dont j'ai donné la description à la Société médicale des hôpitaux, m'avaient bien fait voir les bons résultats que l'on pouvait attendre des applications topiques de chloroforme sur les muscles contracturés; mais l'amélioration avait été momentanée, et je me demande par conséquent si, tout en accordant aux applications externes une très grande part dans le soulagement obtenu, il ne faut pas faire honneur de la guérison définitive à l'ingestion du chloroforme à une dose un peu élevée. J'ai fait cesser si souvent des phénomènes spasmodiques par le chloroforme administré à l'intérieur, qu'il m'est impossible de ne rien accorder dans le succès à une médication qui a triomphé entre mes mains des phénomènes spasmodiques de la colique de plomb, de la colique hépatique, néphrétique, etc.

Pour les applications topiques, M. Aran se sert d'un linge fin et simple imprégné de chloroforme; il n'est même pas nécessaire que le linge soit imbibé partout, mais seulement dans la partie qui se trouve en contact avec les muscles contracturés. Le contact du chloroforme avec les parties malades doit être assuré par plusieurs tours de bande. Quant à la quantité de chloroforme à donner à l'intérieur, on peut, sans inconvénient et sans danger, en donner de quarante à cinquante gouttes dans une potion gommeuse de 125 à 150 grammes, par cuillerée, d'heure en heure. Tout au plus déterminerait-on un peu d'ivresse. (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LVIII, 6e livraison.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Sur les rétrécissements de l'urèthre.

(Suite. — Voir le numéro 32.)

M. Thompson admet des rétrécissements *linéaires*, *annulaires*, *annulaires indurés*, et *irréguliers* ou *tortueux*. Il pense qu'il ne peut y avoir d'oblitération sans fistule et que la cause en est presque toujours traumatique. Il signale dans les musées anglais plusieurs cas de brides libres par leur milieu et adhérentes aux parois uréthrales par leurs extrémités ; il les regarde comme le produit de fausses routes. C'est également l'impression que quelques cas semblables nous ont laissée.

Après avoir rapporté l'opinion d'auteurs très nombreux relativement au siége des rétrécissements, il nous donne la sienne, qui est basée sur l'examen de 300 pièces au moins. Il avait dit dans une première édition que la partie la plus souvent rétrécie est le point de jonction des régions spongieuse et membraneuse ; que celui qui est à un pouce au-devant l'est presque aussi souvent ; que la partie intermédiaire l'est beaucoup moins, et que la région membraneuse l'est très rarement. Un nouvel examen l'a conduit à reconnaître que la partie du bulbe antérieure d'un pouce à sa jonction avec la région membraneuse est la plus souvent rétrécie, et que l'aptitude au rétrécissement paraît diminuer à mesure qu'on approche de cette jonction. Cette question du siége précis des rétrécissements situés vers la courbure du canal est de la plus grande importance pour le cathétérisme, et surtout pour le cathétérisme forcé. Nous avons fait remarquer en 1845 que quelquefois on abaisse trop tôt le pavillon de l'instrument, croyant être arrivé à la portion ascendante du canal, et qu'on fait ainsi une fausse route dans la paroi supérieure du bulbe, au-devant de l'obstacle (*Recherches sur les rétrécissements*, p. 80).

Au point de vue de la fréquence des rétrécissements, l'auteur établit trois divisions du canal : la première, comprenant la région membraneuse et 2 ou 3 centimètres du bulbe ; la seconde occupe un peu plus de la moitié, et la troisième le reste de ce qui se trouve au-devant de la première. Sur 320 rétrécissements, il en a trouvé 215 dans la première région, 51 dans la seconde et 54 dans la troisième. Sur ce même nombre de 320, 185 n'offraient qu'un rétrécissement dans la première région, 17 dans la seconde et 24 dans la troisième ; dans 8 cas, l'urèthre était rétréci dans les trois régions ; dans 10, il ne l'était que dans la première et la seconde ; dans 10, il l'était dans la première et la troisième ; dans 13, il l'était dans la seconde et la troisième.

Enfin il croit pouvoir affirmer qu'il n'y a pas un seul cas de rétrécissement de la région prostatique dans les musées de Londres, d'Édimbourg et de Paris.

Quant aux symptômes, nous nous bornerons à quelques remarques sur les points seulement qui offrent de l'originalité.

La forme du jet urinaire, qui peut être aplati, entortillé, éparpillé, bifide, n'indique qu'une chose, aux yeux de M. Thompson comme aux nôtres (*Recherches* de 1841, p. 325), c'est que l'urine n'arrive pas au méat en assez grande abondance pour en écarter complétement les lèvres.

Il a remarqué que, lorsque la miction est achevée et que le malade a rajusté ses vêtements, il survient encore quelques gouttes d'urine, et il s'en prend à ce que la présence du tissu induré ne permet pas aux parois du canal de se rapprocher et aux muscles qui le ferment d'exercer complétement leur action. Comme ce phénomène se présente également dans des cas où il n'y a pas autre chose qu'une inflammation chronique, nous l'avons attribué à un état contraire, à ce que le passage de l'urine provoque un spasme des muscles qui ferment la région membraneuse et à ce que les dernières gouttes, qui ne sont plus poussées par les contractions de la vessie, s'arrêtent dans la région profonde du canal jusqu'à ce que le spasme ait cessé. Nous pensons qu'il en est de même dans certains cas de rétrécissement.

Les fréquents besoins d'uriner qui surviennent, l'auteur les attribue, soit à une hypertrophie concentrique de la vessie, soit à une irritation de ses parois, soit à une acidité trop grande de l'urine, soit, et plus communément, à ces trois conditions réunies. Il dit que des pertes séminales résultent aussi de l'irritation des vésicules séminales ; mais il ajoute qu'elles *peuvent être*, en outre, amenées par la dilatation que les conduits éjaculateurs et prostatiques éprouvent, comme l'urèthre, par la pression de l'urine derrière l'obstacle. Cette dilatation des conduits éjaculateurs existe réellement ; mais est-ce bien ainsi qu'elle est produite ? On le croit généralement ; néanmoins, pour que l'urine dilatât les canaux éjaculateurs, il faudrait qu'elle y entrât à chaque émission ; or, nous laissons à penser quelles en seraient les conséquences. N'est-il pas probable que cette dilatation naît souvent de la difficulté que le sperme éprouve à s'épancher dans la région prostatique, gêné qu'il est dans son passage au travers du point rétréci ?

Parfois, dit M. Thompson, la rétention d'urine est le premier symptôme qui appelle l'attention des malades, et celle-ci a lieu après une exposition au froid, l'abus d'alcooliques, de rapports sexuels, etc. Dans quelques cas aussi le symptôme le plus saillant est la rétention, bien qu'on puisse encore passer un cathéter volumineux : elle se produit en toute occasion, le cathétérisme ne soulage pas, et les tentatives de dilatation sont suivies d'une inaptitude plus ou moins longue à rendre l'urine, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à des numéros très volumineux. Rien n'est plus vrai que ce tableau ; mais l'auteur regarde comme lui étant intimement liés les cas dans lesquels le rétrécissement se resserre rapidement après la dilatation, comme le ferait du caoutchouc. Pour nous, cette sorte de rétrécissement est beaucoup plus rare que les symptômes qu'on lui attribue ; d'où il suit que ceux-ci demandent presque toujours une autre explication. La vraie cause c'est, nous l'avons dit et nous l'affirmons de nouveau, le spasme et la contracture des muscles de la région membraneuse et du col de la vessie sous l'influence d'une irritation ; pour M. Thompson, « une portion de l'urèthre déjà rétrécie par un dépôt plastique peut encore avoir son calibre temporairement diminué par une action des fibres musculaires involontaires qui l'entourent *dans quelque partie du canal que ce soit*. » C'est sa seconde classe de rétrécissements *mixtes*.

On a beaucoup agité, dans ces derniers temps, la question de la fièvre uréthrale, mais aucune des théories émises ne nous semble embrasser la totalité des faits. M. Thompson l'attribue, ainsi que la mort rapide qui la suit quelquefois, à une sorte d'empoisonnement par l'urée, à une perturbation qui arrête soudainement et absolument son élimination. Il rapporte un cas de stricture étroite et ancienne dans lequel la mort survint cinquante-quatre heures après le passage d'un instrument qu'on avait déjà introduit plus d'une centaine de fois, et, bien que des observateurs attentifs n'aient trouvé aucun désordre dans l'urèthre, des vomissements survinrent une heure après le cathétérisme, et pas une once d'urine ne fut secrétée jusqu'à la mort. Les reins étaient congestionnés à un degré extraordinaire, et leur substance était si molle qu'elle cédait à une légère pression. Aucune trace d'inflammation dans les autres parties de l'appareil urinaire. Nous avons dit que la résorption de l'urine en nature nous semble une autre cause incontestable (*Rech.* de 1856, p. 461) ; M. Thompson admet également cette opinion.

E. Home a dit et tous les chirurgiens ont répété que l'hypertrophie de la prostate est souvent l'effet des rétrécissements. Nous avons soutenu, au contraire, que cette complication est très rare, même chez les vieillards. Comme notre opinion a été combattue, nous étions désireux de savoir ce qu'en pense M. Thompson ; or, il nous dit : « Il est presque superflu d'ajouter que l'hypertrophie sénile de la prostate est tout à fait indépendante des rétrécissements et sans lien avec eux. »

Après avoir exposé l'opinion des différents auteurs sur les causes des rétrécissements, il fait remarquer que tous n'ont donné que des résultats généraux, et qu'aucun n'a consulté la statistique.

Pour suppléer à cette lacune, il a rassemblé 220 faits, dont 143 extraits des registres d'observations de l'hôpital du collége de l'Université, et 49 rapportés avec soin dans les journaux, et recueillis aussi presque tous dans les hôpitaux, ce qui signifie, dit-il, que ces 192 cas sont de la pire espèce. Sans entrer dans les détails, voici le résultat final de l'analyse de ces 220 cas :

Inflammation blennorrhagique	164
Blessures du périnée	28
Cicatrices de chancres	3
Cicatrices d'affection phagédénique	1
Vices congénitaux, comprenant les cas où l'urèthre était étroit de naissance (étroitesse du méat ou de la fosse naviculaire) et ceux dans lesquels une irritabilité marquée des organes urinaires existant dès l'enfance s'accompagnait d'un jet extraordinairement petit	6
Empoisonnement par le nitre, lithotritie, masturbation, de chaque 1 (faits recueillis dans les journaux)	3
Rétrécissements inflammatoires vrais, comprenant les rétrécissements *temporaires* et la rétention par inflammation aiguë soudaine, habituellement causée par des excès et disparaissant par résolution	8
Rétrécissements spasmodiques vrais par irritations autour du rectum	2
— — sans cause appréciable	2
— — par acidité trop grande ou par alcalinité de l'urine	3
	220

Il serait inutile de dire en quoi pèche cette analyse : c'est moins une statistique des causes des différentes espèces de rétrécissement que celle des causes qui ont amené la rétention d'urine par inflammation de l'urèthre. Les remarques suivantes laissent également à désirer.

Des 164 cas attribués à la gonorrhée, dans 90 la maladie est donnée comme chronique ou négligée ; dans 3, elle fut attribuée par les malades à de fortes injections ; dans 6, l'écoulement est dit avoir entièrement et rapidement cédé au traitement ; mais dans 5 de ces cas le rétrécissement apparut presque immédiatement ; dans 4 autres, il survint presque avec la gonorrhée ; dans les 61 derniers, il n'est pas question de chronicité, etc.

Dans ces mêmes 164 cas, 10 fois la maladie apparut immédiatement après ou pendant l'invasion de la gonorrhée ; 71 fois au bout d'une année ; 41 fois au bout de 3 ou 4 ; 22 fois au bout de 7 ou 8 ; 20 fois de 8 à 20 et 25.

Les chapitres dans lesquels M. Thompson s'occupe du traitement contiennent d'excellentes choses, mais ils laissent à désirer quant à la méthode.

A propos des rétrécissements passagers, il ne s'occupe guère que des cas qu'il nomme rétrécissements inflammatoires, et cela pour remédier à la rétention. Il ne partage pas l'opinion de ceux qui débutent alors par l'opium, les bains et la saignée ; il pense, et selon nous avec raison, que ce n'est pas la meilleure marche à suivre quand on a l'expérience de la sonde ; mais nous avouons que, malgré le poli de celles d'argent et une certaine habitude, nous ne partageons pas la prédilection qu'il a pour elles dans ces circonstances. Il dit que rien n'est changé alors dans la direction du canal : on a vu que notre avis est bien différent, et que les déviations du conduit ont beaucoup plus d'influence alors que la diminution de son calibre. Nous préférons donc une sonde élastique de 3 ou 4 millimètres à forte courbure, ou bien une petite sonde conique boutonnée à son extrémité, après avoir imprimé à cette extrémité une courbure permanente en forme de coude, le tout pour pénétrer plus facilement dans la région membraneuse ou franchir le col de la vessie. Ceci se comprend après ce que nous avons dit. S'il est besoin, quand elles sont engagées, de donner une certaine résistance à ces sondes, on introduit un fil métallique dans leur canal, mais jamais jusqu'aux yeux.

Lorsque le cathétérisme n'a pas réussi, M. Thompson conseille un bain entier de 39 ou 40 degrés centigrades au moins, dans le but de diminuer la congestion locale en attirant le sang à la peau et en déterminant une abondante transpiration : le spasme se relâche, et il n'est pas rare que l'urine se fasse jour. Dans le cas contraire, on ne laisse pas le malade plus de vingt à trente minutes dans le bain, on l'enveloppe de linges chauds, on le remet au lit, et on lui donne une forte dose d'opium. Si le sujet est robuste, ventouses scarifiées au périnée, et, à défaut d'un ventouseur habile, douze ou vingt sangsues que l'auteur trouve moins efficaces. Si quelques gouttes d'urine se sont échappées, au bout de deux heures un purgatif actif (une goutte d'huile de croton ou lavement de coloquinte). Si rien n'est sorti, nouvelle dose d'opium et nouveau cathétérisme, dans la pensée que l'urèthre est au moins revenu à des conditions meilleures.

Quand ces accidents ne font que compliquer un rétrécissement permanent, ce qui, selon l'auteur, est le cas le plus ordinaire, il emploie une sonde d'un volume proportionné au jet habituel de l'urine. Il n'est pas rare, ajoute-t-il, que l'ovaire s'échappe avant même que la sonde ait franchi le rétrécissement. Cette circonstance, qui n'est pas rare en effet, ne peut s'expliquer que par la cessation d'un spasme.

Il paraît qu'il est des praticiens en Angleterre qui emploient la teinture de sesquichlorure de fer dans tous les cas de rétention d'urine, et presque comme spécifique, à la dose de 15 à 20 *minims*, toutes les dix ou quinze minutes pendant une heure. M. Thompson ne dit rien de ce moyen, dans lequel il ne paraît pas avoir grande confiance. Il en a bien plus dans le chloroforme, proposé en 1852 par W. Mackenzie (d'Édimbourg) ; il l'a vu, « administré comme dernière ressource, » donner issue à l'urine à plein canal, et quand même il ne réussit pas il facilite le cathétérisme.

M. Thompson n'a pas fait d'article spécial sur le traitement des rétrécissements spasmodiques ; mais on voit que tous les moyens thérapeutiques que nous venons de passer en revue s'adressent plus au spasme qu'à la congestion sanguine, ce qui justifie pleinement notre opinion sur les rétrécissements inflammatoires.

Outre cette confusion, son ouvrage présente encore une lacune : il n'a pas distingué les cas où le spasme a passé à l'état de contracture ou de rétraction ; il ne pouvait donc pas s'occuper de leur traitement. Ce sont cependant eux qui se resserrent si vite que M. Syme, qui les croit organiques dans tous les cas, et formés par un tissu adventice semblable à la tunique moyenne des artères, les désigne sous le nom de *rebondissants* (*resilient*) ; ce sont eux, nous croyons l'avoir démontré (*Rech.* de 1856, p. 367), qui ont fourni à l'uréthrotomie profonde la plupart de ses succès, et dans lesquels elle offre le moins de dangers. Nous ne pourrions probablement en dire autant de l'uréthrotomie périnéale (1).

Dr Aug. Mercier.

(La suite au prochain numéro.)

VI

VARIÉTÉS.

Notice sur le docteur Collineau, par M. Boys de Loury, secrétaire général de la Société de médecine de Paris.

Messieurs, la Société de médecine de Paris vient de perdre un membre des plus respectés et honorés parmi les anciens.

Dévouement, science et modestie, telles sont les qualités auxquelles n'a jamais failli Collineau dans une longue carrière qui, toute simple et modeste qu'elle a été, sans être accidentée par d'émouvants épisodes, n'en a pas moins été un modèle dans ce que le praticien a de plus élevé, l'honorabilité et la droiture.

Uni depuis près de trente ans au confrère dont je déplore avec vous la perte, permettez-moi, messieurs, de vous exposer l'ensemble de la vie de celui que j'étais heureux de saluer du nom de maître.

(1) « Les malades affectés de rétrécissements spasmodiques sont, dit M. Syme, un grand discrédit pour la chirurgie. S'ils sont pauvres, ils fréquentent les hôpitaux jusqu'à ce que, désespérant d'être soulagés ou déclarés incurables, ils tombent victimes d'une pratique plus zélée que discrète. S'ils sont riches, ils courent la bouline entre les divers praticiens de l'Europe jusqu'à ce que, la santé brisée, toute espérance déçue et peut-être la bourse vide, ils se retirent dans une affreuse séquestration. » Voilà l'état auquel nous avons trouvé des moyens de remédier, et auquel on remédierait dans la grande majorité des cas, si des hommes très répandus, que nous pourrions nommer, plutôt que de se familiariser avec la pratique de nos procédés qui ont été jugés favorablement par les cinq commissions qui les ont examinés, n'aimaient mieux terrifier l'esprit des malades en leur présentant ces procédés comme éminemment dangereux.

Né dans une petite commune des environs d'Angers, fils d'une veuve qui s'imposait pour lui les plus grandes privations, il commença ses études médicales à Angers, et deux ans après il fut envoyé à Paris pour les y continuer. A peine âgé de seize ans, avec une résolution qu'on ne devait pas attendre de son âge, doué d'une intelligence facile et de cette fine naïveté qu'il a gardée jusqu'à ses derniers jours, Collineau se mit résolûment à l'étude en suivant les leçons des maîtres qui ont illustré le commencement de ce siècle, et en 1808 il était docteur.

Nous le savons tous, messieurs, le diplôme ne donne pas le client, et Collineau, avec ses vingt-quatre ans, se trouvait dans la dure nécessité de retourner au pays natal, lorsqu'un événement imprévu le retint à Paris. Le médecin de la prison des Madelonnettes, fatigué avant l'âge, veut se démettre de ses fonctions; Collineau offre de les remplir en lui abandonnant la plus grande partie de ses appointements. Mais un praticien dont l'âge et les titres ont plus d'influence est nommé. Tout en était fini pour Collineau si le nouveau titulaire, instruit de ses projets, n'eût renoncé en sa faveur à sa position. Bien des années après, Collineau ne parlait pas sans attendrissement du désintéressement de Jacquemin, père de notre savant et aimé trésorier, qui lui-même a été notre président et l'un des membres les plus distingués de notre Société.

Si l'on aime à citer ces actions qui honorent notre profession, on est encore plus heureux lorsqu'on les voit tomber sur ceux qui en sont dignes. Le docteur Didier, le démissionnaire des Madelonnettes, en mourant peu de temps après, laisse une veuve et deux filles sans ressource; le jeune médecin n'hésite pas à continuer une pension qu'il ne devait plus; puis, adoptant cette famille, l'associant à sa bonne fortune, il lui reste fidèle jusqu'à ses derniers jours.

Sa bonne fortune, car le jeune Collineau, par son aménité, sa prudence, l'étendue de son savoir, se créait une bonne et nombreuse clientèle telle qu'il est difficile de s'en former de nos jours. Dans ce temps déjà trop éloigné par les mœurs, le médecin intime et conseil de la famille, que dis-je, de son quartier, était appelé pour toutes les maladies, il accouchait les femmes, il soignait les enfants; la pathologie était alors assez heureusement simple pour que le praticien l'embrassât dans son entier; excepté les grands accidents chirurgicaux, il traitait tout; aussi existait-il entre les familles et le médecin une confiance et une amitié réciproques que vous rencontrez maintenant bien rarement.

La clientèle, pourtant, ne faisait pas négliger à notre praticien les études de cabinet; c'est à elles qu'il dut d'être nommé, fort jeune, membre de notre Société; puis un mémoire très remarquable sur la diphthérite lui valut l'honneur d'être appelé au sein de l'Académie de médecine en 1824, deux ans après qu'elle venait d'être constituée.

La plupart de vous, messieurs, avez vu longtemps notre regretté confrère assister à nos séances; ce n'est que dans ces derniers temps qu'à son grand regret il demanda le titre d'honoraire : sa modestie ne l'y faisait pas venir pour y apporter des faits nouveaux, mais il s'engageait volontiers dans les débats de la discussion, et son septicisme, basé sur sa longue expérience, nous a fait plus d'une fois revenir sur nos propres opinions, non pas qu'il imposât les siennes, jamais personne plus que lui ne porta plus loin l'urbanité de la parole, il avait une bonhomie dans la narration qui se résumait dans un, que sais-je? tenant autant du Montaigne que du la Fontaine.

Et ce n'est pas sans raison que je cite ces deux auteurs, ses préférés; Collineau était éminemment lettré, les citations arrivaient chez lui de source, et le langage des classiques, il se l'était approprié. Porté aux études philosophiques, il y trouvait le seul délassement aux soucis, aux fatigues de la clientèle; ce n'est que fort tard, et sur la sollicitation de ses amis, qu'il fit paraître un grand travail sur l'entendement humain, aussi remarquable par la précision du style que par la force de la pensée.

Il est un côté sous lequel je veux encore vous présenter Collineau, pour que vous sachiez comment l'homme de bien, l'éminent praticien, remplissait les austères devoirs imposés au médecin des prisons.

Ne reconnaissant dans les infirmeries que des malades, il faisait une entière abstraction d'une culpabilité qu'il ne cherchait pas à connaître, tous ayant droit aux mêmes soins et aux mêmes égards. S'il manifestait quelques préférences, elles étaient accordées aux vieillards et aux plus indigents. Qui sait à quelle pénurie de matière médicale est réduit le médecin des prisons comprendra combien l'âme sympathique de Collineau eut à souffrir de cette impuissance en présence de maux que le médecin des hôpitaux peut combattre largement.

Pour tous les malades Collineau avait des paroles bienveillantes, mais il ne permettait jamais de ces confidences dans lesquelles il aurait pu perdre de sa dignité, dont la révélation aurait compromis l'accusé ou détourné le cours de la justice, car il comprenait que si sa mission était de soulager des infortunés, il se devait également à l'administration et à la société dont il avait la confiance. Rigide observateur de cette discrétion, dont il comprenait toute l'importance, il voyait avec inquiétude d'autres que lui pénétrer dans un service dont il se réservait toute la responsabilité. Et dans ces fonctions toutes de dévouement et exercées dans l'ombre, quelle sollicitude, que de soins, quelle exactitude parfaite qui ne l'ont abandonné qu'avec les derniers jours de sa vie ! L'administration, reconnaissante de ses services, l'avait récompensé depuis longtemps de l'ordre de la Légion d'honneur.

Je m'arrête ici, messieurs, sans avoir énuméré toutes les éminentes qualités de notre regretté confrère; sa modestie avait exigé qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe; ce n'est pas, je l'espère, lui désobéir que d'exposer devant la Société la carrière si pure d'un praticien dont la seule passion fut le travail et le désir de bien faire; vie calme par laquelle il acquit à grand'peine une aisance modeste renversée deux fois, vie exempte de reproches qui lui laissa entrevoir la mort sans effroi. Collineau s'est éteint le 15 avril à soixante-dix-huit ans, ayant conservé toute son intelligence jusqu'au moment de l'agonie.

PROGRAMME *d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris.*

I. — *Conditions d'admission.* — Le concours qui doit s'ouvrir en exécution du présent programme aura lieu : à Strasbourg, le 3 décembre 1860 ; à Montpellier, le 10 du même mois, et à Paris, le 17 du même mois. Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852, aujourd'hui modifié: 1° être né Français; 2° être docteur en médecine de l'une des trois facultés de l'Empire; 3° être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire; 4° n'avoir pas dépassé l'âge de trente ans à l'époque de l'ouverture des concours (*Cette limite est absolue, et nul ne pourra être admis à la dépasser que dans la proportion de services civils ou militaires antérieurs et pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite*); 5° avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre; 6° souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire. (*L'inexécution de cet engagement donnera lieu au remboursement des frais de première mise alloués aux stagiaires.*) Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants des première, sixième et dixième divisions militaires. La clôture de cette liste aura lieu à Strasbourg, le 25 novembre; à Montpellier, le 1er décembre, et à Paris, le 15 du même mois. Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier reconnus admissibles recevront, pour se rendre à Paris, une feuille de route portant allocation de l'indemnité attribuée au grade de médecin sous-aide.

II. — *Formalités préliminaires.* — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire : 1° son acte de naissance dûment légalisé; 2° le diplôme de docteur en médecine, ou le certificat d'aptitude à recevoir ce diplôme (*Ces pièces pourront n'être produites que le jour même de l'ouverture des épreuves*); 3° un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury d'examen; 4° l'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours; 5° pour les candidats comptant des services militaires ou civils, les pièces constatant ces services. L'entrée à l'École du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 5 au 10 janvier 1861.

III. — *Nature des épreuves.* — 1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale; 2° une épreuve orale de l'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratique ; 3° une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages. Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux officiers de santé militaires désignés par le Ministre. Après la dernière épreuve, le jury procède en séance particulière au classement des candidats par ordre de mérite. Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris. Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

IV. — *Mode d'exécution des épreuves.* — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury ; la question est la même pour tous les candidats. Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion. Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président, dans l'ordre

que le sort a fixé pour son audition ; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve. La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

V.— *Stage à l'École impériale du Val-de-Grâce.* — La durée de ce stage ne peut dépasser une année et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'École, les stagiaires sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'École, des appointements fixés à 2,160 francs par an. Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 francs, et payable : 250 francs au moment de leur admission à l'École et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 francs après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie. Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officier. En vertu du décret du 23 avril 1859 (art. 2), les médecins aides-majors de deuxième classe passent à la première classe après deux années de service effectif.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Commandeur. — M. Vaillant, médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées.

Officiers. — MM. Goffres, médecin-principal de 1re classe; Cesti, médecin-major de 1re classe ; Leroy, médecin-major de 1re classe, au camp de Châlons; Foucart (A.), médecin à Paris ; Tardieu (Ambroise), membre du Comité consultatif d'hygiène; Robert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Chevaliers. — M. le docteur Vingtrinier (de Rouen); MM. Marturé, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Rome ; Bouchery, médecin-major de 2e classe au 1er régiment étranger ; Béchade, médecin-major de 2e classe, à l'expédition de Chine ; Mirassou, médecin aide-major de 1re classe au 11e régiment d'artillerie ; Moufflet, chirurgien de 1re classe de la marine, à la Guadeloupe ; Léger, pharmacien-major de 1re classe, à l'hôpital de Tenez ; Dupuis, pharmacien-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Marseille; Charvet, vétérinaire en premier au 17e régiment d'artillerie ; Santy, médecin sanitaire à bord des paquebots de la Méditerranée ; Houssard, médecin des épidémies, à Avranches ; Lespès, médecin des épidémies, à Saint-Sever ; De Puissaye, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Enghien; De Crouseilles, médecin-inspecteur adjoint des Eaux-Bonnes ; Tournier, chirurgien-major dans la garde nationale de la Seine ; Trouard-Riolle, chirurgien en chef de l'hospice de Dieppe ; Mahu, médecin accoucheur de la Charité maternelle à Metz ; Oulmont, médecin à l'hôpital Lariboisière ; Leoncini (Stefano), médecin de la marine sarde ; De Agostini (Giovanni), médecin de la marine sarde.

— Par décret du 14 août 1860, ont été nommés :

A un emploi de médecin principal de 1re classe : M. Garreau, médecin principal de 2e classe à l'École impériale spéciale militaire ;

A un emploi de médecin principal de 2e classe : M. Menuau, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger ;

A un emploi de pharmacien principal de 2e classe : M. Choulette, pharmacien-major de 1re classe à la réserve de médicaments de Marseille.

— M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Cochin, a été nommé chirurgien de l'hôpital Necker, en remplacement de M. Lenoir. Par suite de ce changement, M. le docteur Desormeaux, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital Cochin, en remplacement de M. Morel-Lavallée. M. le docteur A. Richard, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. Desormeaux.

— M. le docteur Costilhes, médecin adjoint de Saint-Lazare, vient d'être nommé médecin titulaire de cet établissement, en remplacement de M. Collineau, décédé.

— Les obsèques de M. Duméril ont eu lieu au milieu d'un grand concours de savants et d'amis. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Milne Edwards, Is. Geoffroy Saint-Hilaire et Valenciennes, au nom de l'Institut et du Muséum ; par M. Piorry, au nom de l'Académie de médecine, et par M. Cruveilhier, au nom de la Faculté. M. Laboulbène a prononcé aussi quelques paroles de regret au nom de la Société d'entomologie.

Pour toutes les variétés ; A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Annales de l'électricité médicale (Journal mensuel, paraissant par cahiers de 24 pages in-8 ; rédacteur en chef, le docteur *H. Van Holsbeck* ; prix de l'abonnement, 10 fr. pour la France). — 1860. — N° 1. Observations de blépharoptoses guéries par l'électricité localisée, par *Van Holsbeck*. — Quelques mots à l'occasion de l'hypnotisme et du magnétisme, par *Liégey*. — Aphonie rebelle guérie par l'électricité, par *Desparquets*. — 2. De la colique et de la paralysie saturnines, et du rôle thérapeutique de l'électricité localisée dans ces maladies, par *Van Holsbeck*. — De l'application de l'électricité localisée au traitement des hémorrhagies utérines, par *Radford*. — Du rôle thérapeutique de l'électricité dans les affections utérines, par *Benoain*. — Observations d'atrophies musculaires guéries par l'électricité, par *Moussons*.

Revue médicale française et étrangère. — 1860. — 15 janvier. L'atmosphère maritime et le sel marin dans les maladies de poitrine, par *Garrière*. — 31 janvier. De l'alcool et des composés alcooliques dans les pansements, par *Bataillhé* et *Guillet*. — 15 février. Observation de cysticerques multiples développés dans le cerveau, par *Joire*. — 29 février. Stahl à Montpellier, par *Dussmäcker*.— Notions générales sur les maladies cutanées chroniques, par *Gintrac*. — 15 mars. Étude sur la cardite, par *Auburtin*. — 31 mars. Essai sur le vitalisme et l'organicisme, par *Brandicourt*. — 15 avril. Vitalisme et organicisme (fin). — De la contagion syphilitique, par *Auzias-Turenne*. — 30 avril. Lettre sur le principe du vitalisme, par *Boyer*. — De l'alimentation iodée comme moyen préservatif et curatif dans toutes les maladies où l'iode est employé à l'intérieur comme médicament, par *Boinet*. — 15 mai. Sur le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de cinchonine, par *Michel Lévy*. — 31 mai. Traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte par le saccharure de fleurs fraîches de colchique d'automne, par *Le Gler*.

Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire. — Tome I, 2e partie. Procidence de la main dans les cas de présentation du sommet, par *Gallois*. — Traitement de la grippe, par *Escoffier*. — Travaux relatifs à la théorie de la circulation, à une grossesse compliquée d'hydropisie, au croup, aux polypes du rectum, à la rétention du placenta, au renversement total de l'utérus, aux effets de la saignée dans les apoplexies, à l'action du seigle ergoté.

Bulletin des travaux de la Société de médecine de Marseille. — 1860. — N° 1. Notice nécrologique sur Jean-Baptiste-Antoine Ducros, par *Villard*. — Notice biographique sur Cauvière, par *Chapplain*. — 2. Empoisonnement par l'atropine, par *Roux*. — Expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille avec la poudre désinfectante, par *Pirondi*. — Dystocie par rétrécissement de la partie inférieure du vagin, par *Girard*.

Bulletin médical du nord de la France. — 1860. — Janvier. Canal anormal de communication entre la vessie et l'extérieur, par *Testelin*. — Février. Histoire de l'angine de poitrine et de son traitement, par *Kunckère*. — Rétention du placenta; extraction tardive, par *Godefroy*. — Mars, avril et mai. Histoire de l'angine de poitrine et de son traitement, par *Kunckère*.

Livres.

Anatomie et physiologie des glandes vasculaires sanguines, par le docteur *Liégeois*. Thèse. Grand in-8 de 72 pages et 3 planches. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Du gaz acide carbonique comme analgésique et cicatrisant les plaies, par le docteur *Salva*. Grand in-8 de 42 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Du rôle de l'eau dans les phénomènes chimiques, par le docteur *Lutz*. In-8 de 70 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme, par le docteur *Ernest Godard*. In-8 de 150 pages et 14 planches lithographiées. Paris, Victor Masson. 6 fr. 50

Recherches sur la substitution graisseuse du rein, par *le même*. In-8 de 32 pages et 3 planches. Paris, Victor Masson. 2 fr.

Der Vorfall oder Gebærmutter in Anatomischer und Klinischer Beziehung (L'antéversion de la matrice au point de vue de l'anatomie et de la clinique), par *O. de Franque*. Grand in-4. Wurzbourg, Stahel. 8 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 31 AOUT 1860. N° 35.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 30 août 1860.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LES CONCRÉTIONS TOPHACÉES DE L'OREILLE EXTERNE CHEZ LES GOUTTEUX, par M. CHARCOT ; travail lu à la Société de biologie.

« J'ai recueilli pendant ces dernières années un certain nombre d'observations qui me paraissent propres à éclairer plusieurs points de l'histoire clinique et nécroscopique de la goutte proprement dite ; j'espère pouvoir prochainement faire part à la Société de l'ensemble des résultats auxquels j'ai été conduit par la comparaison de ces observations; mais, pour le moment, je me bornerai à présenter quelques remarques concernant les concrétions tophacées qu'on rencontre assez fréquemment chez les goutteux, sur diverses parties du pavillon de l'oreille.

» Ces concrétions ont été remarquées déjà par plusieurs médecins : MM. Fauconneau-Dufresne (dans Cruveilhier, *Atlas d'anat. path.*, IVe livr.), Todd (*Clinic. Lectures on Urinary Organs*, p. 419, London, 1859), Garrod, entre autres, les ont particulièrement mentionnées ou décrites. Ce dernier auteur surtout en a fait une étude attentive dont les résultats ont été consignés, d'abord dans un mémoire qui fait partie des *Transactions médico-chirurgicales* pour l'année 1854 (vol. XXXVII), puis dans un important traité de la goutte publié récemment (*The Nature and Treatment of Gout*, London, 1859). C'est plus spécialement sur les observations de M. Garrod et sur celles qui nous sont propres que sont fondées les considérations qui suivent :

» Le nombre des concrétions dont il s'agit est variable : on en rencontre tantôt une ou deux seulement, tantôt jusqu'à huit ou dix sur une même oreille. Elles peuvent n'exister que sur une seule oreille, ou occuper au contraire les deux oreilles d'un même sujet. Ce dernier cas semble être le plus rare. Leur siége de prédilection est la partie supérieure de la rainure de l'hélix; mais on les observe assez fréquemment sur l'hélix lui-même ou sur son bord tranchant, et enfin sur l'anthélix. Ainsi qu'on le voit sur la planche que nous présentons à la Société, elles constituent chez un de nos malades trois petites tumeurs arrondies ayant environ le volume d'un pois : deux de ces tumeurs occupent l'extrémité inférieure de l'anthélix; la troisième, un peu plus volumineuse que les autres,

---

FEUILLETON.

Erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

Quelques mots sur les polypes fibreux naso-maxillaires, pour montrer jusqu'où peut mener la curiosité bibliographique.

> Il est bien plus simple de s'endormir sur l'oreiller de la foi que de poursuivre la vérité à la sueur de son front.
> (ÉT. VACHEROT, *De la démocratie*, p. XVII.)

Ève, notre première mère, fut perdue par sa curiosité, c'est un fait que personne ne songe à contester sérieusement; Dieu merci, la *Genèse* est trop explicite sur ce point important. Après s'être compromise avec le serpent, elle perdit l'homme à son tour, la chose n'est pas équivoque; tous deux durent quitter le Paradis terrestre et circuler sur cette terre de douleur que nous habitons aujourd'hui, où il pleut tant et où les loyers sont si chers,

Ce qu'il y a de plus triste dans cette histoire, c'est que le péché de curiosité n'a fait depuis que croître et embellir, et qu'il fait tous les jours de nouvelles victimes; pour ma part, je suis du nombre. De la curiosité à l'incrédulité, il n'y a qu'un pas; hélas ! ce pas, je l'ai franchi. Quand on est curieux et incrédule, on est forcément conduit au doute : aussi y suis-je malheureusement arrivé. Quand on doute et qu'on veut savoir, on cherche, et, quand on cherche, on trouve toujours quelque chose ; mais il arrive plus d'une fois qu'on trouve précisément le contraire de ce qu'on cherchait. Ces diverses tendances de l'esprit ont causé, causent et causeront encore bien des malheurs ; mais elles sont irrésistibles, et l'on n'est pas plus maître de s'y soustraire qu'on est maître de sentir le parfum de la rose ou de la violette quand on fait l'autopsie d'une gangrène du poumon.

Cette courte introduction vous expliquera comment, après avoir écrit mon dernier feuilleton, un doute a traversé mon esprit et m'a suggéré le raisonnement suivant :

Puisque le polype opéré par Roux, et donné comme un exemple

est située sur le rebord obtus qui limite en arrière la cavité de la conque et fait légèrement saillie dans cette cavité. Nous croyons que ces concrétions n'ont pas encore été rencontrées sur les parties qui composent le tiers inférieur du pavillon, sur le lobule, par exemple. Graves (*A System of Clinical Medicine*, Dublin, 1843, p. 581), qui décrit une congestion du lobule de l'oreille survenant par accès chez quelques goutteux, ne dit point que cette congestion ait produit quelquefois, dans les parties où elle se porte, un dépôt de matière tophacée.

» Dans certains cas, les concrétions de l'oreille peuvent acquérir, comme on l'a dit plus haut, le volume d'un pois; mais, le plus souvent, elles sont à peine grosses comme une tête d'épingle ou un grain de millet. Elles se présentent, d'ailleurs, sous deux formes principales. Dans une première forme, elles constituent de petites tumeurs sous-cutanées, hémisphériques, plus ou moins régulières et plus ou moins saillantes; mobiles avec la peau ou adhérentes au cartilage sous-jacent, parfois obscurément fluctuantes, elles ont d'autres fois une consistance comme pierreuse; la peau qui les recouvre peut avoir conservé sa coloration naturelle, ou laisser voir au contraire, par transparence, la substance d'un blanc mat qui les compose. Dans la seconde forme, ce sont de petites plaques arrondies qui semblent faire corps avec le tégument externe, et au niveau desquelles la matière d'aspect crayeux est à nu ou recouverte seulement par une mince couche épidermique.

» Extraite à l'aide d'une légère incision lorsque les concrétions sont profondément situées, ou détachée par le grattage lorsqu'elles sont tout à fait superficielles, la matière tophacée peut être demi-liquide, de consistance caséeuse, ou offrir enfin la dureté de la craie. Si l'on en porte un fragment sous le microscope, elle paraît quelquefois composée d'une infinité d'aiguilles cristallines, principalement lorsque le dépôt est mou et de formation récente (Garrod); mais le plus souvent elle se présente sous l'aspect d'une poudre amorphe. Si l'on soumet la préparation à l'action de l'acide acétique concentré, les aiguilles cristallines ou la poudre amorphe se dissolvent bientôt, quelquefois avec effervescence, et l'on voit, au bout d'un certain temps, se former en leur place de nombreux cristaux affectant, pour la plupart, la forme rhomboïdale caractéristique de l'acide urique. Enfin, traitée par l'acide nitrique bouillant, la matière tophacée se dissout, et donne rapidement lieu, lorsqu'on fait intervenir l'ammoniaque, à une belle coloration pourpre de murexide. Comme on le voit, la substance des concrétions de l'oreille ne diffère par aucun caractère essentiel de celle qui constitue les tophus goutteux articulaires ou abarticulaires. (Voyez, sur ce sujet, la note publiée dans la *Gaz. hebd.*, 1858, t. V, p. 860.)

» C'est, le plus souvent, à la suite d'un accès de goutte articulaire intense ou de longue durée que se produisent les concrétions de l'oreille. Leur formation n'est, en général, accompagnée d'aucun symptôme particulier, et les malades les portent quelquefois depuis longtemps sans les avoir remarquées. Cependant, parfois, elles donnent lieu de temps à autre, principalement au moment où les accès articulaires se déclarent, à un sentiment de gêne et de picotement, ou même à une douleur plus ou moins vive; il n'est point rare, en pareil cas, que les vaisseaux cutanés ou sous-cutanés qui les avoisinent soient dilatés et plus nombreux que de coutume. Après avoir persisté pendant plusieurs mois ou même plusieurs années sans éprouver de modification appréciable, les dépôts tophacés de l'oreille peuvent diminuer de volume ou s'effacer à peu près complétement, ainsi que cela arrive quelquefois aux tophus articulaires. A mesure que certains dépôts disparaissent sur un point de l'oreille, on peut en voir de nouveaux se former sur un autre point. Il n'est point rare que les concrétions soient rejetées en masse, le plus communément à la suite d'une inflammation plus ou moins vive qui s'empare des parties avoisinantes. L'intervention d'un travail inflammatoire n'est cependant ici nullement nécessaire : ainsi, chez un goutteux depuis longtemps soumis à notre observation, une concrétion superficielle, plate, arrondie, ayant 2 millimètres de diamètre environ, d'un blanc mat, paraissant faire corps avec la peau, et recouverte seulement par une mince couche d'épiderme, siégeait depuis plusieurs mois sur l'hélix de l'oreille droite. D'abord très adhérente lorsque nous l'aperçûmes pour la première fois, cette concrétion se détacha peu à peu, d'abord par un point de la circonférence, puis par les parties profondes, et devint tout à fait mobile. Un jour, enfin, elle tomba sans que le malade s'en aperçût. Or, ce travail d'élimination spontanée s'est effectué sans que la peau ait jamais présenté aucun indice d'inflammation. Une petite perte de substance en forme de fossette, et représentant, en quelque sorte, le moule externe de la concrétion, marqua pendant longtemps le lieu où celle-ci avait existé.

» Il ne faudrait pas considérer les concrétions tophacées de l'oreille externe comme un objet de vaine curiosité; elles paraissent, au contraire, devoir tenir une place importante dans l'histoire clinique de la goutte. En effet, d'après les recherches de M. Garrod, ce seraient de tous les dépôts goutteux situés superficiellement, et dont l'existence peut être directement reconnue pendant la vie, ceux qu'on observe le plus fréquemment. Lorsque sur un point du corps, au voisinage des jointures, par exemple, il existe de semblables dépôts, on en rencontre en même temps, du moins le plus communément, quelqu'un sur l'oreille, et, de plus, l'oreille peut en présenter un ou plusieurs, alors qu'il n'en existe pas ailleurs. Voici, du reste, les résultats statistiques sur lesquels se fonde l'opinion de M. Garrod. On rechercha attentivement, chez 37 goutteux, s'il existait des concrétions d'urate de soude, soit à la surface du corps, soit au moins dans des points où leur constatation est chose facile : ces concrétions furent rencontrées dans 17 de ces cas; elles faisaient défaut dans les 20 autres cas. Sur les 17 cas où les concrétions existaient, 7 fois elles siégeaient sur l'oreille seulement, 9 fois on les rencontrait à la fois sur l'oreille et au voisinage des jointures; enfin, dans un seul cas, il en existait au voisinage des jointures, bien que l'oreille n'en présentât pas de traces. Les sujets chez lesquels on rencontra des dépôts tophacés sur l'oreille

---

de la variété naso-maxillaire, était au contraire un beau spécimen de polype de la base du crâne; puisqu'un auteur très versé dans le sujet a pu s'y tromper, faute d'avoir lu l'observation originale; puisque j'ai pu relever cette erreur en me donnant simplement la peine de la lire, il se pourrait bien faire que les autres observations de polypes naso-maxillaires fussent aussi peu concluantes, et, s'il en était ainsi, il pourrait bien se faire aussi que les polypes fibreux naso-maxillaires fussent une simple vue de l'esprit. Lisons donc, me dis-je, dans les sources originales les observations en question, et ne nous en rapportons qu'à nous-même.

J'espère bien, mon bon ami, qu'en vous associant aux perplexités de mon esprit, vous serez disposé à me plaindre sincèrement d'avoir le cerveau ainsi fait, qu'il ne croit qu'aux choses démontrées et qu'il veut acquérir par lui-même la démonstration. Plaignez-moi de ne pas croire aveuglément à la parole des maîtres, et de m'imaginer, dans mon sot orgueil, que je puis voir quelque chose là où ils ne l'ont pas vu : car, vous en conviendrez sans peine avec moi, l'examen des autorités est en lui une chose des plus sacriléges; rien n'est plus subversif que de renverser une opinion établie, rien enfin n'est plus triste que de remanier incessamment la science, fût-ce pour la faire progresser. La vérité était dans son puits, dans un costume simple, mais suffisant pour la localité; des perturbations de mon esprit, ennemies de l'ordre et du respect humain, l'en ont tirée; elle s'est enrhumée du cerveau, et il devient nécessaire aujourd'hui de lui faire porter de la flanelle et des gants fourrés.

Je dois à ma justification de dire que j'eus un bon moment. Je considérai que les auteurs les plus recommandables consacraient tous un chapitre spécial aux polypes naso-maxillaires, et que, par conséquent, ces polypes devaient exister; puis, mon naturel pervers l'emportant, fit taire mes honnêtes instincts, et je me lançai tête baissée dans l'examen fatal dont je vais vous dévoiler les résultats.

Pour savoir s'il existe des polypes naso-maxillaires, il faut savoir d'abord ce qu'on doit entendre par ces mots, de même que pour savoir s'il fait jour ou s'il fait nuit, il faut préalablement s'entendre

externe, sans qu'il en existât au voisinage des jointures, avaient tous éprouvé ou éprouvèrent par la suite un ou plusieurs accès arthritiques bien caractérisés ; chez plusieurs d'entre eux le sang et l'urine furent soumis à l'examen chimique, et l'on s'assura que ces liquides renfermaient de l'acide urique en excès. Enfin, chez deux de ces individus qui succombèrent, bien que pendant la vie les jointures ne fussent point déformées, on trouva les cartilages d'encroûtement de plusieurs articulations chargés de dépôts d'urate de soude.

» On prévoit aisément, d'après ce qui précède, que la constatation des dépôts tophacés de l'oreille externe pourra, dans certaines circonstances, être une précieuse ressource pour le diagnostic ; les pertes de substance ou les cicatrices que les concrétions laissent après elles, lorsqu'elles se sont détachées spontanément, devraient également être recherchées avec soin.

» Des dépôts tophacés analogues à ceux que nous venons de décrire se rencontrent quelquefois, au dire de M. Todd (*loc. cit.*, lect. XVI), sous la peau qui recouvre les cartilages des ailes du nez. Jusqu'à présent nous n'avons pas été assez heureux pour rencontrer des exemples de ce genre. »

Sur la pression du sang dans le système artériel. — Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 13 août 1860, par M. Poiseuille, membre de l'Académie de médecine.

Nous avons établi depuis longues années que deux hémodynamomètres de mêmes dimensions, appliqués simultanément en des points du système artériel inégalement éloignés du cœur, donnaient la même pression. Ce fait, en opposition avec les idées de Bichat, qui voulait que la force d'impulsion du sang, due aux contractions du cœur, s'éteignît complétement aux vaisseaux capillaires, a été nié, combattu par M. le docteur Volkmann, de Halle, dans un ouvrage qui déjà date de plusieurs années (*Die Hæmodynamik*, Leipzig, 1850), et cela en s'appuyant, à tort selon nous, sur les travaux des hydrauliciens (d'Aubuisson de Voisin, *Traité d'hydraulique*, 1834, p. 195 et suivantes), desquels il résulte que les pressions qui naissent du mouvement de l'eau dans un tuyau rigide horizontal, sous une charge constante, diminuent de plus en plus en s'approchant de l'orifice de sortie. Mais quelques publications récentes sur la circulation préconisant sa manière de voir, j'ai cru devoir étudier particulièrement les résultats que m'opposait M. Volkmann. Cet examen, d'ailleurs, me fournissait l'occasion, en me livrant à de nouvelles recherches, d'interpréter, s'il y avait lieu, le fait en question, qui, bien que reconnu par la plupart des physiologistes, est resté jusqu'à présent sans explication précise.

Nous nous sommes donc occupé, au point de vue des pressions, des expériences d'hydraulique dont nous venons de parler, mais avec des tubes dont les dimensions fussent comparables à celles des vaisseaux des animaux, et dans le cas d'une pression constante qui pût atteindre au besoin la pression du sang dans le système artériel aortique.

Expériences A.

Charge 36c,5 d'eau. — Tuyau cylindrique de laiton $l = 100^c,46$, $d = 10^{mm},3$. — Un premier piézomètre, α, est distant du réservoir de 25c,15 ; un second, β, de 51c,15, et un troisième, γ, de 77c,01.

Numéros des expériences.	Écoulement.	Indication des piézomètres. α.	β.	γ.
1	A gueule bée.	c 13,5	c 8,00	c 3,5
2	Par un orifice unique terminal. $d = 7^{mm},00$. .	35,75	35,40	35,25
3	Par un orifice unique terminal. $d = 6,75$. .	36,00	35,80	35,70
4	Par un orifice unique terminal. $d = 3,10$. .	36,27	36,25	36,24

Chaque expérience de ce tableau fait voir, en effet, que les pressions diminuent en s'approchant de l'orifice de sortie, ainsi que l'ont constaté les hydrauliciens. Seulement, nous ferons remarquer que si, dans l'écoulement à gueule bée (expér. 1), les piézomètres extrêmes offrent une différence de 10 centimètres, cette différence n'est plus que de 0c,5 (expér. 2) lorsque l'orifice de sortie devient environ quatre fois plus petit, quoique ces piézomètres soient distants l'un de l'autre de plus de 50 centimètres.

Mais l'appareil qui nous a donné ces résultats répond-il aux dispositions anatomiques qu'offrent les vaisseaux dans la circulation sanguine? *Nullement*. Le sang lancé par le cœur, pour arriver aux capillaires des divers organes, ne parcourt pas un vaisseau unique ; il n'atteint les capillaires qu'après avoir traversé l'arbre artériel, c'est-à-dire un tronc, l'aorte, des branches, des rameaux, des ramuscules : et branches, rameaux, ramuscules, tout en cheminant, présentent, comme l'aorte, des issues secondaires plus ou moins nombreuses. Or, d'après les expériences que nous allons rapporter, la présence de ces orifices latéraux de sortie tend à diminuer la différence des pressions extrêmes ; il arrive parfois qu'une permutation des mêmes issues rend les indications des piézomètres voisins du réservoir *inférieures* à celles des piézomètres plus éloignés ; et dans certaine disposition des issues, les pressions sont les mêmes partout.

Nous avons fait souder çà et là, dans toute l'étendue de l'un de nos tuyaux, neuf petits tubes de dérivation, de sorte que nous avons eu au besoin dix issues, en y comprenant l'ajutage adapté à l'orifice terminal du tuyau.

A l'extrémité de chaque petit tube de dérivation, dont les di-

---

sur les attributs de ces deux substantifs. Je vais même plus loin, et je dis qu'avant de décider s'il y a des polypes naso-maxillaires, il faut savoir ce que c'est qu'un polype.

Je pourrais sans peine discourir longtemps pour vous prouver que ce mot, d'origine ancienne, est fort mauvais, et qu'on l'a appliqué souvent de la manière la plus déplorablement absurde ; mais je ne m'arrête pas à ce détail, et j'établis dogmatiquement que pour mériter le nom de polype, une tumeur doit posséder plusieurs caractères fondamentaux divisés en deux ordres, savoir : les caractères de forme et les caractères de structure ou de composition histologique (remarquez en passant que j'évite avec soin d'écrire *hystologique ;* tout le monde n'en fait pas autant).

Les caractères de forme sont les suivants ; il faut trouver dans un polype quatre choses :

1° Un bout libre, arrondi ou pointu, simple ou rameux, lisse ou bosselé, sain ou ulcéré, peu importe.

2° Un autre bout *adhérent* à une muqueuse, à une séreuse, au périoste, à la peau ; la chose est indifférente, pourvu qu'il y ait adhérence primitive, originelle, sorte de fusion intime sans ligne de démarcation tranchée entre le sol producteur et l'appendice produit.

3° Un corps, c'est-à-dire une partie comprise entre les deux bouts, comme l'est le corps d'un doigt entre le métacarpe et l'extrémité unguéale. Je me soucie peu des formes très variées que cette partie peut revêtir ; cependant, comme condition essentielle, il doit, à moins qu'il ne soit situé à l'intérieur ou sur les lèvres d'un orifice, être logé dans une cavité muqueuse ou séreuse, avec les parois de laquelle il ne doit avoir d'autre promiscuité que celles qui peuvent naître accidentellement par adhérence secondaire et adventive.

4° Le quatrième caractère de forme réside dans l'existence d'un pédicule, c'est-à-dire d'un rétrécissement, d'un étranglement situé plus ou moins près du lieu d'insertion, de façon que l'ensemble de la production morbide rappelle un peu la configuration d'un verre à pied, que celui-ci serve à savourer le chambertin, à humer le xérès, à sabler le champagne ou à s'abreuver de bière, de

mensions sont environ de 10 centimètres de longueur et 11 millimètres de diamètre, est fixé un robinet, lequel reçoit des ajutages de diamètres variant de 1 à 9 millimètres. Tous ces robinets étant fermés, celui de l'orifice terminal ouvert, on se trouve dans le cas des expériences précédentes. Lorsque, au contraire, les robinets des petits tubes sont ouverts, ou quelques-uns d'entre eux, il s'agit alors d'un écoulement par des orifices multiples. Nous avons pu ainsi comparer les pressions qui ont lieu dans ce dernier cas à celles provenant d'un écoulement par un orifice unique terminal, soit en rendant la somme des lumières des ajutages, en y comprenant *toujours* celle de l'ajutage terminal, tantôt égale à la lumière des tuyaux, tantôt plus petite ou plus grande.

Ici le tuyau est environ deux fois plus long que le précédent.

Expériences B.

Charge 36c,5 d'eau. — Tube cylindrique $l = 200^c,16$, $d = 16^{mm},3$. — Le premier piézomètre, α, est distant du réservoir de 25c,2 ; le deuxième, ϐ, de 152c,3, et le troisième, γ, de 178c,16.

NUMÉROS des expériences.	ÉCOULEMENT.	INDICATION DES PIÉZOMÈTRES. α.	ϐ.	γ.
		c	c	c
1	A gueule bée.	22,5	4,4	2,0
2	Par six issues dont la somme des lumières est égale environ à celle du tuyau.	20,0	17,0	16,5
3	Par un orifice unique terminal. $d = 7,9$ mm . .	35,0	31,75	31,25
4	$d = 2,1$ . .	36,3	36,10	36,0
5 (1)	Par cinq issues dont la somme des lumières est égale environ à celle de l'orifice unique de sortie de l'expérience 3, et par conséquent moindre que celle du tuyau, expérience 1 . .	35	34,5	34,25

(1) Des piézomètres placés sur des petits tubes de dérivation, peu éloignés des piézomètres du tuyau γ par exemple, donnaient la même pression que γ.

On voit que l'écoulement ayant lieu à gueule bée (expér. 1), la pression de γ est inférieure à celle de α de plus de 20 centimètres ; mais lorsque le liquide s'échappe par six issues, cette différence est réduite à moins de 4 centimètres, et cependant ces piézomètres sont distants l'un de l'autre de plus de 150 centimètres. Même remarque pour les expériences 3 et 5.

Ainsi, en substituant à un orifice unique terminal plusieurs issues de lumière égale, les pressions extrêmes diffèrent beaucoup moins l'une de l'autre, et sont presque égales lorsqu'il s'agit d'une somme de lumières d'issues ayant environ le quart de la lumière du tuyau.

Nous avons expérimenté à des pressions supérieures à la précédente, et des résultats analogues ont été obtenus, ainsi que le montrent les tableaux suivants :

Expériences C.

Charge 97c,5 d'eau. — Même tuyau que dans les expériences B. — Le premier piézomètre, α, est distant du réservoir de 30c,2 ; le second, ϐ, de 157c,3, et le troisième, γ, de 183c,16.

NUMÉROS des expériences.	ÉCOULEMENT.	INDICATION DES PIÉZOMÈTRES. α.	ϐ.	γ.
		c	c	c
1	A gueule bée	56,5	»	3,5
2	Par six issues dont la somme des lumières est égale environ à celle du tuyau. . .	56,0	»	49,0
3	Par un orifice unique terminal. $d = 7^{mm},0$	93,0	»	85,0
4	Par cinq issues dont la somme des lumières est égale environ à celle de l'orifice unique de sortie de l'expérience 3, et par conséquent plus petite que la lumière du tuyau (expérience 1).	92,5	»	91,75

Les expériences suivantes ont été faites à la pression de 189c,5 d'eau, environ celle du sang artériel chez les mammifères.

(Voyez le tableau *Expérience D*, page 565.)

Ce tableau confirme les corollaires tirés des expériences B et C, mais il contient un résultat nouveau, à savoir, qu'en permutant les issues de l'expérience 2, la pression obtenue pour α (expér. 3) par cette permutation, est devenue inférieure à γ de 17c,5, de supérieure qu'elle était auparavant : or, si une permutation des orifices peut ainsi changer les pressions, on comprendra qu'une certaine permutation des mêmes issues puisse donner lieu à des pressions égales dans toute l'étendue du tuyau. C'est précisément ce qu'a donné l'expérience 8, dans laquelle les pressions sont les mêmes, lorsqu'elles étaient différentes dans l'expérience 7. Nous n'avons pas eu l'occasion de constater s'il en était de même pour les charges inférieures 36c,5, 97c,5, considérées précédemment.

Ainsi, en nous plaçant dans les conditions anatomiques que présentent les vaisseaux sanguins, nous arrivons à des résultats tout autres que ceux invoqués par M. Volkmann.

---

cidre ou de vin bleu. L'existence d'un pédicule est la seule chose qui caractérise le polype et qui fasse trouver grâce à nos yeux à cette classe pathologique hybride en raison des indications qu'elle fournit à la médecine opératoire ; et, chose curieuse, c'est un des points sur lesquels les nosographes se montrent les plus accommodants, puisqu'à chaque instant on leur voit donner le nom de polype à des tumeurs parfaitement sessiles, et qui ne sont ni plus ni moins pédiculées que la moitié d'un citron posée sur une table en manière de coupole. Autant vaudrait dire que la Halle au blé de Paris est un gros polype creux.

Je passe aux caractères de structure. On a admis, d'après la composition anatomique, l'évolution morbide ou les caractères grossiers appréciables à l'œil nu, un grand nombre de variétés de polypes ; d'où les dénominations de fongueux, squirrheux, fibreux, vasculaires, muqueux, vésiculaires, durs, mous, sarcomateux, charnus, cancéreux, vivaces, bénins, malins, etc. : on remplirait vingt lignes avec ces épithètes. L'anatomie pathologique progressant, cette liste fastidieuse de qualificatifs s'est éclaircie, et, à force de protestations et de critiques, les classiques modernes ont consenti pour la plupart à considérer les polypes cancéreux comme des cancers pédiculés. Puis on a encore fait une concession : on a daigné reconnaître que les polypes n'étaient que des hypertrophies circonscrites d'un ou de plusieurs éléments anatomiques de la région, hypertrophies faisant tumeurs, lesquelles, en raison de leur rapport particulier avec les cavités ambiantes, avaient tendance à revêtir certaines formes, lesquelles encore participaient toujours de la structure de la couche plus ou moins profonde qui leur avait primitivement servi de nid ou de point de départ.

On est arrivé par là à reconnaître que les polypes nés superficiellement d'une muqueuse étaient mous et muqueux, c'est-à-dire renfermaient les mêmes éléments anatomiques que la muqueuse mère ; que les polypes nés des couches fibreuses ou du périoste étaient fibreux comme leur couche génératrice ; que les polypes de la peau étaient papillaires ou dermoïdes, suivant le niveau plus ou moins profond de leur implantation, etc., etc.

D'où il résulte qu'indépendamment des caractères de forme et

EXPÉRIENCES D.

Charge $189^{c},5$ d'eau. — Même tuyau et même disposition des piézomètres que dans les expériences C.

NUMÉROS des expériences.	ÉCOULEMENT.	INDICATION DES PIÉZOMÈTRES.		
		α.	ϐ.	γ.
1	A gueule bée (1).	c 101,5	c 15,0	c 3,5
2	Par dix orifices dont la somme des lumières égale environ celle du tuyau.	114,0	109,0	107,0
3	Par les mêmes issues que dans l'expérience 2, mais elles offrent un arrangement différent	90,5	107,0	108,0
4	Par un orifice unique terminal. $d = 7^{mm},9$	180,5	169,5	167,0
5	Par un orifice unique terminal. $d = 4^{mm},6$	187,75	184,75	184,0
6	Par un orifice unique terminal. $d = 3^{mm},0$	189,5	188,25	188,0
7	Par dix orifices dont la somme des lumières est environ égale à celle de l'orifice unique de l'expérience 4. .	175,0	177,0	177,5
8	Par les mêmes orifices que dans l'expérience 7, mais ils offrent un arrangement différent	176,5	176,5	176,5

(1) Pour déterminer l'influence que pouvait avoir sur les pressions une charge à l'orifice terminal, l'écoulement ayant lieu à gueule bée, on a allongé le tuyau avec un gros tube de caoutchouc de 25 centimètres de longueur, et nous avons constaté qu'en élevant ce tube aussi haut que possible, toutes les pressions augmentaient, mais cette augmentation était d'autant plus petite qu'on s'approchait du réservoir; ce qui devait être.

Les expériences que nous venons de rapporter semblent tout à fait favorables à l'égalité de pression dans les vaisseaux artériels, et la légitimeraient au besoin, si le sang se mouvait sous une charge constante ; mais dans la seconde partie de notre travail, tout en nous appuyant sur quelques-unes d'entre elles, nous avons eu égard, en outre, aux conditions physiologiques de la circulation, et nous avons tout lieu d'espérer que l'interprétation qui en résultera ne laissera rien à désirer.

II

REVUE CLINIQUE.

PARALYSIE GÉNÉRALE INCOMPLÈTE, SUITE DE FIÈVRE RÉMITTENTE; AUTOPSIE. — Observation recueillie au Val-de-Grâce, par M. COLIN, professeur agrégé.

Dans un moment où une série de faits intéressants, recueillis par un observateur aussi distingué que M. Gubler, paraît enlever à l'intoxication diphthéritique le triste privilége de la production des paralysies consécutives, nous croyons devoir signaler une observation recueillie, dans notre service au Val-de-Grâce, sur un militaire chez qui une paralysie générale a succédé à une fièvre rémittente des pays chauds. Dans un des derniers articles de M. Gubler, publiés par les *Archives de médecine*, les fièvres palustres sont, en tant que maladies aiguës, éliminées de la catégorie des pyrexies pouvant donner lieu à des symptômes ultérieurs de paralysie. D'après les observateurs, la paralysie des fébricitants succéderait, non pas aux accès, aux troubles produits par la manifestation fébrile, mais à la cachexie paludéenne, ce qui la renvoie au cadre des paralysies par suite de maladies chroniques. Dans l'exemple qui va suivre, nous croyons que les troubles névropathiques ont au contraire été la conséquence bien plutôt des manifestations aiguës de l'influence palustre que de la cachexie consécutive.

OBS. — Clerdent, fusilier au 25e de ligne, vingt-quatre ans, d'une constitution moyenne, est à Civita-Vecchia depuis le mois d'octobre 1858 ; il n'a éprouvé aucune affection grave, soit avant, soit après son incorporation, jusqu'à la fin de l'automne 1859. Le 11 novembre de cette dernière année, treize mois environ après son arrivée en Italie, il entre à l'hôpital de Civita-Vecchia atteint de la fièvre rémittente endémique, qui, à cette époque, frappait beaucoup d'hommes de la garnison. Après six semaines de séjour à l'hôpital, il est renvoyé en convalescence dans le nord de la France ; mais pendant ce voyage, il éprouva une série de troubles graves qui, à son passage à Paris, le forcent à entrer à l'hôpital du Val-de-Grâce, où il est placé salle 26, n° 1.

A notre visite, nous constatons, d'une part, quelques signes d'intoxication palustre, teinte jaunâtre de la peau, légère augmentation du diamètre vertical de la matité splénique, un peu d'œdème des extrémités inférieures, amaigrissement général très prononcé; d'autre part, un ensemble de symptômes qu'on ne peut mieux résumer que par le titre de paralysie générale incomplète, bornée aux muscles de la vie de relation. La marche est vacillante, saccadée, sans affaiblissement plus marqué d'un côté que de l'autre ; les mains saisissent les objets d'une manière assurée qui exclut toute pensée de diminution de la sensibilité tactile; mais elles n'arrivent à la serrer que très faiblement ; la sensibilité à la douleur est aussi bien conservée que la sensibilité tactile. Sa physionomie a perdu son expression par l'inertie des muscles de la face. Dans la phonation, le malade éprouve une gêne correspondante au trouble de tout le système locomoteur ; il dépense à cet acte une force en rapport avec l'affaiblissement des muscles de l'appareil vocal; il met à contribution tous les muscles de la face qui s'anime alors outre mesure, et arrive ainsi à

---

d'insertion énumérés plus haut, on peut exiger d'un polype qui voudra se montrer digne de ce nom, qu'il justifie ne renfermer dans son sein ni cancer, ni tubercule, ni mélanose, ni cartilage, et n'être pas davantage un kyste, un lipome, une varice ou une tumeur érectile, etc., etc.

Si vous me trouvez, mon cher ami, trop dur au pauvre monde et trop sévère pour l'admission des pauvres polypes, il faut le dire, et je verrai ce qu'à votre requête je pourrai faire pour eux, car, au demeurant, je suis bon diable et ne souhaite point la mort du pécheur.

Partant de ce pied, pour qu'un polype soit naso-maxillaire, il faudra d'abord que ce soit un polype ; s'étant mise en règle de ce côté, la tumeur devra s'arranger pour exhiber son bout libre, puis son bout adhérent ou insertion, puis son corps, puis enfin son pédicule, si elle en possède, tout comme nos aïeux montraient leur passe-port aux bons gendarmes, quand ils arrivaient par le coche à Pontoise, à Arpajon, ou même plus loin.

Toutefois nous croyons devoir avertir la tumeur susdite que si l'on consent à être indulgent sur le pédicule qu'elle pourrait, faute de temps et d'espace, n'avoir pu se procurer, on se montrera extrêmement sévère sur l'implantation, qui devra être circonscrite, précise, assez forte s'il est possible, surtout si elle manifeste la prétention d'être fibreuse. On ne sera pas moins rigide sur la structure, car si l'on découvre sous ce rapport quelque vice rédhibitoire, le polype frauduleux sera honteusement rejeté dans la catégorie des tumeurs cancéreuses, fibreuses ou épithéliales, ou autres.

Nota. — Seront admis sans difficulté parmi les polypes naso-maxillaires, aussi bien ceux qui, nés dans les fosses nasales, auront ultérieurement défoncé la paroi interne du sinus maxillaire et autres murailles osseuses, que ceux qui, engendrés dans l'antre d'Highmore, se seront fait plus tard naturaliser nasaux ; ils n'auront qu'à produire un certificat d'insertion en règle pour être, suivant leur désir légitime, baptisés naso-maxillaires, ou maxillo-nasaux. Il ne sera perçu aucun droit pour cette constatation. Si pourtant le polype faisait quelque difficulté pour renseigner le chirurgien, ce dernier serait en droit de sévir jusqu'à l'autopsie inclu-

une articulation non pas très nette, mais suffisante du sens. Cette articulation incomplète des mots, résultat d'une gêne d'ensemble de la fonction vocale, ne rappelle ni le bégayement des paralysies de la langue, ni le nasonnement des paralysies du voile du palais, ni les éclats dissonants ou l'aphonie des paralysies des muscles laryngiens; disons de suite qu'en prenant graduellement l'habitude de parler très haut, le malade arriva à dominer tout vice de prononciation, nouvelle preuve qu'aucun des appareils qui concourent à la phonation ne péchait en lui autrement que par sa participation relative à l'amyosthénie générale. Les sphincters de l'anus et de la vessie ont conservé leur énergie normale.

La contractilité électro musculaire, souvent essayée au début et dans la suite du traitement, semble n'avoir subi aucun affaiblissement.

Le malade n'accuse ni céphalalgie, ni sensation douloureuse spontanée en aucun point.

Son intelligence est nette, lui permet de nous faire complètement son histoire. En Italie, il n'avait eu, pendant ces six semaines de maladie, que cinq accès de fièvre; il n'y a jamais eu la dysenterie; les symptômes de paralysie ne se sont manifestés et développés que depuis son embarquement pour France, et il les a parfaitement distingués du simple affaiblissement résultant de l'affection pour laquelle il était entré à l'hôpital de Civita-Vecchia.

L'appétit est extrême; nous prescrivons une nourriture abondante, une médication tonique et reconstituante, en particulier les vins de quinquina, de cochléaria. En deux mois, les symptômes d'intoxication palustre étaient notablement amendés; le malade avait repris un peu d'embonpoint; les limites de la rate étaient normales; l'œdème des extrémités avait complètement disparu. Mais la faiblesse générale est à peine modifiée; la marche est toujours vacillante, sans aucune sensation de vertige ni de céphalalgie. En raison du calme apparent des centres nerveux, nous employons, pendant les mois de mars et d'avril, quelques moyens excitants : les bains sulfureux, l'électricité; une légère amélioration semble en résulter, ce qui nous engage, au mois de mai, à envoyer le malade aux eaux de Bourbonne.

Au retour des eaux, il rentre de nouveau dans notre service, au mois de juin; son état avait peu changé, et l'ayant proposé pour une pension de retraite, nous le conservâmes dans notre service en attendant la liquidation de cette pension.

Le 13 août, dans la matinée, il fut pris subitement des accidents dont l'ensemble constitue l'attaque d'apoplexie foudroyante : perte de connaissance, paralysie, coma, stertor; nous notions de plus, à notre contre-visite, du strabisme externe, avec trismus et contracture des fléchisseurs des avant-bras. Mort le 14 août, à cinq heures du matin.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort, en présence de M. le professeur Laveran, médecin en chef, et de M. le professeur agrégé Ludger-Lallemand.

Crâne. — La masse encéphalique paraît ne pas remplir complétement la boîte crânienne. La dure-mère est comme ridée; à son incision, écoulement d'un liquide séreux provenant de la grande cavité arachnoïdienne; la quantité peut en être évaluée en tout à 200 grammes. Nulle altération d'aspect, de consistance dans l'arachnoïde viscérale, dans le tissu cellulaire sous-jacent, dans la pie-mère qu'on isole facilement des circonvolutions cérébrales; les deux substances se présentent également avec leur consistance normale; leur division, par tranches très minces, fait constater l'absence de tout ramollissement, de tout épanchement; rien dans les ventricules, qui ont été examinés en place, avant toute incision de l'arbre nerveux. Le cervelet, la protubérance et la moelle allongée ne présentent également aucune altération.

Réflexions. — Trouvons-nous dans ces lésions l'explication, soit des phénomènes de paralysie générale, que nous avons observés pendant six mois chez ce sujet, soit de la série rapide d'accidents qui l'ont enlevé? L'épanchement intra-arachnoïdien nous paraît une simple conséquence d'une légère atrophie par macilence de la masse encéphalique; on ne peut y voir une cause de compression qui aurait entraîné tous ces accidents, car n'avons-nous pas remarqué à l'autopsie que le contenu de la dure-mère ne remplissait pas la boîte crânienne, la pression extérieure ayant sans doute refoulé dans le canal rachidien la plus grande partie de ce liquide au moment où l'on enlevait la calotte osseuse? On croit moins du reste aujourd'hui aux apoplexies sérieuses, au développement primitif ou métastatique de ces épanchements intra ou sous-arachnoïdiens qui tiennent bien plus à l'impossibilité du vide dans la cavité crânienne, à la suite d'un retrait de l'encéphale. Ainsi les infiltrations séreuses sous-arachnoïdiennes que l'on trouve chez les anciens apoplectiques, ne sont, pour M. Cruveilhier que le résultat d'un retrait de l'encéphale dû à la cicatrisation d'anciens foyers sanguins.

Dans cette observation, les phénomènes d'amyosthénie n'ont suivi aucune marche ascendante, ni progressive; le début a été simultané dans tout le système musculaire; la mort est survenue au milieu de symptômes d'un tout autre ordre; enfin, la sensibilité et l'intelligence étaient demeurées complétement intactes. Voilà donc des différences avec les faits observés par M. Beau, avec les faits observés et recueillis par M. Gubler. Mais une certaine différence dans les observations indique mieux les traits saillants qui, par leur constance, doivent contribuer à établir le tableau d'une affection encore mal définie.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 AOUT 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

SENSIBILITÉ TACTILE. — *Cancer récidivé occupant le sourcil, le dos du nez, le grand angle de l'œil droit. Ablation. Autoplastie double avec le même lambeau*, par M. Jobert (*de Lamballe*).— L'opération consista à pratiquer avec le bistouri l'ablation d'une partie du sourcil, des deux portions internes des paupières devenues dures et tendues comme une lame de carton, et l'extirpation d'un tissu cicatriciel recouvrant un côté du nez et le sac lacrymal, et à procéder à la réparation de la perte de substance en taillant un lam-

---

sivement, d'extirper et d'écarteler le réfractaire et de le couper par morceaux pour constater, soit l'implantation, soit la structure. Le polype n'aurait pas davantage le droit de s'opposer à ce que ses divers membres, mis dans l'alcool, fussent déposés au musée Dupuytren ou soumis par parcelles infinitésimales à un certain instrument très exécrable, hérétique et sentant l'hérésie, vrai brandon de discordes, méprisé des praticiens honnêtes et modérés, honni des vitalistes conservateurs, et qu'enfin on appelle le microscope. *Vade retro, Satanas!*

Ces conditions loyalement exposées par la critique et acceptées par les candidats fibreux, l'examen commence. Le polype naso-maxillaire de Roux, s'étant présenté, est immédiatement exécuté; il reste évidemment polype, mais il est convaincu d'être inséré à l'apophyse basilaire : cela suffit. Et d'un.

Vient l'observation de Dupuytren, citée comme un exemple authentique de polype naso-maxillaire (1). — Je vois bien qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse qui avait fait dans le squelette de la face d'assez notables dégâts, et qui avait même perforé la paroi antérieure du sinus maxillaire, au point de faire dans le cul-de-sac gingival supérieur une saillie recouverte seulement par la muqueuse. — Je vois bien qu'après avoir incisé cette membrane, on implanta trois pinces de Museux dans la masse morbide, et que trois personnes tirant fortement sur elle rompirent l'embranchement maxillaire. — Je vois bien que dix jours après on attela plusieurs aides armés de pinces, qui, à force de torsions et de tractions, triomphèrent dans la lutte violente engagée entre eux et l'embranchement nasal. — Je vois encore que le polype était fibreux, ce qui explique l'obstination qu'il mettait à rester dans les fosses nasales, où il avait élu domicile. — Je vois enfin que le malade, âgé de dix-huit ans, sortit trente jours après son entrée, vingt jours au plus après la dernière opération, *guéri*, sans difformité et sans cicatrice apparente.

Mais si je vois tant de choses, en revanche il y en a beaucoup d'autres que je ne vois pas.

(1) Gosselin, *Thèse de concours*, 1850, p. 56. — Sabatier, *Médecine opératoire*, édition Sanson et Bégin, 1832, t. III, p. 280.

beau aux dépens du front; il fut abaissé, incliné, et sa base fut fixée sur le côté du nez par la suture entrecoupée.

Deux mois plus tard, on songea à utiliser le pédicule pour effacer le reste de la difformité. Pour cela, dit l'auteur, je ravivai les surfaces, je détachai obliquement le pédicule du lambeau, je l'inclinai vers les paupières, le grand angle de l'œil, et je le fixai à ces diverses parties à l'aide de points de suture entrecoupée.

Le déplacement total du pédicule a suffi pour compléter l'autoplastie nasale et palpébrale. Cette greffe charnue permet à la vision de s'exécuter facilement, et avant l'opération il en était autrement.

L'opération sanglante qui a été pratiquée chez ce malade, la réparation qui l'a suivie, et les phénomènes qui se sont passés alors, méritent de fixer l'attention.

D'abord il est à noter que la base du lambeau a pris racine sur le tissu inodulaire ravivé...

... On comprend qu'on se soit vivement intéressé au résultat de la seconde opération ou au déplacement du pédicule du lambeau. Ici on voit ce pédicule devenir insensible après sa section, et ce n'est que lorsqu'il a pris des adhérences solides avec les deux paupières, que des phénomènes curieux et intéressants ont pu y être découverts. Ils ont tous rapport à la circulation et à la sensibilité.

La circulation ne se fait plus du tout par la primitive place où le lambeau avait été pris, puisqu'il s'en trouve complétement détaché : aussi une nouvelle circulation s'est-elle complétement créée entre le lambeau et les parties sur lesquelles il a été fixé. Dès lors ce sont de nouveaux vaisseaux qui établissent de nouveaux rapports entre les surfaces. Cette circulation nouvelle s'est perfectionnée avec le temps, c'est-à-dire que les vaisseaux ont pris des proportions plus considérables : aussi les piqûres du lambeau fournissaient-elles du sang rouge avec la plus grande facilité.

Des nerfs ont dû se créer probablement aussi à la manière des vaisseaux, et se perfectionner en raison directe de la sensibilité. Voilà pourquoi, sans doute, la sensibilité suit progressivement le développement de la circulation.

Mais ce qu'il y a de fort remarquable dans ce renouvellement de sensibilité, c'est son apparition, son augmentation d'intensité en raison de la circulation, et dans un lieu où le lambeau n'offre plus aucune communication avec la région où il a été emprunté. En effet, il y a séparation vasculaire et séparation nerveuse complètes entre les parties prothétiques et le lieu qui les a fournies; car la sensibilité est complétement rapportée par l'opéré au nouveau domicile du lambeau. Par conséquent, il s'est établi une communauté de sensibilité et de circulation avec la région réparée. Rien, suivant moi, ne prouve mieux l'unité du système nerveux en ce qui a rapport à la sensibilité, quels que soient les rapports indirects des nerfs du lambeau avec les nerfs du point réparé.

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Sur la matière colorante des suppurations bleues. Remarques à l'occasion d'une communication récente de* M. Fordos; extrait d'une lettre de M. *Delore*. — En novembre 1859, je présentai à la Société de médecine de Lyon un travail sur le principe colorant des suppurations bleues. Au mois de juin 1860, ce travail fut publié sans modifications importantes dans le JOURNAL DE MÉDECINE de notre ville. Voici les propositions principales qu'il renferme :

Le principe colorant bleu ou vert tient à une substance particulière que j'ai appelée *cyanopyine*.

J'ai indiqué ses divers modes d'extraction; sa solubilité dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme; la manière dont elle se comporte vis-à-vis des acides et des alcalis. J'ai cherché à distinguer la *cyanopyine* de la *biliverdine* et de la *cyanourine*, tout en leur attribuant une origine commune, l'*hématine*. J'ai démontré par des faits que le principe colorant avait pour origine une modification inconnue de la plaie qui suppure, mais que le contact de l'air était une condition indispensable de manifestation.

La lettre et l'opuscule de M. Delore sont renvoyés, à titre de renseignements, à l'examen d'une commission composée de MM. Chevreul, Dumas, Balard, commission qui prendra également connaissance de la note de M. Fordos.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 AOUT 1860. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation d'un décret, en date du 23 août 1860, par lequel est approuvée la nomination de M. *Gosselin* dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Bégin, décédé.

M. *le président* invite le nouvel élu à prendre place parmi ses collègues.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : Un rapport de MM. les docteurs *Dumas* et *Bonyer* sur une épidémie de suette miliaire qui a régné à Draguignan dans les mois d'avril, mai et juin 1860.

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. *Achille Brachet* sur un nouveau procédé d'application du microscope dioptrique composé, achromatique, à l'examen pathologique. (*Comm.:* M. Gavarret.) — *b*. Une observation de M. le docteur *Danet*, relative à une femme qui, après avoir eu, sous l'influence de la diathèse syphilitique, deux avortements, accoucha à terme d'un enfant bien portant à la suite d'un traitement mercuriel employé pendant la troisième grossesse. (*Comm.:* M. Danyau.) — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Germain*, intitulé : *Nouvelles considérations sur l'action et les propriétés thérapeutiques de la digitale*. (*Comm.:* MM. Trousseau, Bouchardat, Bouillaud.)

M. *Gaultier de Claubry* dépose sur le bureau une note de M. Tisy, pharmacien à Lyon, intitulée : *Procédé propre à la réduction en poudre fine de substances qui ne peuvent être pulvérisées directement*. (*Commissaires :* MM. Chevallier, Ricord et Gaultier de Claubry.)

Je ne vois pas, par exemple, qu'on ait eu la curiosité de mettre le doigt dans les fosses nasales, soit par l'orifice extérieur, soit par l'ouverture antérieure du sinus, pour savoir s'il ne restait rien du polype.

Je ne vois pas qu'on nous donne sur le bout adhérent de l'embranchement nasal des renseignements capables de nous convaincre que le polype ait été arraché en totalité plutôt que rompu dans sa continuité.

Je ne vois pas qu'on se soit inquiété du lieu précis où se faisait l'implantation.

Je ne vois pas qu'on ait suivi le malade au delà de vingt jours, et je trouve ce laps de temps bien court pour proclamer la guérison radicale.

Je m'étonne encore qu'un polype inséré sur les fragiles lamelles osseuses qui composent les fosses nasales ait nécessité les efforts violents de plusieurs aides; plusieurs veut dire au moins trois. Dupuytren faisait sans doute le quatrième, et l'on sait que son poignet était solide, et qu'il ne l'épargnait pas dans l'occasion. Quatre personnes qui tirent avec énergie représentent, sans exagération, une force de 120 kilogrammes. Je sais qu'un polype inséré à la base du crâne peut affronter une traction semblable, mais je serais surpris que les cornets ou le vomer fissent si bonne contenance.

En résumé, rien ne me prouve que le polype s'insérât dans les fosses nasales, rien ne prouve qu'il ne s'insérait pas à la base du crâne. Tout prouve enfin que cette observation ne prouve rien quant au lieu d'insertion, et c'est précisément ce dernier point que je voulais prouver. Et de deux.

(*La suite prochainement.*)

AR. VERNEUIL.

M. *Londe* fait hommage à l'Académie d'un volume des *Annales de la Société médicale de Caen*, au nom de M. Postel.

M. *Malgaigne* offre à l'Académie, au nom de M. le docteur Gallavardin, la deuxième partie d'un opuscule intitulé : *Voyage médical en Allemagne;* et, au nom de M. Bazile Jeltsinesky, médecin à la clinique de l'université de Moscou, une brochure en russe intitulée : *Traitement radical de la maladie syphilitique par la vaccination, fondé sur des données physiologiques et confirmé par des observations cliniques*.

M. Malgaigne donne lecture d'une note analytique de ce travail, et demande qu'elle soit insérée au *Bulletin*.

M. *Depaul* s'élève contre cette proposition, se fondant sur l'insuccès complet des expériences qui ont été faites à l'hôpital de Lourcine, et dont M. A. Guérin a rendu compte à la Société de chirurgie, à l'occasion d'un mémoire antérieur de M. Lukouski.

M. *Velpeau* appuie l'avis de M. Depaul, et fait remarquer que M. Lukouski, l'auteur du traitement dont il s'agit, n'est pas médecin ; qu'il ne sait pas distinguer les maladies vénériennes des autres affections de la peau, et que ses observations sont de nulle valeur.

M. le président propose le renvoi du travail de M. Jeltsinesky à M. Ricord, qui a été chargé antérieurement de rendre compte du travail de M. Lukouski sur le même sujet.

M. le président annonce ensuite que le conseil d'administration a décidé qu'une vacance serait déclarée dans la section d'accouchement, celle où existe une lacune depuis le plus de temps.

Après quelques explications échangées entre M. Bouchardat, qui propose de déclarer simultanément les vacances existant effectivement dans cinq sections différentes, et MM. Malgaigne, Depaul et M. le président, l'Académie adopte la décision du conseil.

Rapport. — M. *Bouvier* donne lecture d'un rapport sur un travail intitulé : *Des maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes phosphoriques, et spécialement de l'affection des mâchoires par les vapeurs phosphoriques*, par MM. de Bibra et L. Geist (Erlangen, 1847).

Cet ouvrage est divisé en deux parties. La première, purement chimique et anatomique, est de M. Bibra ; elle contient les résultats de l'analyse chimique, de l'examen microscopique appliqués à plusieurs pièces osseuses, ainsi que les déductions de physiologie pathologique qui en découlent.

La deuxième partie est de M. Geist : c'est toute la partie pathologique et médicale proprement dite. M. Bouvier suit les auteurs dans l'étude historique, statistique, pathogénique symptomatologique, thérapeutique, hygiénique, du mal des mâchoires causé par le phosphore.

Le total des observations recueillies par MM. de Bibra et Geist est de 75. Sur ces 75 malades, il n'y a que 5 hommes, parce qu'il se trouvait peu d'hommes dans les fabriques où ces observations ont été recueillies, et qu'ils étaient employés aux travaux les moins dangereux. On ignore l'issue de la maladie dans 23 cas. Sur les 52 cas restants, on compte 19 guérisons, 16 morts et 17 malades qui étaient encore en traitement. Sur 61 cas où le siége du mal est indiqué, il occupait les deux mâchoires 6 fois; la mâchoire supérieure seule 25 fois, la mâchoire inférieure 30 fois.

Les observations postérieures ont donné des résultats analogues ; seulement les hommes, dit M. Bouvier, sont chez nous en plus grand nombre, parce qu'ils sont plus employés dans les fabriques françaises. Quant à la proportion des malades par rapport au nombre des travailleurs, elle est encore à trouver.

Relativement à l'influence pathogénique du phosphore, le livre de MM. Bibra et Geist contient des arguments sans réplique reproduits bien des fois depuis.

Ces auteurs inclinent à penser que la source des accidents ne réside pas moins dans le phosphore lui-même que dans ses composés oxygénés.

La lésion primitive produite par ces agents est, d'après ces auteurs, une périostite ; c'est même elle qui constituerait essentiellement le mal des mâchoires. Ils assurent n'avoir rencontré que par exception des séquestres dus à une ostéite. Les productions osseuses qui se développent, surtout quand le siége du mal est à la mâchoire inférieure, ne doivent pas être confondues d'après leurs recherches avec le résultat du travail de réparation lié à la nécrose ; elles sont le produit de l'affection spéciale du périoste, causée par le phosphore, et de l'exsudat qui l'accompagne. Elles naissent de bonne heure et sont détruites dans une période ultérieure.

MM. de Bibra et Geist divisent le cours de la maladie en trois périodes : la première s'étend depuis le début du mal jusqu'au commencement de la réaction ; la seconde pourrait être appelée la période inflammatoire, c'est l'époque comprise entre les premières manifestations inflammatoires et le moment où l'os est dénudé par la suppuration et par la destruction des parties molles ; la troisième période est éliminatoire.

Outre le mal des mâchoires, MM. de Bibra et Geist décrivent brièvement la bronchite et les troubles digestifs dus à la même cause.

Le traitement du mal des mâchoires doit, d'après ces auteurs, être essentiellement antiphlogistique. Toutefois cette médication doit être secondée par d'autres moyens dépendants des indications particulières.

A l'occasion de la partie hygiénique du travail qu'il analyse, M. Bouvier reprend la question des allumettes chimiques récemment discutée à l'Académie. Il trace un long parallèle des allumettes phosphorées et chloratées, parallèle qu'il résume en ces termes : D'une part, le chlorate de potasse l'emporte sur le phosphore, en ce qu'il est moins dangereux pour les ouvriers, en ce qu'il expose un peu moins aux accidents et aux chances d'incendie, et surtout en ce qu'il n'est pas vénéneux ; mais, d'un autre côté, les allumettes, les briquets au chlorate sont évidemment moins avantageux pour l'usage que les allumettes phosphoriques. La conclusion de ce parallèle, pour M. Bouvier, c'est que la prohibition absolue des allumettes phosphorées n'est point encore possible, en l'absence d'allumettes équivalentes au point de vue de l'usage. Mais avec MM. de Bibra et Geist, M. Bouvier émet le vœu qu'une croisade soit entreprise par l'initiative individuelle, et il espère que sans l'intervention du gouvernement, les dangers partout signalés des allumettes au phosphore feront enfin donner la préférence aux allumettes préparées avec le chlorate ou avec toute autre substance qui ne soit pas un poison.

M. Bouvier propose d'adresser des remercîments aux auteurs pour leur important travail. — *Adopté*.

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur les bons effets de la digitale et de la quinine comme traitement de la migraine, par M. le docteur Serre (d'Alais).

La migraine, tout le monde en convient avec M. Debout, n'est pas une maladie qui compromette le moins du monde la vie de ceux qui y sont sujets ; mais, lorsqu'elle est constituée par des accès très fréquents, d'une durée moyenne de douze heures, qu'elle se prolonge sous cette forme de longues années, c'est alors une véritable calamité, bien digne de fixer l'attention du médecin. On sait, d'ailleurs, avec quelle opiniâtreté désespérante cette affection résiste souvent à tous les moyens imaginables.

Le traitement par la digitale et la quinine a été proposé, il y a quelques années, par M. Debout (*Bulletin de thérapeutique*, p. 52). Voici sa formule :

Sulfate de quinine.	3 grammes.
Poudre de digitale	1 50
Sirop de sucre, q. s.	

F. s. a. 30 pilules.

Une chaque soir en se couchant pendant au moins trois mois.

M. Serre a employé ces pilules un certain nombre de fois, et le chiffre des guérisons qu'il a obtenues, comparé à celui des insuccès, est assez considérable. M. Serre était sujet lui-même à la migraine pendant plus de quinze ans; ses accès revenant périodiquement tous les mercredis et durant douze heures, il a dû les supporter 9388 heures. L'usage des pilules de M. Debout, continué pendant près de cinq mois sans interruption, l'a guéri radicalement, car depuis quatre ans il n'a eu que des ressentiments de peu d'importance. Au reste, l'amélioration n'a pas été immédiate, car les premiers accès furent sensiblement augmentés.

Le chiffre total des sujets traités par M. Serre est de 14, celui des guérisons de 10 ; 4 insuccès. La guérison de ces malades a été obtenue au bout de trois à six mois de traitement. M. Serre ajoute qu'un pharmacien de sa connaissance a également guéri radicalement par ce moyen un certain nombre de migraines. En outre, M. le docteur Allut a obtenu une guérison en administrant régulièrement quatre pilules le jour de l'accès seulement. Ce mode d'administration est beaucoup mieux accueilli par les malades que l'usage quotidien des pilules pendant plusieurs mois. Malgré cet inconvénient, le traitement de la migraine, tel que M. Debout l'a formulé, est digne d'entrer dans la pratique courante. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 avril 1860.)

Traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte par le saccharure de fleurs fraîches de colchique, par M. le docteur A. Le Cler, médecin en chef des hospices de Laon.

Nous avons fait connaître précédemment (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 332) les bons effets que M. Joyeux (de Mirecourt) dit avoir retirés de l'emploi du saccharure de colchique dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire. Les observations de ce médecin sont confirmées presque de tout point par celles de M. Le Cler, qui a expérimenté les préparations de colchique pendant six années consécutives. De 1854 à 1860, il a recueilli « 131 observations de guérison constante, guérison obtenue en huit, quinze et vingt jours au plus pour 127 cas, et en cinq et six semaines pour 4 cas seulement. »

« De pareils résultats, dit M. Le Cler, suffiraient, je crois, pour convaincre les plus incrédules. Pour moi, l'action de ce médicament est aussi réelle dans le rhumatisme que celle du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente. Il est également pour moi de la dernière évidence que les insuccès observés par plusieurs confrères à la suite de l'administration du colchique sont dus à ces deux causes : 1° emploi d'une forme pharmaceutique vicieuse; 2° mauvais mode d'administration du médicament. »

M. Le Cler a employé exclusivement pendant plusieurs années l'alcoolature de fleurs fraîches faite d'après la méthode de M. Suskind, et il en a toujours obtenu de fort bons résultats; mais il doit ses plus beaux succès au saccharure qu'emploie également M. Joyeux. Il se sert quelquefois à l'extérieur d'un liniment composé avec le baume tranquille et l'alcoolature de fleurs; mais il lui préfère l'extrait de suc frais évaporé dans le vide. Cet extrait, dit-il, étendu de trois ou quatre fois son poids de glycérine, m'a toujours bien réussi en onctions dans le rhumatisme ainsi que dans différentes sortes de névralgies.

L'auteur recommande, comme M. Joyeux, d'administrer le saccharure de colchique à doses faibles, mais souvent répétées, de manière à éviter l'effet purgatif et d'élever la dose tous les jours. (*Revue médicale française et étrangère*, 31 mai 1860.)

Hydropisie enkystée de l'ovaire. Emploi de l'oignon blanc; guérison, par M. le docteur J. Venot père.

Quoique la question de la guérison des kystes de l'ovaire soit encore, pour ainsi dire, à l'ordre du jour, on peut dire cependant qu'elle a fait peu de progrès, malgré la dernière discussion académique, notamment pour ce qui est de la cure de cette affection par les moyens médicaux, et il importe, par conséquent, de signaler tous les faits qui semblent de nature à l'éclairer, quelque empiriques que soient les moyens de traitement. C'est à ce titre que nous croyons devoir signaler à nos lecteurs l'observation suivante du docteur Venot :

Une dame A..., âgée de cinquante ans, bien portante et régulièrement menstruée jusque-là, sentit, il y a deux ans, en faisant son lit, quelque chose craquer dans ses reins. Cette sensation fut accompagnée d'une douleur sourde et pesante dans le bassin. Depuis, le flux menstruel a perdu sa régularité ; le sang est devenu pâle, il est survenu des flueurs blanches. En même temps, la malade a senti le flanc droit se développer, et cette intumescence a rapidement gagné la région abdominale antérieure. Consulté le 3 décembre 1859 après l'emploi infructueux de divers moyens, M. Venot père constata une énorme distension des parois abdominales, dont la mensuration donna une circonférence de 1m,55. La malade, placée dans le décubitus dorsal, n'accusait qu'une douleur tolérable dans la région sacro-lombaire droite ; pas de fièvre; l'utérus n'offrait rien de particulier. On prescrivit les hydragogues usuels (nitrate de potasse, pariétaire, sirop de pointes d'asperges, aloès, fumigations à l'eau bouillante d'écorce et sureau, etc.) ; mais, sous l'influence d'une maladie intercurrente qui porta un ébranlement considérable dans l'organisme, la maladie primitive fit, le mois d'après, de rapides progrès. Une consultation eut lieu. Après avoir constaté une hydropisie enkystée de l'ovaire droit, les consultants furent d'avis de prescrire l'usage de l'iodure de potassium, des bains alcalins, des frictions mercurielles, des drastiques et l'application de cautères sur les parois abdominales, et en dernier lieu des ponctions successives. Ce traitement, sauf les ponctions, fut suivi pendant quinze jours, mais sans nulle apparence d'amélioration. Se souvenant alors des observations publiées sur les propriétés hydragogues de l'oignon blanc, M. Venot fit la prescription suivante :

1° Suppression de tout médicament pris jusqu'à ce jour.

2° Abstinence de tout aliment et de toute boisson ordinaire.

3° Prise d'une demi-verrée de suc d'oignon blanc et d'une tasse de lait sucré matin et soir.

4° Dans la journée, deux autres tasses de lait sucré (sans eau.)

Ce traitement, suivi avec une grande ponctualité, ne tarda pas à manifester ses effets. Au bout d'une semaine déjà, le cours des urines s'était manifestement rétabli, et, au bout d'un mois et demi, le ventre s'était complétement affaissé; l'appétit était revenu, la respiration et la circulation avaient repris leur régularité physiologique ; la locomotion restait encore seule difficile. Il ne restait plus qu'à relever les forces et à raffermir la convalescence. Dans ce but, la malade a été envoyée à Biarritz. (*Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1860.)

De l'emploi du chlorure de zinc dans le traitement des maladies de la peau ; par M. le docteur Veiel (de Canstadt).

Après avoir employé pendant longtemps le chlorure de zinc, exclusivement à titre de caustique, contre le lupus et quelques affections cutanées analogues, lèpre vulgaire, éléphantiasis, tumeurs squirrheuses peu volumineuses, M. Veiel en a étendu l'usage au traitement des ulcères chroniques des jambes, des sycosis, de l'eczéma chronique, etc. Il se sert, soit d'une dissolution alcoolique (à parties égales), soit d'une dissolution aqueuse (10 parties de chlorure de zinc et 10 d'acide chlorhydrique pour 500 d'eau), soit enfin des caustiques solides en cylindres obtenus par fusion. Avec cette dernière forme, M. Veiel se propose, comme l'universalité des chirurgiens, d'obtenir une action caustique énergique. Il a surtout eu recours à ce moyen dans treize cas de lupus, avec un résultat des plus satisfaisants. L'affection occupait une fois les ailes du nez, six fois la lèvre supérieure, quatre fois la joue et deux fois l'oreille. Voici comment M. Veiel appliquait le chlorure de zinc :

Lorsque l'épiderme est détruit et remplacé par des croûtes plus ou moins épaisses, on les fait tomber à l'aide de cataplasmes émollients; dans les cas où l'épiderme est intact, on n'applique

le chlorure de zinc qu'après avoir préalablement dénudé le derme à l'aide d'un vésicatoire. A l'aide d'un crayon de chlorure de zinc taillé en pointe, on pénètre profondément dans les tissus hypertrophiés ou surmontés de tubercules, de manière à porter le caustique sur tous les points affectés; on continue, en outre, cette opération dans un rayon de 2 à 3 lignes. Tout autour de la lésion, immédiatement après cette opération, la surface criblée de trous, assez analogue à un rayon de miel, laisse suinter un liquide sanguinolent, noirâtre, puis une sérosité d'une couleur moins foncée qui se concrète au bout de quelques heures en une croûte lisse et ferme. Vers le troisième ou le quatrième jour, un pus séreux soulève le bord de cette croûte, et on lui donne issue à l'aide de quelques ponctions. Vers le sixième ou le huitième jour, la croûte se soulève sur ses bords et peut être détachée par des applications de cataplasmes continuées pendant plusieurs jours. Il est rarement nécessaire de renouveler l'application du caustique plus de trois fois. Toutefois, dans les cas où le tissu morbide a une grande épaisseur, il faut y revenir beaucoup plus souvent. Lorsque la surface suppurante qui succède à la chute des eschares ne présente plus aucun bourgeon de mauvaise nature et s'est élevée au niveau des parties saines, on la recouvre de cataplasmes pendant quelques jours, puis on la touche légèrement avec la solution alcoolique de chlorure de zinc tous les trois ou quatre jours. Lorsque les bords commencent à se rétracter, on substitue la solution aqueuse à la solution alcoolique, et l'on continue à appliquer cette solution jusqu'à guérison complète. Le temps nécessaire pour obtenir ce résultat dépasse rarement trois ou quatre mois.

M. Veiel se sert avec avantage de la solution alcoolique du chlorure de zinc pour guérir l'eczéma invétéré des paupières, des lèvres, des parties génitales, du pourtour de l'anus. La solution aqueuse guérit quelquefois des cas d'*eczema solare* ou *impetiginodes* qui ont résisté à tous les moyens usuels. La solution alcoolique enlève aisément les indurations qui restent parfois à la suite du psoriasis, au coude, sur le dos, aux cuisses; il faut seulement, pour l'appliquer dans ces cas, avoir soin de faire disparaître les écailles qui recouvrent les points indurés. Il y a une forme de *psoriasis palmaris*, accompagnée d'indurations verruqueuses, douloureuses, qui ne cèdent qu'au chlorure de zinc solide, que l'on emploie après avoir préalablement enlevé l'épiderme à l'aide d'un vésicatoire. La solution aqueuse est très utile dans les cas de sycosis et de favus. Enfin M. Veiel l'a trouvée très utile dans certaines formes d'acné et d'excroissances verruqueuses de nature suspecte, affectant le nez, les joues ou les lèvres. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 20 février 1860.)

Du non-cosmopolitisme des races humaines, par M. le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes.

De l'analyse d'un grand nombre de documents puisés à diverses sources, M. Boudin déduit les conclusions suivantes:

Il n'est nullement prouvé que les diverses races humaines soient cosmopolites, comme on l'a cru jusqu'ici, et un grand nombre de faits tendent même à établir le contraire.

La faculté d'acclimatement hors du pays de provenance varie selon la race, et cette variété se traduit par les différences correspondantes dans la proportion des malades et des morts de chaque race.

Il n'est pas démontré que l'Européen à l'*état d'agriculteur*, puisse se perpétuer dans les pays chauds de l'hémisphère nord.

L'acclimatement de l'Européen semble s'effectuer avec beaucoup moins de difficulté dans un très grand nombre de localités situées dans la région chaude et même tropicale de l'hémisphère sud.

L'Européen supporte beaucoup mieux les migrations dans les pays froids que dans les pays chauds.

La race nègre paraît ne pas s'acclimater dans le midi de l'Europe, ni même dans le nord de l'Afrique, où elle ne se maintient que par immigrations incessantes.

Il n'est pas démontré que la race nègre puisse se perpétuer dans les Antilles anglaises et françaises, à Bourbon, à Maurice, ni dans l'île de Ceylan, bien que ces îles soient situées entre les tropiques.

La race nègre paraît s'acclimater dans les provinces du sud des États-Unis d'Amérique.

Dans les provinces du nord des États-Unis, la race nègre dépérit, en même temps qu'elle y fournit un énorme tribut d'aliénation mentale.

La race juive s'acclimate et se perpétue dans tous les pays; la race juive obéit à des lois statistiques, de naissance, de maladies et de mortalité complétement différentes de celles auxquelles sont soumises les autres populations au milieu desquelles elle vit. (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, t. III, n° 10, avril 1860.)

Note sur un vice de conformation de la verge, par M. le docteur Martin.

Il s'agit d'un garçon, âgé de sept mois, chez lequel le pénis, dans toute sa longueur, est soudé suivant la ligne médiane, au scrotum par un repli cutané épais. Le raphé du scrotum s'arrête au niveau de la naissance du prépuce. Ce vice de conformation, si le sujet arrive à l'état nubile, apportera les obstacles les plus sérieux au coït, le membre viril ne pouvant pénétrer dans le vagin qu'à condition d'entraîner le scrotum: de là un véritable *impedimentum matrimonii*. Le père de cet enfant a les organes génitaux parfaitement bien conformés. Il serait facile de remédier à cet état de choses par une opération bien simple, opération que les parents de l'enfant ont refusée jusque-là, et qui ne pouvait d'ailleurs donner un résultat parfaitement satisfaisant qu'à condition d'une réunion par première intention. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin*, t. XVII, 2ᵉ livraison, 1860.)

L'emploi en thérapeutique de la pression atmosphérique diminuée, par M. le docteur Hermann Brehmer.

M. Brehmer est directeur d'un établissement hydrothérapique à Gœrbersdorf, dans le Riesengebirge, en Silésie. Cet établissement est situé à 533 mètres au-dessus du niveau de la mer, ce qui a permis à M. Brehmer de se livrer à des études sur l'influence physiologique et thérapeutique d'une pression atmosphérique peu considérable.

« J'ai fait voir, dit-il, ... que toute diminution dans la pression atmosphérique augmente la fréquence du pouls, et qu'en s'élevant environ 400 mètres plus haut, j'obtiens 13 à 15 pulsations de plus par jour, ce qui active tellement la métamorphose, qu'à une hauteur de 530 mètres, je consume le poids de mon corps en 21 jours, tandis qu'il m'en faut 28 à 30 à 100 mètres au-dessus du niveau de la mer. De plus, MM. Poiseuille et Volkmann ont prouvé par leurs expériences, que plus la pression atmosphérique est grande, plus il entre de sang dans les organes de la poitrine.

» L'action physiologique de la pression atmosphérique considérablement diminuée peut donc se résumer ainsi : diminution du sang affluant dans les organes de la poitrine, augmentation du nombre des pulsations, stimulation de la métamorphose, et amélioration de la nutrition.

» De là découlent les indications et les contre-indications pour la thérapeutique. Quant aux contre-indications, il n'en existe qu'une, selon nous, c'est l'insuffisance des valvules, accompagnée d'hypertrophie excentrique.

» La vie sous une pression atmosphérique diminuée serait donc indiquée pour presque tous ceux qui sont affectés de maladies chroniques, celles-ci pouvant être considérées en général, comme des troubles de la nutrition qui disparaissent quand la métamorphose devient plus active, ce qui arrive sous une pression atmosphérique diminuée. La raréfaction de l'air doit donc exercer une influence très salutaire sur les personnes dont la nutrition se fait mal sans qu'il y ait une cause matérielle, comme par exemple sur les convalescents et sur des individus épuisés par des travaux intellectuels ou affaiblis par l'âge. »

C'est, en effet, ce que M. Brehmer a pu constater un grand nombre de fois, et il ajoute, à ce propos, la réflexion suivante :

Les malades appartenant tous à la classe aisée de la société, l'amélioration de leur état ne pourra pas être attribuée à la bonne table qu'ils trouvaient à Gœrbersdorf.

La pression atmosphérique diminuée paraît donc indiquée à M. Brehmer pour tous les dérangements des fonctions digestives, fonctions qui deviennent bien plus actives sur les montagnes ; l'estomac y digère une quantité d'aliments qui, dans la plaine, causerait une indigestion, et l'appétit y augmente considérablement. Les évacuations, de même que l'appétit, deviennent plus régulières. Beaucoup de personnes qui, pendant des années, étaient obligées d'employer des laxatifs pour avoir des selles, en ont deux régulièrement par jour à Gœrbersdorf, sans l'emploi d'aucun agent purgatif. M. Lombard a fait remarquer que la constipation est assez fréquente sur les hauteurs. M. Brehmer n'a jamais rien observé de semblable.

Une hématose plus complète étant la conséquence naturelle de l'énergie redoublée des fonctions digestives, le séjour dans les montagnes peut donc aussi être recommandé aux individus anémiques et chlorotiques. La bronchite et l'asthme humide, accompagnés d'hypersécrétion des bronches, sont également modifiés avantageusement par l'emploi du même modificateur hygiénique. La perspiration, qui est augmentée dans les montagnes, diminue la sécrétion des muqueuses, et par conséquent aussi celle de la muqueuse bronchique. M. Brehmer convient, d'ailleurs, que cette amélioration est peut-être due en partie aux exhalaisons résineuses que les malades inspirent dans les forêts de pins et de sapins des montagnes.

A l'exemple d'un grand nombre de médecins du jour, M. Brehmer pense que la pression atmosphérique diminuée est parfaitement indiquée dans les tubercules pulmonaires et dans la phthisie déjà déclarée. L'amélioration du pouls causée par la raréfaction de l'air ne lui paraît pas avoir les inconvénients que redoutent beaucoup de médecins. Quant aux hémoptysies, il s'exprime à leur égard en ces termes :

» Je n'ai jamais observé de pneumorrhagie dans les environs de Gœrbersdorf, pas même à la hauteur de 431 mètres, où l'on trouve encore quelques cas de tuberculisation, mais ne se terminant jamais par des hémorrhagies pulmonaires. Les phthisiques étrangers qui, à leur arrivée à Gœrbersdorf, souffraient d'hémorrhagies, la perdaient au bout de trois à quatre semaines et quelquefois pour toujours; ici, il n'y a jamais eu de récidives. Aucun de mes malades n'avait d'hémoptysie, tandis que ce symptôme est très fréquent dans la plaine. Ces observations corroborent complétement les déductions que Fuchs, dans sa *Géographie médicale*, tirait des expériences de MM. Poiseuille et Volkmann, à savoir que des malades prédisposés aux pneumorrhagies devaient vivre sous une pression atmosphérique diminuée, pour prévenir la congestion du sang vers les poumons.

» La fièvre hectique a toujours diminué; jamais il n'y a eu augmentation des pulsations fébriles, pas même au commencement, quoique la première impression produite par notre climat sur les phthisiques à la période colliquative soit assez forte. Les sueurs nocturnes diminuent en même temps que la fièvre, ce qui rend le repos aux malades... Les progrès de la maladie étant arrêtés, les pertes du corps deviennent moindres, et la réparation se fait d'autant plus facilement. Bientôt la réparation n'est plus inférieure, mais supérieure à la perte, grâce à la métamorphose physiologiquement augmentée par la diminution de la pression atmosphérique. »

M. Brehmer convient, toutefois, que cette influence ne produit pas partout les mêmes effets sur les phthisiques, et que le climat et d'autres conditions doivent être pris en considération, surtout quand il s'agit d'établir un *sanatorium* pour des phthisiques. (*Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*, 20 mai 1860.)

Description des organes génitaux de quelques eunuques,
par M. le docteur A. Bilharz.

M. Bilharz a eu l'occasion d'étudier les organes génitaux de quatre eunuques noirs, dont deux adultes et deux autres n'ayant pas atteint l'âge de la puberté. Tous avaient subi la castration la plus complète, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas seulement subi l'ablation des testicules, mais qu'ils étaient également privés du dernier organe propre à satisfaire une sexualité tronquée du pénis. Les détails assez longs que l'auteur donne à l'égard de la cicatrice cutanée et de l'état du méat urinaire ne présentent pas un très grand intérêt, mais il n'en est pas de même de ceux qui sont relatifs aux parties du système génital situées plus profondément. Voici, à ce sujet, le résumé des observations les plus importantes de M. Bilharz.

Les corps caverneux et le bulbe de l'urèthre, si on les compare aux autres parties des organes génitaux, sont remarquables par leurs dimensions considérables ; il en est de même du nerf dorsal de la verge, dont le diamètre atteint presque toujours 2 millimètres. La comparaison de ces organes chez des sujets d'un âge différent est surtout intéressante. Tandis que les vésicules séminales et la prostate ont presque les mêmes dimensions chez les jeunes garçons et chez les adultes, le tronçon pénien offre chez ces derniers des dimensions beaucoup plus grandes que chez les premiers, et chez ceux-ci, son volume correspond à peu près à ce que l'on voit chez les garçons de dix à douze ans. Ainsi, si le développement des vésicules séminales et de la prostate paraît s'être arrêté chez les adultes, les restes du pénis n'ont, au contraire, pas cessé d'acquérir un certain accroissement. Cette particularité, rapprochée du volume considérable du nerf dorsal de la verge, et le développement assez frappant du muscle ischio-caverneux (muscle érecteur du pénis), doivent faire admettre que les eunuques, alors même qu'ils ont subi une mutilation complète, ne sont pas complétement privés d'érections.

Les canaux déférents sont perméables, mais d'un très petit volume, et ils présentent, dans leur dernière partie, comprise entre les vésicules séminales, des renflements ampullaires qui leur donnent l'aspect d'un chapelet. L'embouchure des conduits éjaculateurs est perméable, mais très étroite.

Les vésicules séminales, très petites, ont à peine le volume qu'elles présentent chez des sujets de l'âge de dix ans. Toutefois, leurs dimensions sont encore trop considérables pour que l'on puisse les considérer comme de simples réservoirs du sperme, et c'est une raison de plus pour envisager ces organes plutôt comme des organes sécrétoires que comme des réservoirs purs et simples. L'arrêt de développement qu'ils ont subi s'explique d'ailleurs, dans cette hypothèse, par le défaut d'excitation et leur activité propre, consécutive à la suppression de la sécrétion spermatique.

L'état de la prostate vient à l'appui de cette manière de voir. Les dimensions de cet organe sont les mêmes chez les sujets d'âges différents ; il présente une forme conique, à sommet inférieur. Son parenchyme, homogène, a l'aspect de la substance musculeuse de la vie organique. Il semblerait, à première vue, que le parenchyme glandulaire y a disparu. Toutefois la perméabilité des conduits excréteurs et la possibilité d'en exprimer du suc prostatique, démontrée par Gruber, prouvent qu'il n'en est pas ainsi. L'atrophie de la prostate est intéressante au point de vue des lois qui paraissent présider au développement des organes sécréteurs. La prostate, en effet, ne paraît pas se rattacher aussi directement aux fonctions génitales que les testicules, les canaux déférents et les vésicules séminales, et son atrophie ne saurait par conséquent s'expliquer par une influence exclusivement localisée dans la sphère génitale. — Chez l'un des eunuques, l'urèthre et les conduits excréteurs de la prostate contenaient un assez grand nombre de concrétions prostatiques.

Les glandes de Cowper se présentent à peu près avec leurs dimensions normales ; il semble par conséquent qu'elles se rapportent plutôt aux fonctions de l'urèthre qu'aux fonctions séminales proprement dites. D'après ces pièces prises sur un jeune garçon, il faut cependant admettre que leur développement est proportionnel à celui des corps caverneux. Cette contradiction apparente s'explique en admettant que leurs fonctions se rattachent à celles de l'urèthre en état d'érection.

Comme la miction rencontre toujours chez ces eunuques d'assez grands obstacles, il est aisé de comprendre l'état de la vessie ; le

muscle *detrusor urinæ* est notablement hypertrophié, et l'intérieur de la veine présente à un haut degré les caractères propres aux vessies à colonnes. Le trigone présente un épaississement considérable, ainsi que le sphincter vésical.

La portion prostatique de l'urèthre se fait remarquer par une brièveté en rapport avec les dimensions réduites de la prostate. Le verumontanum a à peu près les dimensions normales. La muqueuse uréthrale présente dans cette portion des plis qui paraissent être en rapport avec l'atrophie de la prostate, et qui n'existent pas à l'état normal. La portion membraneuse de l'urèthre est très notablement rétrécie; ce canal présente sa largeur la plus considérable au niveau du bulbe, et diminue de diamètre à partir de ce point jusqu'au méat artificiel. (*Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie*, t. X, 3[e] livraison, 1860.)

Etude anatomo-pathologique sur l'hydroméningocèle, par M. E. Gintrac, directeur de l'École de médecine de Bordeaux.

Lorsque la dure-mère et le feuillet séreux qui la tapisse sont soulevés, pressés par le fluide arachnoïdien accumulé, et par l'un des points du crâne, incomplétement organisés, cède et se laisse distendre, il peut en résulter une tumeur fort analogue à l'hydrocéphalocèle; mais elle en diffère essentiellement par l'absence de toute expansion cérébrale déployée dans le sac herniaire, ou se présentant à l'orifice anormal du crâne.

Ce genre de tumeur congénitale a été signalé par différents observateurs sous les noms d'hydrocéphale bâtard, de tumeur lymphatique du crâne, de hernie aqueuse, de poche arachnoïdienne, l'hydrocéphale méningo-cystique, etc. C'est surtout à M. Spring que la science doit une notion plus précise et des détails plus nombreux sur cette affection, qu'il a désignée sous le nom de *méningocèle* (*Mémoire de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1854, t. III, p. 7), pour la distinguer de l'encéphalocèle et de l'hydrocéphalocèle. M. Spring a appuyé l'histoire de la méningocèle sur l'exposition d'un certain nombre de faits empruntés à divers auteurs. Mais parmi ces faits il en est qui ne justifient pas pleinement la doctrine du professeur de Liége; M. Houël, qui a signalé le peu de solidité de quelques-unes de ces observations, a même considéré comme fort douteux l'existence de la méningocèle (*Archives de médecine*, 5[e] série, 1859, t. XIV, p. 413.)

M. Gintrac a constaté de son côté, après un examen attentif, que si plusieurs des observations invoquées par M. Spring sont réellement étrangères à l'hydroméningocèle, il en est quelques autres que n'ont mentionnées ni M. Spring, ni M. Houël, qui cependant s'y rattachent et peuvent éclairer vivement ce point curieux et important de la pathologie cérébrale. Le nombre des observations réunies par le savant professeur de Bordeaux, est de onze; il y a ajouté la relation d'un fait qu'il a eu l'occasion d'observer lui-même. Voici les remarques les plus importantes que comportent ces faits.

L'hydroméningocèle présente deux variétés : tantôt le fluide particulier des méninges est arachnoïdien, tantôt il est ventriculaire.

Dans l'une ou l'autre de ces variétés, cette maladie peut être la coïncidence d'agénésies et d'atelies cérébrales plus ou moins graves.

Le siége ordinaire de ces tumeurs est à l'occiput. Il peut aussi se rencontrer à la région fronto-nasale. Ce sont moins les fontanelles ou les sutures qui ouvrent un passage à la sérosité qu'un orifice anormal résultant d'un arrêt de développement de la substance osseuse.

La tumeur a lieu quelquefois sur la ligne médiane, souvent sur l'un des côtés, plus fréquemment à gauche qu'à droite.

Il est probable que l'origine de l'affection date du commencement ou du milieu de la gestation. Il est difficile de déterminer les causes de la perforation crânienne, cette imperfection n'est pas toujours observée à la région occupée par la tumeur.

L'hydroméningocèle simple, c'est-à-dire exempte d'altérations graves de l'encéphale, et surtout d'agénésies importantes, n'entraîne pas de dérangements très notables dans l'exercice des fonctions, ni de modifications dans le volume ou la forme de la tête.

La tumeur peu volumineuse à la naissance se développe successivement et peut acquérir des dimensions considérables; parfois elle en présente de très grandes, au moment même de la parturition; elle gêne alors l'expulsion du fœtus. Cette tumeur offre diverses formes; elle est hémisphérique, ovoïde, coroïde, etc. Elle ne présente à l'extérieur que de rares cheveux, ou même point. La peau qui la recouvre est fine, et le plus souvent devient transparente; généralement elle ne change pas de couleur, mais, dans quelques cas, elle a été violacée, rougeâtre.

On reconnaît dans les tumeurs une fluctuation très manifeste. On la réduit, dans les premiers jours, avec facilité, et l'on distingue très bien que c'est la rentrée d'un fluide dans le crâne qui produit la réduction. Il est possible alors, et même souvent sans cela, de découvrir avec l'extrémité des doigts, l'ouverture osseuse hernière. Mais si celle-ci est très petite et que le fluide ne rentre qu'avec difficulté, on peut ne pas la reconnaître.

La tumeur n'est point ordinairement pulsative; mais elle se tend lorsque l'enfant crie ou s'agite fortement. Elle est indolente et peut être comprimée sans produire de souffrance; mais si elle est volumineuse, il peut se manifester, par une forte pression, des symptômes cérébraux graves, comme l'assoupissement, des convulsions, des vomissements, etc.

Il n'est pas facile, il serait cependant important de pouvoir distinguer l'hydroméningocèle de l'hydrocéphalocèle et de l'encéphalocèle. Les différences sont parfois peu sensibles, mais quand elles existent, on les trouve dans une transparence plus grande de la tumeur, une mollesse plus prononcée et une réductibilité plus facile et plus complète, offertes par la première de ces maladies.

Le pronostic de l'hydroméningocèle est moins grave que celui de l'hydrencéphalocèle, il est probable que les guérisons obtenues par Salleneuve, Mosque, Martini, au moyen de la compression, par Zwinger avec des sachets de plantes aromatiques; par Thompson, à l'aide de la ligature, n'ont été opérées que dans des cas de simple hydroméningocèle. On conçoit que la perforation crânienne peut diminuer par les progrès de l'ossification et que les parois de la tumeur peuvent contracter des adhérences susceptibles de s'opposer au retour de l'épanchement.

Quand la tumeur est considérable, la ponction a l'avantage d'en diminuer rapidement le volume; mais elle peut laisser pénétrer l'air dans la cavité du crâne. Pour éviter cet inconvénient, on doit presser obliquement la base de la tumeur, de manière à oblitérer la perforation crânienne; mais ce procédé n'est exécutable que si l'orifice est étroit. L'hydroméningocèle, comme l'hydrencéphalocèle, est peu susceptible de guérison, quand l'orifice osseux est très large. Il y a presque toujours, alors, coïncidence de désordres graves dans le cerveau, et, par ce double motif, l'on ne doit point intervenir d'une manière active. (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 6, 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par E. Gintrac, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc. 5 vol. in-8. Paris, Germer Baillière, 1853-1859.

Il est certaines assertions qui, répétées sans cesse avec complaisance et comme à l'envi, finissent par prendre rang parmi les vérités les mieux établies, et qui ne doivent cependant leur crédit qu'à un défaut absolu d'examen ou à un parti pris directement contraire à la réalité. C'est précisément ainsi que s'est établie à Paris une opinion parfaitement erronée au sujet des travaux qui nous viennent de province. Chacun ici est prêt à déclarer à l'occasion que Paris seul offre les ressources nécessaires à l'étude, et que le médecin qui en est éloigné, demeurant par cela même en dehors du mouvement intellectuel, soustrait à cette émulation puissante

qui guide et anime les travailleurs, privé des matériaux les plus indispensables, se voit bientôt contraint, malgré lui, d'abandonner toute idée de travail sérieux, de se renfermer absolument dans le cercle plus ou moins étendu de sa pratique, et de se résigner à une vie toute de labeur, mais perdue désormais pour la science. Telle n'est point cependant la vérité ; cette triste condition n'est point fatalement le partage de nos confrères des départements, et l'ouvrage de M. Gintrac suffirait seul à démontrer que l'on peut, même ailleurs qu'à Paris, rester à la hauteur des progrès de la science ; bien plus, en devenir un des champions les plus remarquables. C'est assez dire quel cas nous faisons de l'œuvre du médecin de Bordeaux, et combien nous sommes convaincu de sa valeur et de son utilité.

Les trois premiers volumes du COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE ont paru en 1853, et l'année suivante M. Durand-Fardel en faisait dans ce journal une appréciation remarquable (1), dans laquelle il s'occupait surtout de faire connaître l'esprit du livre et la doctrine médicale de son auteur. Nous pourrions donc passer outre et nous occuper uniquement des deux volumes qui ont paru l'année dernière ; mais nous pensons être utile en donnant à nos lecteurs une idée du plan général de l'ouvrage, de la classification nosographique qui y est suivie, et en appelant leur attention sur certains points de détail qui nous ont à tous égards paru dignes d'intérêt.

Pénétré de l'importance que présentent les notions fondamentales de la médecine, notions trop souvent négligées, bien qu'elles servent d'introduction naturelle à la science pathologique, M. Gintrac a consacré la première partie de son livre à l'étude de l'origine, des bases, des progrès de la médecine, et a fait suivre cette notice préliminaire d'un précis de bionomie dans lequel il expose, nous dit-il, les phénomènes et les lois de l'organisme. Nous aurions ici une occasion favorable de revenir sur ces questions de philosophie médicale qui ont déjà soulevé tant d'orages sans avoir rien perdu de leur actualité ; mais les récentes luttes académiques nous ont montré une fois de plus que toutes ces discussions ne font de prosélyte dans aucun camp, et nous nous bornerons à noter que notre auteur fait ici une profession de foi *vitaliste* dans l'acception la plus rigoureuse du mot : il n'est point *spiritualiste*, car il nie que la vie ait l'âme pour principe ; il n'est point *organicien*, car il nie que la vie soit la conséquence de l'organisation : d'où il conclut qu'elle dépend de l'existence d'un principe autre que le corps ou l'âme ; ce principe, c'est le principe vital. Du reste, et pour en finir avec ces questions, nous sommes forcé d'avouer que M. Gintrac ne semble pas accorder une grande importance aux doctrines philosophiques, car la sienne propre est singulièrement oscillante : vitaliste dans la déclaration que nous venons de rappeler, il professera un peu plus tard le synchrétisme le plus complet, pour tomber enfin, à propos des fièvres, dans l'organicisme le plus absolu. Déjà M. Durand-Fardel avait signalé cette incertitude, cette absence de fixité et de personnalité ; pour notre part, nous regrettons d'autant plus qu'il en soit ainsi que nous aurions été heureux de revendiquer pour l'école spiritualiste une œuvre éminemment remarquable aux points de vue clinique et didactique.

Cette introduction est suivie d'un traité de pathologie générale. L'auteur, désireux avant tout d'éviter toute lacune, n'a pas fait de choix entre les deux acceptions différentes qu'a reçues cette expression; il n'a pas opté entre Gaubius (2) et Dubois (d'Amiens) (3), il les a suivis tous les deux; il a cru devoir comprendre, sous le nom de *généralités de la pathologie et de la thérapie*, tout ce qui est relatif à la maladie et au traitement envisagés d'une façon abstraite, c'est-à-dire tout ce qui constitue, selon nous, la pathologie générale; puis, dans une seconde partie, il a renfermé tout ce qui se rapporte aux diverses classes de maladies considérées en général. Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter ici les paroles mêmes de l'auteur : « Je classe, dit-il, dans trois grandes divisions les maladies considérées en général. La première renferme tous les vices de première constitution organique, les déviations et anomalies de forme, de position, de nombre, etc., appelées *lésions congénitales, monstruosités*. La seconde embrasse les lésions produites par des *agents mécaniques*, *chimiques* ou *toxiques*. La troisième comprend les *lésions vitales* et *organiques*. Des différences réelles et des lignes de démarcation tranchées séparent ces trois sortes de lésions : les premières se sont effectuées longtemps avant la naissance et ont une durée égale à celle de l'organisme, qu'elles ont modifié ; les secondes, appartenant à la vie extra-utérine, sont évidentes; leurs causes sont spécifiques, sensibles et susceptibles d'être saisies et constatées par les procédés de la science. Leurs effets se portent de prime abord et manifestement sur l'organisation. Les lésions nommées vitales et organiques, formant la troisième division, commencent autrement. Leurs causes, généralement inaperçues, souvent ignorées, s'adressent d'abord à la vitalité, au dynamisme. La structure des tissus se modifie, l'organisation s'altère; cette altération n'est que consécutive à la modification vitale. » Cette déclaration, déjà catégorique par elle-même, est amplement développée par l'auteur, lorsqu'il aborde l'étude de ces lésions vitales et organiques. Discutant, en effet, ces deux questions : *Existe-t-il des maladies simplement vitales? — En est-il de purement organiques?* il conclut fort sagement en ces termes : « Ainsi, d'un côté, des maladies peuvent n'être que vitales dans tout leur cours ; de l'autre, il en est fort peu qui soient purement organiques. Le plus souvent donc, elles sont à la fois vitales et organiques. » Il est fâcheux, nous le répétons, que M. Gintrac ne soit pas resté constamment fidèle à des principes si nettement formulés. Du reste, il étudie ces lésions vitales et organiques à deux points de vue différents : 1° à leur point de départ, quand elles sont simples et rudimentaires; 2° dans leur état de développement effectué. De là pour lui deux subdivisions : *états morbides élémentaires; maladies constituées*.

Nous craignons que ce ne soit là une division artificielle et qu'elle n'ait été directement inspirée par le voisinage de Montpellier; mais l'autorité de M. Gintrac nous fait un devoir d'indiquer au moins rapidement ce qu'il a compris sous ce nom d'états morbides élémentaires. Ce sont les états qui servent de principe, d'origine, de point de départ aux manifestations pathologiques. « Ces lésions élémentaires sont en général primitives ; si elles ne sont pas constamment le résultat immédiat de l'action des causes morbifiques, du moins, dès qu'elles se prononcent, elles dominent la maladie, elles sont des sources de phénomènes variés et servent de base principale aux indications thérapeutiques. Dans le cours d'une maladie, il n'est pas rare de voir à un mode de lésion élémentaire en succéder un autre. Le caractère de la maladie change, parce qu'un élément nouveau s'est développé. C'est ce qui explique la diversité des traitements dans une même maladie et la nécessité de les adapter aux phases et aux états variés qui surgissent. » Il nous semble que c'est là tout simplement indiquer l'importance capitale que le médecin doit accorder aux *formes* des maladies et au *malade*, et rappeler que le traitement ne peut pas être *un* dans tous les cas où la maladie porte le même nom. Dans ce sens-là, nous nous associons complétement à cette manière de voir. Mais alors, pourquoi cette séparation entre la maladie et ces éléments morbides qui ne sont, en définitive, autre chose que les manifestations de la première, avec les variétés commandées par le génie épidémique ou la constitution du sujet? Pourquoi prétendre que ces lésions élémentaires sont primitives et qu'elles dominent la maladie? La stupeur (hyposthénie nerveuse) qui marque le début de la plupart des fièvres typhoïdes est-elle donc plus primitive que la maladie elle-même ? Peut-on l'en séparer? peut-on dire qu'elle la domine? Nous ne le pensons pas; c'est là tout simplement la première manifestation de l'état morbide; mais elle en fait partie intégrante au même titre que les phénomènes d'excitation nerveuse, par exemple, appartiennent à cette autre forme de la maladie à laquelle on a donné le nom de forme ataxique. Enfin, s'il faut une dernière preuve pour montrer combien de telles divisions, nous allions dire de tels démembrements sont artificiels, nous la trouverons suffisante et palpable dans les discussions qui n'ont cessé de séparer à cet égard les hommes les plus compétents et dans

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 393.
(2) *Institutiones pathologiæ medicinalis*. Lugd. Batav., 1758.
(3) *Traité de pathologie générale*, Paris, 1837.

l'opposition des résultats auxquels ils sont parvenus (1). M. Gintrac distingue en trois classes les lésions élémentaires :

I. États morbides élémentaires qui dépendent principalement du mode anormal d'action des solides. Il a placé dans ce groupe l'*hyperesthénie* et l'*hyposthénie*, soit nerveuses, soit vasculaires; l'*ataxie* et la *périodicité morbide*.

II. États morbides élémentaires, qui consistent dans l'altération des fluides et spécialement du sang.

III. États morbides élémentaires qui résultent d'une altération générale des solides et des fluides : ce sont les *diathèses*. Nous espérions trouver ici une définition nette et précise de ce que l'auteur entend par diathèse; mais il nous semble avoir éludé la difficulté plutôt que l'avoir résolue. Qu'on en juge : il distingue soigneusement la *diathèse* de la complication, de la prédisposition et de la cachexie; puis, ayant ainsi montré ce que la diathèse n'est pas, il poursuit en ces termes : « Un individu est atteint d'un anévrysme. Cette affection n'est que locale; mais qu'une seconde, une troisième, une quatrième dilatation artérielle se développent simultanément chez le même sujet, alors se présente à l'esprit l'idée d'une disposition générale du tissu vasculaire, d'une diathèse anévrysmale. La formation d'un seul abcès ne suggère pas la pensée d'une diathèse; mais que plusieurs abcès se développent simultanément ou successivement chez le même malade, on arrivera bientôt à la supposition d'une diathèse purulente. Que la peau, une membrane muqueuse, des ganglions lymphatiques, le périoste, un os, etc., soient envahis sous une influence commune et identique, on aura l'idée d'une cause générale morbifique, intérieure, profonde, permanente, inhérente aux solides ou aux liquides, embrassant l'organisme tout entier et se trahissant par des manifestations pathologiques multiples. Voilà ce que l'on doit nommer une *diathèse*. »

C'est là un tableau, mais ce n'est point une définition comme on en désirerait une sur un sujet difficile et obscur, dans lequel il est absolument impossible de s'entendre sur les choses, si l'on ne s'est d'abord nettement entendu sur les mots. De plus, nous le constatons avec regret, M. Gintrac ne nous semble pas avoir été plus heureux dans la division qu'il a introduite dans les diathèses, ou plutôt dans l'application qu'il a faite de cette division. Parmi les diathèses, dit-il, les unes ne produisent qu'un seul genre d'affections, les autres peuvent en engendrer plusieurs. J'appellerai les premières *monogéniques*, les secondes *polygéniques*. Jusqu'ici rien de mieux, du moins lorsqu'on réunit sous le même titre, et les maladies constitutionnelles, et les diathèses. Mais pourquoi placer la diathèse tuberculeuse dans la classe des monogéniques et la diathèse cancéreuse dans le groupe des polygéniques. Celle-ci, comme celle-là pourtant, ne se révèle que par un seul genre d'affections. Serait-ce en raison des variétés histologiques du cancer que M. Gintrac l'a placé dans les diathèses polygéniques? Ce n'est point là une raison suffisante, et d'ailleurs il eût dû placer alors dans la même classe la diathèse tuberculeuse, puisqu'il admet la distinction de Bayle (2), Chomel (3), Andral (4) et Tonnelé (5), entre la granulation grise demi-transparente et le tubercule cru.

Nous sommes bien loin ici de la précision nécessaire à la parfaite intelligence des faits. Que plusieurs auteurs n'admettent point cette utile distinction, qui a été posée entre les maladies constitutionnelles et les diathèses, c'est leur droit; mais alors ils ne doivent jamais perdre de vue, sous peine de confusion et d'obscurité, le caractère important qui différencie toutes ces maladies générales entre elles, caractère qui a permis, depuis bon nombre d'années déjà, d'en faire deux classes bien nettement séparées. Toutes, en effet, présentent des lésions disséminées remarquables par une tendance manifeste à la généralisation, de sorte que tous les éléments organiques peuvent se trouver atteints; mais tandis que, pour les unes, ces lésions sont diverses en même temps que disséminées (syphilis, scrofule), pour les autres, ces lésions, quel que soit d'ailleurs l'organe impressionné, sont constituées par un produit morbide univoque (pus, cancer, tubercule); c'est à ces dernières qu'il serait utile, pensons-nous, de réserver le nom de diathèse, ne fût-ce que pour introduire plus de précision et de clarté dans ce sujet important. C'est là d'ailleurs ce qu'ont proposé MM. Tardieu et Bazin (1). C'est cette distinction que nous avons crue d'abord consacrée par les dénominations que propose M. Gintrac : *diathèses monogéniques* et *polygéniques;* mais nous avons vu que, malheureusement, la distribution de ces maladies sous ces deux chefs va directement contre cette idée.

La deuxième classe de maladies renferme, avons-nous dit, les affections constituées. L'auteur y décrit successivement : les congestions, les inflammations, les hémorrhagies, les flux et altérations des sécrétions, les lésions organiques, les névroses, les fièvres. Chacun de ces groupes est l'objet d'une étude d'ensemble. Certes personne plus que nous n'est partisan de ces articles synthétiques, et malgré ce que ce travail a peut-être d'artificiel et d'abstrait, nous croyons à son incontestable utilité; une fois en possession des données générales qu'il fait connaître, l'esprit est moins sujet à s'égarer dans les détails quelquefois subtils des descriptions particulières. Mais nous croyons aussi que ce travail ne peut porter tous ses fruits que s'il remplit certaines conditions indispensables. Pourquoi, par exemple, écrire, comme l'a fait M. Gintrac, sept articles successifs de généralités? N'est-il pas à la fois plus logique et plus utile de faire suivre chaque étude générale des descriptions de pathologie spéciale qui s'y rapportent? Cela ne peut même pas être discuté. Pourquoi rompre les affinités naturelles les mieux établies en séparant des faits qui se rapprochent par l'ensemble de leurs caractères? Pourquoi, par exemple, distraire la suppuration de l'étude de l'inflammation, pour la rejeter dans celle des flux? Une telle division nous semble complétement arbitraire; elle est au moins surprenante, puisque le même auteur étudie à leur place naturelle la délitescence, la résolution, le ramollissement, l'induration en tant que terminaisons possibles de l'inflammation, et qu'il déclare ailleurs (III, p. 202) que le pus ne se forme pas sans phlegmasie préalable. Ce n'est pas tout encore : inscrire dans les maladies constituées les lésions organiques, c'est faire la lésion synonyme de la maladie, ce qui ne peut se soutenir; de plus, nous avons vainement cherché pourquoi la diathèse cancéreuse est décrite dans cette classe d'états morbides qui nous a déjà occupé sous le nom d'*états morbides élémentaires*, tandis que la diathèse tuberculeuse a trouvé sa place dans ce chapitre des *lésions organiques*, c'est-à-dire parmi les *maladies constituées*. L'une doit fatalement se trouver à côté de l'autre, et nous sommes forcé de reconnaître que ce plan et ces divisions manquent d'unité et de bases solides.

Cette critique, d'ailleurs, ne porte absolument que sur la forme et la coordination des diverses parties de l'œuvre. Sous tous les autres rapports, elle ne mérite que des éloges. Les descriptions sont aussi complètes au point de vue des manifestations symptomatiques que sous le rapport de l'anatomie pathologique; les résultats des investigations microscopiques sont soigneusement exposés; la théorie de l'évolution cellulaire (Schleiden, Schwann), la doctrine des productions hétéromorphes (Vogel, Lebert), l'opinion contraire de J. Müller, Virchow, Mandl, Gubler, fondée sur la possibilité de ramener la composition histologique d'une tumeur quelconque aux éléments normaux de l'organisme pris aux différents âges de leur évolution, toutes ces questions si pleines d'intérêt ont trouvé leur place dans l'ouvrage de M. Gintrac, et le lecteur peut être assuré d'avance de ne pas avoir de lacune à y constater, si du

(1) Barthez, *Maladies goutteuses*. Paris, 1802. — Berthe, *Précis historique de la maladie qui a régné dans l'Andalousie* (années VIII et IX de la République française). Montpellier, 1802. — Dumas, *Doctrine générale des maladies chroniques*, etc. Montpellier, 1812. — Bérard, art. ÉLÉMENT du *Dictionnaire des sciences médicales*, 1815. — Lordat, *Ébauche du plan d'un traité complet de physiologie humaine*. Montpellier, 1841. — Quissac, *De la doctrine des éléments*. Montpellier, 1850. — De Renzi, *Lezioni di patologia generale*. Napoli, 1856. — Monneret, *Traité de pathologie générale*. Paris, 1857.

(2) Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*. Paris, 1810.

(3) Chomel, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1824.

(4) Andral, *Clinique médicale de la Charité*. Paris, 1837.

(5) Tonnelé, *Journal hebdomadaire*, V.

(1) A. Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique médicales*. Paris, 1848. — Bazin, *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*. Paris, 1860.

moins il veut bien tenir compte de l'époque de la publication des trois premiers volumes (1853). Enfin, et nous sommes heureux de le dire, ce livre se fait remarquer entre tous par un véritable luxe de bibliographie. Il n'est pas une question qui ne soit précédée d'un historique concis, mais qui en rappelle avec soin les principales phases ; il ne s'agit point ici de cette érudition commode, qui consiste à faire des citations au hasard et de mémoire, citations qui, bien loin de faciliter les travaux ultérieurs, ne font qu'augmenter les difficultés en renvoyant à des sources souvent erronées, ou même en ne les faisant pas connaître du tout. Ce n'est point ainsi qu'a procédé l'auteur, et il a eu soin, chaque fois qu'il cite un écrivain, de donner l'indication exacte de l'ouvrage dont il parle. On ne saurait mieux faire.

Nous nous arrêterons maintenant sur quelques points de détail dont l'examen, nous l'espérons, ne sera point inutile, surtout en raison des éléments nouveaux que les progrès de la science ont introduits dans plusieurs questions.

On sait que deux doctrines diamétralement opposées ont été professées touchant le rôle des capillaires dans l'inflammation. L'une, doctrine de l'*activité*, née de Van Helmont et de Stahl, puis soutenue, avec de légères modifications, par Boerhaave, Haller, Cullen, Vicq d'Azyr, Borsieri, et bien d'autres encore, attribue tous les phénomènes circulatoires qui caractérisent le début de l'inflammation à un surcroît d'action des capillaires, à un spasme, comme disait Cullen. Mais lorsque le microscope fut intervenu, et eut montré la dilatation des vaisseaux dans la congestion inflammatoire, il fallut bien admettre cet état du système vasculaire, et les soutiens de la doctrine que nous exposons en ce moment recoururent, pour sauvegarder leurs idées sur l'activité des capillaires, à l'hypothèse d'une dilatation active, qui reconnaissait elle-même pour cause un surcroît d'action locale. Hunter, Bichat, John Burns, défendirent cette manière de voir, qui peut se résumer ainsi, comme l'a judicieusement fait remarquer notre ancien collègue le docteur Marey, dans sa thèse inaugurale : « Pour eux le sang est appelé, mais n'est pas reçu passivement (1). » L'autre doctrine, dite doctrine de la *passivité*, que pouvaient faire pressentir les travaux de Winter, Schumlansky, Callisen (2), fut nettement formulée par Vacca Berlinghieri (3), qui émit l'opinion que l'inflammation ne saurait se développer dans une partie sans que les vaisseaux sanguins aient perdu leur résistance normale à l'impulsion de la colonne sanguine, de sorte qu'ils se laissent dilater et remplir, et qu'il y a toujours dans le lieu enflammé une débilité absolue ou relative. Cette opinion fut franchement défendue par Lubbock (de Norwich) et Allen (4). Or, jusqu'à l'époque actuelle, cette dernière doctrine jouit, il faut le dire, de peu de faveur. Il répugnait aux médecins et aux physiologistes, peu renseignés encore sur les caractères de la dilatation des capillaires et sur son mode de production, d'admettre un état de faiblesse dans une partie enflammée, et ils se rangeaient à l'avis de M. Andral, qui écrivait dans son ANATOMIE PATHOLOGIQUE : « Les mots *inflammation* et *asthénie* impliquent contradiction. » Aussi n'avons-nous point été surpris de voir M. Gintrac repousser à son tour la doctrine de la passivité pour soutenir l'opinion opposée. Mais, en vérité, les arguments qu'il donne n'ont aucune espèce de valeur. Il conteste la présence des fibres musculaires dans les petits vaisseaux, puis il prend cette hypothèse toute personnelle pour base de son raisonnement, et avance que si le resserrement a lieu sans fibres contractiles, la dilatation peut bien se produire par une propriété analogue (laquelle ?) inhérente au tissu lui-même. Dans l'inflammation, dit-il encore, on a vu les globules comme entassés et immobiles dans les vaisseaux capillaires ; on en a conclu à l'inertie, à la débilité de ceux-ci. Mais l'immobilité n'est pas toujours un signe de relâchement et de faiblesse : le tétanos en est une preuve. (Qui se fût attendu à une telle comparaison ?) Une partie enflammée n'offre ni la mollesse, ni la flaccidité propres à l'asthénie. Il y a ici, ce nous semble, une légère confusion. Ce n'est point la faiblesse, l'*asthénie* de toute la partie qui est en question, mais simplement l'état des capillaires, et pas autre chose. Si M. Gintrac eût accordé, dans son livre, un peu plus de développement aux travaux que nous avons rappelés en peu de mots ; s'il avait exposé dans tous les détails qu'elles méritent les expériences et les conclusions remarquables de Ch. Hastings (1) ; si surtout il eût fait une part suffisante à l'innervation vasculaire, telle que nous l'avaient fait connaître, à cette époque, Verschuir, Henle et Paget (2), nous croyons qu'il serait arrivé à une tout autre conclusion, et qu'il eût partagé cette idée émise par Henle à une époque où l'on ne savait rien encore sur les effets de la section et de la galvanisation du sympathique du cou, à savoir, qu'une excitation immodérée *paralyse* les vaisseaux. Cette doctrine de la *dilatation paralytique* des vaisseaux est généralement admise aujourd'hui en Allemagne ; les travaux de M. Cl. Bernard l'ont vulgarisée en France, et il n'y a rien là qui implique l'idée d'une débilité, d'une asthénie générale. L'agent, quel qu'il soit, qui joue le rôle de *stimulus* dépasse les bornes de l'excitation compatible avec le maintien des propriétés vasculaires normales, et les canaux se dilatent *passivement*, voilà tout. De là afflux de sang, congestion, stase, et toute cette série de phénomènes que nous ont si bien fait connaître les travaux déjà cités de Hastings et ceux de Kaltenbrunner (3). M. Gintrac eût dû être d'autant plus facilement conduit à adopter la théorie actuelle sur la dilatation capillaire, qu'il a consacré un article spécial rempli de faits intéressants à la démonstration de l'influence exercée par le système nerveux sur le développement de l'inflammation. Cet article comble une lacune réelle de plusieurs traités de pathologie. Rappelant les faits singulièrement probants de Odendahl, de Lizars, de Krimer, de Koch et de plusieurs autres auteurs, M. Gintrac montre avec beaucoup de raison que les faits contradictoires de Fowler, de Nasse, de MM. Broca et Lebert, n'ont de valeur qu'en ce qui touche le système cérébro-rachidien, et ne prouvent rien contre l'intervention toute-puissante des nerfs ganglionnaires, dont l'influence sur la circulation, les sécrétions, la nutrition, la calorification ne peut être contestée. Le médecin de Bordeaux a heureusement complété son étude de l'inflammation en montrant combien étaient erronées les assertions de Hemprich et Robert Latour, qui ont nié l'existence de l'inflammation chez les animaux à sang froid. Il a fait lui-même des expériences qui en démontrent la réalité, et justifient ainsi la valeur qu'on a accordée aux résultats obtenus par les écrivains précédemment cités. Nous n'avons qu'un regret, c'est que l'auteur se soit borné à discuter si l'augmentation de fibrine dans le sang est cause ou effet de l'inflammation, et qu'il n'ait pas recherché quelle est l'origine de cette accumulation de fibrine, surtout en tenant compte des travaux modernes, qui ont démontré que cette matière azotée est un produit rétrograde aussi bien qu'un produit d'assimilation, et que sa présence en excès dans le système circulatoire est bien loin de déceler toujours, comme on le croyait encore il y a peu de temps, un excès de forces ou une nutrition surabondante (4).

Il est un autre point de pathogénie appartenant à l'histoire des hémorrhagies qui ne nous paraît pas avoir reçu tous les développements qu'il mérite, ou du moins avoir été l'objet d'une discussion suffisante. Nous voulons parler du mode de production de l'écoulement sanguin, de ses conditions immédiates ; en un mot, de sa cause instrumentale. M. Gintrac reconnaît, dans le chapitre qu'il a consacré à la *physiologie pathologique* des hémorrhagies actives, que pour expliquer l'issue du sang hors des réseaux capillaires, on est obligé d'admettre, ou bien une dilatation des orifices

(1) Marey, *Recherches sur la circulation du sang*. Paris, in-4, 1859.
(2) Voy. Dezeimeris, *Archives générales de médecine*. 1829.
(3) *Liber de inflammationis morbosæ quæ in humano corpore fit natura, causis, effectibus et curatione*. Florentiæ, 1765.
(4) Cités par Thomson dans son *Traité de l'inflammation*.

(1) Hastings, *A Treatise on Inflammation*, etc. Edinburgh, 1820.
(2) Verschuir, cité par Burdach dans son *Traité de physiologie*. — Henle, *Encyclopédie anatomique*, 1845. — Paget, *Lectures on Inflammation*, 1850.
(3) Kaltenbrunner, *Dissertatio inaug. sistens prodromum experimentorum circa statum sanguinis et vasorum in inflammatione*. Augustæ, 1826. — *Experimenta circa statum sanguinis et vasorum in inflammatione*. Munich, 1826.
(4) Voy. Davy (John), *Observations on the Blood* (*Edinburgh medical and Surgical Journal*, 1839). — Polli, *Dello stato della fibrina del sangue nelle inflammazioni* (*Omodei Annali*, febbruario, 1845). — Beltrami, *Della genese della fibrina, del suo aumento nelle malattie flogistiche* (*eodem loco*, aprile 1845).

vasculaires, ou bien une rupture des parois. « Une rupture des parois, dit-il ensuite, est incontestable quand le sang s'épanche dans les parenchymes ; elle peut avoir lieu dans les tissus membraneux, lorsque l'effusion est subite et considérable, mais on ne l'a que rarement constatée. Une dilatation des orifices ou des porosités vasculaires permettant la transsudation du sang *paraît prouvée* par l'absence de solution de continuité visible, et par la marche même de l'écoulement. En effet, le sang coule, puis s'arrête et coule de nouveau. Y a-t-il eu déchirure, cicatrisation, nouvelle dilacération vasculaire ? Ce n'est pas présumable ; après plusieurs hémorrhagies, le tissu de l'organe devrait être criblé. » A quoi il est facile de répondre, que si le sang coule, puis s'arrête, et coule de nouveau, c'est simplement par suite de la formation et du déplacement de caillots obturateurs. Et d'ailleurs qu'est-ce que ces orifices et ces porosités vasculaires? Rien, dans la structure anatomique des capillaires, n'autorise à admettre une telle disposition, et des considérations d'un autre ordre viennent démontrer jusqu'à l'évidence que ces orifices, rejetés d'ailleurs aujourd'hui par tous les observateurs, n'ont été qu'une pure création de l'esprit, et n'ont dû leur existence éphémère qu'à l'appui qu'ils prêtaient à la théorie de l'exhalation sanguine : si de telles porosités existaient en réalité, ne devrait-on pas voir l'hémorrhagie accompagner constamment la stase sanguine inflammatoire? Or, rien de pareil ne se constate ; une exsudation de lymphe plastique quelquefois colorée en rouge par de l'hématine en dissolution, voilà tout ce qu'il est donné d'observer. Mais point de globules sanguins, donc point d'hémorrhagie. Dans les cas rares où une hémorrhagie véritable a lieu, M. Béhier (1) a noté que « les globules sanguins s'échappent par certains points déchirés de distance en distance, et non point par une exhalation opérée sur tous les points de la circonférence vasculaire, comme on l'observe pour la lymphe plastique. » Mais d'ailleurs il y a plusieurs années déjà que des connaissances exactes sur la texture des vaisseaux sanguins ont porté Vogel (2) et M. Lebert (3) à déclarer que l'hémorrhagie véritable, c'est-à-dire, l'écoulement du sang en nature, n'a jamais lieu sans rupture des capillaires. Les travaux plus récents de Virchow, sur l'*ectasie capillaire*, en démontrant la facilité avec laquelle s'altèrent les parois des canalicules vasculaires, ont permis d'en concevoir aisément la rupture, et ont en même temps démontré la nécessité de l'examen microscopique dans les cas de ce genre. Quant à nous, nous adoptons pleinement l'opinion de ces derniers auteurs, surtout parce qu'elle est fondée sur les données de l'anatomie normale, et nous croyons que les hémorrhagies par exhalation ne doivent figurer désormais dans les livres qu'à titre de renseignements historiques. Et il y a là, qu'on y prenne garde, plus qu'une question de précision ou de curiosité physiologique. Il y a là avant tout une question de classification, celle-ci devant être évidemment subordonnée aux divers modes de genèse du phénomène morbide. Les hypothèses sans nombre qu'on retrouve même dans quelques ouvrages contemporains doivent disparaître, ainsi que les classifications qu'elles ont produites, pour faire place aux vérités qu'a démontrées la physiologie expérimentale : nous voulons dire la rupture constante des vaisseaux, et l'influence toute-puissante des nerfs vaso-moteurs. Développer ce sujet nous entraînerait trop loin, peut-être un jour aurons-nous quelque occasion d'y revenir.

Mais si nous avons dû nous écarter de M. Gintrac, quant à la pathogénie des hémorrhagies, nous sommes heureux d'avoir à signaler ici deux chapitres où l'on trouvera tracée, véritablement de main de maître, l'histoire du *purpura hæmorrhagica* et de l'*hémophilie*. L'auteur donne au *morbus hæmorrhagicus maculosus* de Werlhof et de Behrens le nom de *hémorrhée pétéchiale*, sous lequel, nous dit-il, cette maladie a déjà été décrite par Adair, Bergener, Acrel et Bateman, et en fait l'ordre troisième des hémorrhagies : hémorrhagies par disposition constitutionnelle spéciale temporaire. Il pense que si le *purpura simplex* et le *purpura urticans* peuvent à la rigueur se rattacher aux maladies cutanées, il n'en saurait être de même du *purpura hæmorrhagica*, qui dérive d'une cause générale ; c'est même pour cela qu'il n'adopte pas cette dénomination qui donne trop d'importance au symptôme cutané. Quant à l'érudition que M. Gintrac a prodiguée dans cet article, nous n'en donnerons qu'une faible idée en disant qu'il a rapproché et comparé pour ce travail cent quatre-vingt-dix-neuf observations dont il indique les sources exactes. Le même tribut d'éloges peut être justement accordé à l'histoire de l'*hémophilie*, qui constitue l'ordre quatrième et dernier des hémorrhagies : hémorrhagies par disposition constitutionnelle spéciale permanente, ou diathèse hémorrhagique congénitale. A l'exception des monographies, nous ne connaissons aucun ouvrage où ce sujet soit aussi complétement, aussi savamment traité ; l'étude qu'en a faite le professeur de Bordeaux mérite la plus sérieuse attention, et nous ne saurions la recommander trop vivement à nos lecteurs.

Dr Jaccoud.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Béhier et Hardy, *Traité de pathologie interne*, t. III, p. 289.
(2) Vogel, *Anatomie pathologique générale*, dans l'*Encyclopédie anatomique*, t. IX.
(3) Lebert, *Physiologie pathologique*, t. I.

VI

VARIÉTÉS.

Par décret du 22 août 1860, M. Le Helloco, ancien médecin ordinaire de feu S. A. I. le prince Jérôme Napoléon, a été promu au grade d'officier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Mascarel (Jules), médecin de l'hôpital de Châtellerault et médecin aux eaux du Mont-Dore, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'établissement d'hydrothérapie de Bellevue, dirigé jusqu'à ce jour par M. Fleury, passe entre les mains de M. le docteur Bourguignon, dont le mérite a pu être apprécié de nos lecteurs.

— Nous apprenons la mort du docteur Fabre, de Meyronnes (Basses-Alpes), qui a succombé le 17 de ce mois, à l'âge de soixante-huit ans. M. Fabre était l'auteur d'un remarquable *Traité du goître et du crétinisme*.

— M. le docteur Leroy (d'Étiolles), dont le nom se rattache à l'une des plus belles découvertes chirurgicales de notre époque, vient de succomber, à l'âge de soixante-deux ans, à une cruelle maladie qui le tenait depuis plusieurs mois éloigné de sa clientèle et de ses confrères.

— Le doyen d'âge du corps des chirurgiens militaires, M. le docteur Sarcy-Lachaume, vient de mourir à Paris, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. M. Sarcy-Lachaume fit les campagnes de Sambre-et-Meuse, d'Italie, d'Égypte, d'Espagne et de Russie ; chirurgien-major des chasseurs de la garde pendant la campagne de France, il suivit l'empereur à l'île d'Elbe, et quitta le service après Waterloo.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

Compte rendu du service de clinique chirurgicale de M. le baron H. Larrey a l'hôpital du Val-de-Grace (semestre d'été de 1856), par M. le docteur *G. Gaujot*. In-8 de 108 pages. Paris, Victor Rozier. 2 fr.

Maladies du foie et de la rate, d'après les observations faites dans les pays riverains du bas Danube, par le docteur *Drasch*. In-8 de 70 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme, par le docteur *Ernest Godard*. In-8 de 150 pages et 14 planches lithographiées. Paris, Victor Masson. 6 fr. 50

Recherches sur la substitution graisseuse du rein, par *le même*. In-8 de 32 pages et 3 planches. Paris, Victor Masson. 2 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 7 SEPTEMBRE 1860. N° 36.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 6 septembre 1860.

OBSERVATIONS SUR LES CAS DE COLIQUES SÈCHES QUI SE SONT PRÉSENTÉS DANS LES HÔPITAUX DE LA GUYANE FRANÇAISE : M. CHAPUIS.

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute le débat récemment soulevé dans ce journal entre M. Dutroulau, ancien médecin en chef de la marine, et M. Lefèvre, directeur du service de santé au port de Brest, sur l'étiologie de la colique sèche. Nous sommes assez heureux pour pouvoir disposer d'un document important sur la même question : c'est l'extrait d'un rapport adressé au conseil de santé, par M. le docteur Chapuis, sur les cas de colique sèche observés dans les hôpitaux de la Guyane française pendant le premier trimestre de 1860.

A. D.

Les coliques sèches ont été assez fréquentes pendant ce trimestre, et je me suis attaché à établir autant que possible la distinction entre les coliques sèches et les coliques de plomb.

Sur trente et un cas observés pendant ces trois mois, nous avons noté vingt-cinq fois la colique sèche et six fois la colique de plomb; mais je me hâte d'ajouter que ces chiffres n'établissent en aucune façon ni la fréquence relative de ces deux affections, ni même l'existence absolue de l'une plutôt que de l'autre.

Six cas désignés sous le nom de coliques de plomb sont des cas de coliques ayant présenté des symptômes d'empoisonnement plombique, ou bien observés chez des individus placés dans les circonstances voulues pour être intoxiqués par ce métal ; mais est-ce à dire pour cela que les vingt-cinq autres cas de coliques sèches n'eussent pas une origine saturnine? Je ne saurais l'affirmer ; seulement j'avoue que ni mes recherches, ni les renseignements fournis par les malades, n'ont pu me la faire découvrir ; les six cas de coliques de plomb laissent peut-être eux-mêmes quelque chose à désirer sous ce rapport, ainsi qu'on pourra le voir par les développements dans lesquels je vais entrer en citant quelques exemples.

J'étais convaincu, même avant la lecture du remarquable et

FEUILLETON.

Erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

Quelques mots sur les polypes fibreux naso-maxillaires, pour montrer jusqu'où peut mener la curiosité bibliographique.

Il est bien plus simple de s'endormir sur l'oreiller de la foi que de poursuivre la vérité à la sueur de son front.
(ÉT. VACHEROT, *De la démocratie*, p. XVII.)

(Suite. — Voir le numéro 35.)

Passons à l'observation de M. Lenoir (1). L'analyse qui s'en trouve dans la thèse de concours me fit croire, au début, que j'étais battu, et qu'enfin j'allais heurter mon incrédulité contre un vrai polype fibreux naso-maxillaire, à insertion nasale, à prolongement maxillaire; mais la lecture de l'original me rassura, car il était question de toute autre chose.

D'abord s'agissait-il d'un polype? Il est permis d'en douter. J'ai dit plus haut qu'une condition *sine qua non* pour un polype était d'avoir une insertion bien déterminée. Or, ce détail manque totalement dans l'observation; on dit bien : « La tumeur enlevée est d'un énorme volume; elle avait son pédicule dans la cavité du sinus. » Alors ce serait un polype maxillo-nasal et non naso-maxillaire, comme on l'annonçait; mais ensuite pédicule signifie rétrécissement, portion étranglée, et nullement implantation. Quelques polypes utérins ont leur pédicule dans le vagin, par exemple. Le lieu précis de l'insertion reste donc lettre close. La phrase suivante me fait plus que jamais douter de la réalité de l'insertion : « Après l'extraction de la tumeur, le doigt parcourt toute la cavité de la tumeur, la muqueuse semble partout intacte, sur un point elle offre quelques rugosités qui sont détruites avec

(1) Thèse de M. Gosselin, p. 55, et *Bulletin de thérapeutique*, t. XXII, p. 321. Cette observation est intitulée : *Polype des fosses nasales qui a nécessité l'incision du nez pour son extraction.*

consciencieux travail de M. le directeur du service de santé à Brest, qu'on a souvent confondu sous le nom général de coliques sèches des cas de coliques produites par l'action d'un composé plombique, faute sans doute d'avoir mis assez de soins ou de persévérance dans les recherches étiologiques; puis parce que nulle part on n'a encore nettement posé le diagnostic différentiel de la colique sèche et de la colique de plomb.

Il est, en effet, bien difficile d'obtenir tous les renseignements nécessaires de la part des malades, qui souvent n'en comprennent pas l'importance; il faudrait leur adresser un grand nombre de questions pour arriver seulement à appeler leur attention sur une cause suspecte qu'il serait peut-être ensuite impossible de vérifier; toutes ces difficultés font qu'on s'arrête vite dans la recherche de causes dont la connaissance n'est, après tout, pas absolument nécessaire pour le traitement que les souffrances des malades commandent d'appliquer le plus tôt possible.

En admettant comme réellement productrices de la colique toutes les causes d'intoxication plombique qu'énumère M. Lefèvre, il est presque impossible de ne pas trouver une origine saturnine à toutes les coliques sèches, surtout si l'on considère avec lui que les doses de plomb, presque insignifiantes, et par conséquent inoffensives dans les circonstances ordinaires, peuvent devenir toxiques sous l'influence d'une haute température, et enfin que le composé plombique peut séjourner un temps presque indéterminé dans l'organisme avant de manifester sa présence.

Il est évident pour moi qu'avec une pareille latitude il est possible de récuser tous les cas de coliques sèches, et que nul médecin ne pourra être certain que celles qu'il a traitées n'ont pas une origine saturnine.

Quel est, en effet, l'individu atteint de coliques sèches qui pourra affirmer que, dans un temps plus ou moins éloigné, il n'a pas été exposé aux émanations de la peinture ou d'une poussière plombique ; qu'il n'a pas pris, même à son insu, des aliments ou des boissons ayant séjourné dans des vases dont le vernis, l'étamage ou la soudure leur ont communiqué des propriétés toxiques ?

Ainsi donc, dans l'état où la question se trouve aujourd'hui posée, il me semble impossible d'établir, d'après l'étiologie, la distinction entre la colique de plomb et la colique sèche, puisqu'il est toujours facile, pour expliquer cette dernière, de trouver dans les précédents une cause plus ou moins probable d'intoxication saturnine ; et cependant, d'un autre côté, je ne puis croire qu'il faille nier l'existence de la colique sèche, parce qu'on n'a pas encore pu montrer d'une manière évidente les causes qui la produisent.

La symptomatologie n'offre pas non plus, il faut l'avouer, de signes bien certains pour différencier ces deux affections.

Voici les caractères qui paraissent appartenir plutôt à la colique sèche : l'invasion est ordinairement plus brusque, elle frappe de préférence les individus anémiques, presque toujours elle est accompagnée d'un embarras gastrique prononcé ; les vomissements sont fréquents, le ventre n'est jamais rétracté, il est le plus ordinairement sensible à la pression, le pouls offre toujours un ralentissement assez marqué. On a dit aussi que les arthropathies, les encéphalopathies survenaient plus vite dans la colique de plomb ; les encéphalopathies me paraissent effectivement plus rares dans la colique sèche ; mais j'ai vu souvent les douleurs articulaires ou musculaires, l'hyperesthésie ou bien l'engourdissement de la peau se montrer dès le début en même temps que les douleurs intestinales et cesser avec elles.

Du reste, la gravité des symptômes de la colique de plomb tient évidemment à la durée de l'intoxication, à la quantité de plomb absorbée, au degré de saturation auquel est arrivée l'économie, en un mot à l'ensemble des circonstances qui ont déterminé l'empoisonnement, tandis qu'il est impossible de dire pourquoi tel cas de colique sèche est plus grave que tel autre, pas plus qu'on ne peut expliquer pourquoi de deux individus soumis à l'intoxication miasmatique, l'un n'a qu'un accès de fièvre simple et l'autre un accès pernicieux; seulement, en général, plus les attaques de colique sèche se répètent, plus elles sont graves et violentes.

Ce qui distingue encore la colique sèche, c'est qu'elle frappe à la fois un grand nombre d'individus, qu'elle n'a pas une durée aussi fatalement déterminée que la colique de plomb ; j'en ai vu cesser le quatrième jour et d'autres se prolonger jusqu'au quinzième, et je ne parle ici, bien entendu, que de la première période, de la période douloureuse ; la seconde, celle des paralysies, etc., peut se prolonger indéfiniment.

Enfin, les coliques sèches et les accidents qui l'accompagnent guérissent, ou au moins se modifient avantageusement et presque sans traitement, surtout si l'on n'a pas trop attendu, par le retour dans les pays froids.

Voici, du reste, sur la marche et la fréquence de la colique sèche, un tableau des cas observés pendant ces dernières années sur différents points de la Guyane.

ANNÉES.	Hôpital de Cayenne.	Pénitencier de la Comté.	Iles du Salut.	Ilet la Mère.	Montagne d'Argent.	Saint-Georges.	Saint-Laurent.	Totaux.
1854	»	1	»	1	56	7	»	65
1855	3	12	1	6	12	6	»	40
1856	13	4	18	1	39	7	»	82
1857	26	12	6	3	17	3	»	67
1858	44	32	7	3	5	5	6	102
1859	67	82	7	9	16	3	17	201
Totaux ...	153	143	39	23	145	31	23	557

Nota. — Il est digne d'attention que, pendant cette période de six années, il n'a été introduit aucun changement sensible dans l'ali-

---

l'ongle. » Où était situé ce point? Nous n'en savons rien. Ce que nous savons bien, c'est que les vrais polypes fibreux offrent au niveau de leur implantation des adhérences robustes qu'on ne détruit qu'à la force du poignet. Or, l'observation, véritable enfant terrible, nous apprend, au contraire, que les adhérences étaient presque nulles. Rien de plus probant que le passage suivant. En effet, M. Lenoir fendit de haut en bas le nez à peu près sur la ligne médiane, puis « les deux lèvres de cette incision étant écartées, le doigt est introduit de haut en bas dans la fosse nasale, *et le polype est énucléé avec la plus grande facilité* ». Voici, il faut en convenir, un détail très curieux et très instructif. Je ne sache pas que les polypes fibreux se laissent de coutume *énucléer avec la plus grande facilité*. C'est absolument le contraire qui a lieu. Enfin, pour coup de grâce, la tumeur n'était rien moins que fibreuse. D'abord la malade (âgée de trente ans) rendait souvent, en se mouchant, des lambeaux de polypes. Or, je n'ai jamais ouï-dire que les tumeurs réellement fibreuses pussent se morceler ainsi spontanément ; mais j'ai des arguments plus forts, entre autres celui-ci : « La tumeur est formée vers sa base par trois ou quatre polypes mucoso-fibreux ; mais la presque totalité est constituée par une matière friable, d'un rouge noirâtre, et semblable à des caillots de sang en partie organisés ; sur quelques points, ce tissu est gris-noirâtre et d'un mauvais aspect. » Je m'abstiens de tout commentaire, mais j'avance que, si une telle description s'applique aux tumeurs fibreuses, il faut renoncer aux distinctions tracées par l'anatomie pathologique.

Si l'on veut continuer à regarder le cas précédent comme un exemple de polype fibreux naso-maxillaire, j'y consens ; en retour, je demande qu'on me fasse quelques petites concessions. Les sacrifices réciproques, nul ne l'ignore, sont indispensables à l'entretien de la bonne harmonie. A l'avenir donc on dira, à propos de cette observation :

Voici un beau spécimen de polype fibreux naso-maxillaire qui diffère des autres cas connus : 1° parce qu'il n'était pas fibreux ; 2° parce qu'il n'était inséré ni dans les fosses nasales, ni dans le sinus maxillaire, ou que cette insertion, si elle avait lieu, n'a

mentation ni dans la nature des objets d'approvisionnement général destinés aux hommes qui font le sujet de ces observations.

La première remarque qui frappe en examinant ce tableau, c'est que la colique sèche a suivi une marche rapidement croissante, surtout dans les pénitenciers de la Comté, qui sont les plus malsains, et à l'hôpital de Cayenne, qui peut servir de critérium, puisque c'est là que viennent, en dernier lieu, se rendre les malades de tous les autres points; il est donc probable qu'une maladie qui devient plus fréquente à l'hôpital de Cayenne suit aussi la même marche dans le reste de la colonie. La Montagne d'Argent semble faire exception à cette augmentation progressive; mais il faut observer que ce pénitencier a eu à supporter de grands changements dans son personnel, qui a été quelquefois presque totalement renouvelé par des transportés arrivant directement de France. C'est à l'époque de ces mutations que s'observe la diminution de la colique sèche; mais déjà, pour l'année passée, l'augmentation tend à se produire.

Saint-Georges, qui est presque entièrement habité par des noirs, n'a qu'une faible proportion de coliques sèches, laquelle diminue à mesure que l'effectif des blancs est moins nombreux.

Dans les établissements de l'Ilet-la-Mère et des îles du Salut, le nombre des coliques sèches est bien moins considérable que dans les établissements de la terre ferme, mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est la rareté des coliques sèches ou de plomb aux îles du Salut où le personnel est le plus nombreux (2000 hommes environ), où se trouvent tous les ateliers de forges, de chaudronnerie, de machines à vapeur; où tous les bâtiments viennent se réparer. Cet établissement, en un mot, représente l'arsenal de l'un de nos ports militaires; c'est là surtout que doivent se trouver les causes d'intoxication saturnine, et, en effet, j'ai observé quelques cas de coliques de plomb. Quelle énorme différence sous le rapport des conditions favorables à l'intoxication saturnine il présente par rapport aux pénitenciers de la Comté où l'effectif, toujours moins considérable, a été réduit depuis un an à 150 ou 200 au plus, et où l'on n'a jamais exécuté que des travaux agricoles! Néanmoins, quelle disproportion dans le nombre des cas! Enfin, il faut remarquer que l'hôpital des îles du Salut est considéré comme une convalescence, et a pu recevoir des cas de coliques sèches qui s'étaient déclarées en terre ferme.

J'ai vu la colique sèche se montrer subitement chez des personnes qui avaient été exposées à une brusque variation de température.

Obs I. — M. A..., officier d'ordonnance du gouverneur, fut pris *pour la première fois* de coliques sèches, après une course à cheval, par un soleil très ardent suivi de pluies torrentielles reçues pendant plusieurs heures, sur les cuisses et les jambes.

En même temps que les coliques sèches, il se manifesta dans les articulations et les muscles des douleurs tellement vives que le malade ne pouvait garder aucune position; la constipation résistait à tous les moyens, les vomissements étaient verdâtres et fréquents; il n'y avait pas de liséré de Burton, et les bains sulfureux n'ont jamais donné lieu à la plus légère coloration.

J'ai vainement cherché une cause d'intoxication par le plomb chez ce jeune homme qui, parent du gouverneur, vivait à l'hôtel du Gouvernement et ne subissait d'autre influence que celles auxquelles toutes les personnes de la maison étaient exposées; il y eut plusieurs rechutes et toujours à la suite du même genre de causes, du moins nous n'en trouvâmes pas d'autres.

Obs. II. — M. Q..., capitaine de frégate, qui a eu, au Sénégal, de violentes attaques de coliques sèches qui le laissèrent complétement paralysé et nécessitèrent son retour en France; il fut envoyé à la Guyane pour servir à terre; il menait une existence de la plus complète régularité, mangeant avec plusieurs officiers supérieurs qui n'ont jamais éprouvé le moindre symptôme de coliques sèches. Cependant, un mois après son arrivée, il fut repris de douleurs sous les poignets, d'engourdissements, de paralysie des extenseurs, peu à peu les extrémités inférieures présentèrent les mêmes symptômes à leur tour, les testicules devinrent très douloureux ainsi que les cordons spermatiques. M. Q... fut obligé de retourner en France. Il n'y avait pas de liséré gingival. M. Q... était très sensible à la faradisation, j'ai employé souvent chez lui les bains sulfureux et n'ai jamais observé la moindre coloration, mais un jour que M. Q..., sans consulter personne, eut l'idée, pour calmer les douleurs du testicule, de se laver avec de l'eau blanche, il fut tout surpris de voir les doigts et les parties lavées se colorer en brun.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que tous les accidents éprouvés par M. Q..., et qui, au Sénégal, avaient succédé à de violentes attaques de coliques sèches, reparurent à la Guyane, et suivirent une marche progressive croissante, sans avoir été précédés ni accompagnés de coliques; il y avait seulement un peu de constipation habituelle, mais dont on triomphait facilement par les purgatifs légers.

En quittant la Guyane, M. Q... alla à la Martinique où il passa une dizaine de jours; à son départ de cette colonie pour France, il y avait déjà un mieux notable, et M. Q... commençait à se promener seul sur le pont, tandis qu'il avait fallu le porter à bord au moment de l'embarquement.

Je déclare qu'il m'a été impossible de découvrir dans ce cas la moindre trace d'intoxication saturnine; la maladie parut pour la première fois au Sénégal; j'ignore sous l'influence de quelle cause; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que M. Q... est arrivé ici bien portant; qu'il n'y a pas eu de nouvelles causes d'intoxication, et que, peu à peu, sans nouvelle attaque de coliques vives, par la seule influence du climat, à ce qu'il me semble, ont reparu tous les accidents qui succèdent ordinairement à de violentes attaques de coliques sèches.

Si, au Sénégal, il y a eu empoisonnement par le plomb, ce métal est resté inactif dans l'économie pendant tout le temps que M. Q... a passé en France, et n'a commencé à manifester son action qu'un mois après son arrivée ici.

---

point été démontrée; 3° parce que le doigt seul a suffi pour l'énucléer avec la plus grande facilité.

Si vous êtes aussi curieux que moi, vous allez, sans doute, me demander comment, à mon tour, j'appelle cette tumeur? Je vous répondrai avec candeur que je n'en sais rien; qu'elle ressemble quelque peu à un cancer ou à une hypertrophie des glandes de la pituitaire, ou à un fibrome fibro-plastique; mais que, n'étant pas doué de la seconde vue rétrospective, je crois plus prudent de m'abstenir, et de n'envisager le fait que sous le côté opératoire, qui est fort intéressant. Je risquerai seulement deux remarques en forme de digressions.

Première digression. — Si ce diabolique microscope avait passé par là, nous en saurions peut-être davantage.

Deuxième digression. — Roux, au mois de décembre 1843, dans une leçon clinique faite à propos du malade dont nous nous sommes occupé récemment, disait : Quant à l'opération, nous avons commencé par ouvrir, dans toute son étendue, le nez, c'est un parti hardi que nous nous sommes décidé à prendre, afin d'avoir assez de place pour agir sur l'énorme tumeur que nous devons enlever. *Aucun chirurgien*, que je sache, Hunter lui-même, n'a osé prendre une telle décision dans des cas analogues, car *tous* ont été retenus par la grande et juste raison de ne pas entamer une partie de la face, qui est des plus importantes, et laquelle, déformée, rendrait la figure aussi difforme (1). Or, vers le 4 mai 1842, dix-neuf mois auparavant, un chirurgien avait eu cette hardiesse dans un cas analogue, et cette hardiesse un journal répandu la consignait dans ses colonnes en 1842. Les grands praticiens décidément ne lisent pas assez. Et de trois.

Si encore, me disais-je, au lieu de ces opérations, pendant lesquelles le chirurgien, gêné par le sang, et pressé naturellement d'en finir, n'est pas sûr de voir bien clair; si encore j'avais une autopsie, une pauvre petite autopsie. Je me mis donc en quête. Mes vœux furent bientôt comblés, car M. Gosselin, en entamant, dans le *Compendium de chirurgie*, la description des polypes naso-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1843, p. 595, 1re colonne, leçon du 31 novembre.

Voici encore une autre observation dans laquelle il nous a été impossible de découvrir la moindre cause d'intoxication par le plomb.

Obs. III. — M. C..., lieutenant de gendarmerie, est à la Guyane depuis treize ans; il a habité les différents quartiers de la colonie; il a fait de fréquents séjours à l'hôpital, d'abord pour la dysenterie, puis pour des accès de fièvre et une gastralgie; il y a environ deux ans, étant déjà dans un état d'anémie très prononcé; il est venu à l'hôpital pour des coliques sèches dont il ignore complètement la cause. Depuis cette époque les fièvres intermittentes et les coliques sèches ont pour ainsi dire alterné dans leurs atteintes, et M. C... a passé presque tout son temps à l'hôpital.

Les coliques sont devenues plus violentes et plus difficiles à calmer, à chaque nouvelle attaque, et on n'en triomphait, en dernier lieu, que par de nombreux vésicatoires largement saupoudrés de morphine La paralysie commençant à se manifester, M. C... a été renvoyé en France, mesure à laquelle il n'avait pas voulu consentir jusque-là malgré nos conseils.

Jamais nous n'avons trouvé ce liséré de Burton; les bains sulfureux n'ont donné lieu à aucune coloration et nous n'avons jamais pu découvrir la moindre source d'intoxication plombique.

Dans l'observation suivante, il y a eu évidemment intoxication saturnine au début.

Obs. IV. — M. D..., sous-chef d'imprimerie, âgé de quarante-quatre ans, est employé dans les imprimeries depuis l'âge de seize ans; il est arrivé à la Guyane en 1858; il n'a jamais eu de fièvres intermittentes; à l'âge de vingt-six ans, à Paris, il a été atteint de coliques de plomb qu'il attribue à l'habitude de mettre, en composant, les caractères d'imprimerie dans la bouche et de prendre son déjeuner dans l'atelier tout en travaillant, de sorte que les aliments pouvaient aussi se charger de la poussière qui se détache des caractères ou qui reste sur les doigts; il se rappelle que plusieurs employés de la même imprimerie étaient aussi atteints de coliques de plomb. Le 8 juillet 1859, sept mois après son arrivée à la Guyane et dix-huit ans après l'atteinte de coliques de plomb dont il ne s'était plus ressenti, il entre à l'hôpital accusant de vives douleurs abdominales et une constipation qui date de trois jours, et qui ne cède que le quatrième jour après son entrée : vomissements vert-foncé, douleurs musculaires, le liséré de Burton est très prononcé; cependant M. D..., aujourd'hui, ne touche plus aux caractères d'imprimerie; ses occupations sont plutôt celles d'un employé de bureau. Malgré cette circonstance et le long temps écoulé depuis sa première attaque, je n'hésite pas un instant à diagnostiquer une colique de plomb. Le traitement employé diffère peu de celui de la colique sèche. Le 13 juillet M. D... est parfaitement guéri.

Sept mois après, M. D... revient à l'hôpital avec des douleurs abdominales excessives, constipation depuis plusieurs jours, inappétence, nausées, quelques vomissements verdâtres, pouls à 60. Le liséré des gencives est encore fort reconnaissable, mais beaucoup moins prononcé que la première fois; la maladie suit son cours ordinaire, et M. D... est complètement soulagé au bout de huit jours. Mais comme il commence à devenir anémique, il prolonge son séjour à l'hôpital pendant environ un mois, et pendant ce temps il éprouve à deux reprises différentes quelques douleurs abdominales accompagnées d'un peu de constipation. Cet état cède facilement à quelques purgatifs donnés immédiatement, mais je suis convaincu que si M. D... ne s'était pas trouvé à même de recevoir des soins prompts et de prévenir, pour ainsi dire, la maladie, il aurait eu de nouvelles rechutes.

Ainsi voilà un homme qui, pendant près de vingt ans, s'est trouvé au milieu des conditions les plus favorables à l'intoxication saturnine, et qui n'a eu qu'une seule atteinte de coliques de plomb à vingt-six ans; arrivé à la Guyane vers l'âge de quarante-quatre ans, il y jouit d'une condition meilleure et se trouve dans des circonstances moins favorables à l'absorption de plomb; le liséré de Burton, qui était très marqué à son arrivée, s'efface tous les jours, et cependant les coliques ont été beaucoup plus fréquentes.

Ne peut-on pas supposer, d'après cet exemple, que la cause, encore inconnue, qui sous un climat détermine la colique sèche, agira plus favorablement sur un individu déjà intoxiqué par le plomb ou qui a éprouvé antérieurement des attaques de coliques saturnines, et qu'alors la maladie présentera une physionomie en rapport avec cette double cause?

Ce qui me semble confirmer cette opinion, c'est l'exemple suivant, qui s'est offert dernièrement à mon observation.

Obs. V. — V... est chauffeur à bord d'un des bâtiments à vapeur de la station; il entre à l'hôpital pour des coliques que l'on qualifie coliques de plomb en raison de la profession du malade chez lequel on peut trouver quelques traces de liséré gingival. V... a depuis longtemps des fièvres intermittentes.

Les accidents cédèrent très facilement et les selles se rétablirent; mais pendant quatre jours cet homme, qui ne souffrait pas du tout dans la journée, avait régulièrement tous les soirs un accès de fièvre avec crises de coliques très vives qui cessaient en même temps que la fièvre; le sulfate de quinine, associé à la belladone, a mis fin à ces coliques intermittentes et à la fièvre.

Il y avait donc bien évidemment, dans ce cas, deux éléments morbides, dont l'un incontestablement endémique dans le pays, l'élément palustre, imprimait à la colique sèche ou saturnine un type qui ne lui est pas ordinaire.

J'ai observé plusieurs fois chez moi-même la métastase sur l'intestin d'une névralgie faciale avec hémicrânie à laquelle je suis très sujet; après avoir souffert pendant plusieurs jours de tout un côté de la tête et de la face, la douleur cessait brusquement, et j'éprouvais immédiatement tous les accidents de la colique nerveuse.

Obs. VI. — J'ai eu dernièrement dans mes salles un garde du génie qui, après quelques accès de fièvre erratique, a été atteint, à deux reprises différentes, de coliques très violentes avec constipation, vomissements bilieux, et le liséré de Burton était très apparent et, d'après ce signe, je me suis efforcé de trouver une origine saturnine à sa maladie. J'ai appelé sur ce point l'attention de mon malade, jeune homme fort intelligent et capable de m'aider dans mes recherches; nous n'avons rien pu découvrir, ni dans ses occupations ni dans son genre de vie, qui puisse expliquer une

---

maxillaires, nous dit : « L'un de nous a présenté à la Société anatomique, en 1837, un polype fibreux *implanté sur la lame criblée de l'ethmoïde*, qui avait détruit la cloison, et envoyait un prolongement considérable dans chacun des sinus maxillaires. »

Cette fois, par exemple, il me parut bien que je n'échapperais pas à la conviction, et qu'enfin j'allais constater l'existence de ce fameux polype naso-maxillaire, que j'avais jusqu'alors cru plus rare que les merles blancs ou les veaux à trois têtes. A la vérité, je préparais déjà des objections. Un polype qui s'insère à la lame criblée de l'ethmoïde, me disais-je, pourrait être rangé parmi ceux de la base du crâne, par conséquent il y a là quelque chose de spécial, etc. Tous les esprits prévenus sont rebelles, et cherchent opiniâtrément toutes les issues pour se soustraire à une démonstration accablante. Nonobstant, j'ouvris le tome XII des *Bulletins de la Société anatomique*, année 1837, à la table du volume je trouvai cette désignation : *Polype du pharynx*. Hein! fis-je; puis à la page 260 le texte suivant, qui me fit respirer avec plus d'aise :

« M. Mercier présente, au nom de M. Gosselin, un *polype du pharynx* recueilli chez un jeune homme mort avec des symptômes de méningite vingt-quatre heures après qu'on eut tenté d'extraire cette tumeur par arrachement (décès à porter au compte de l'arrachement, c'est bon à savoir). A l'autopsie, on vit que le polype *ayant son centre au pharynx* s'étendait en haut, *avait perforé la lame criblée de l'ethmoïde*, et faisait saillie dans le crâne au-dessous de la dure-mère. Par son prolongement à droite, il avait détruit la paroi interne de l'orbite occupant la partie la plus postérieure de cette cavité, faisait saillir l'œil en avant, et se terminait dans le sinus maxillaire. A gauche, il pénétrait aussi dans le sinus maxillaire de ce côté. L'arachnoïde contenait des flocons purulents. Ce polype fibreux, dans ses couches extérieures, présentait du tissu aréolaire dans sa portion la plus centrale. »

Qu'en dites-vous? Et de quatre.

Voici venir encore, sur mon chemin, une observation de Dupuytren. On me renvoie au journal *la Clinique*, 1830, t. XII, sans indication de page. L'exemplaire de la Faculté n'a pas de table. Je perds vingt-cinq minutes à feuilleter le volume. Enfin je trouve

colique de plomb; la valeur du liséré de Burton n'aurait donc pas toute l'importance qu'on lui accorde.

Obs. VII. — Dans ce moment encore, se trouve dans mon service un vieux pilote qui, aujourd'hui, commande sur la côte un petit bateau avec lequel il fait le cabotage; à bord, il n'y a pas un atome de plomb; la nourriture de ce marin se compose de morue salée, et, le plus souvent, de biscuits, de fruits et de légumes pris dans les points de relâche. Cet homme a des coliques sèches bien caractérisées et présente un liséré qu'on n'hésiterait pas à regarder comme un liséré de Burton et qui, cependant, ne paraît tenir qu'au peu de soin que cet homme prend de ses dents mauvaises, et à l'état scorbutique de ses gencives.

J'ai du reste plusieurs fois trouvé ce même état des gencives et des dents, qu'avec de la bonne volonté on aurait facilement pris pour le liséré de Burton, chez des individus qui n'avaient jamais eu de coliques sèches, ni de coliques de plomb, et qui étaient à l'hôpital pour des fièvres ou d'autres affections.

Je ne prétends pas que les observations précédentes doivent changer les convictions de ceux qui ne croient pas à l'existence de la colique sèche; mais je ne puis m'empêcher de l'avouer, l'ensemble des faits que j'ai chaque jour sous les yeux me porte à penser que si quelquefois on a décrit, sous le nom de coliques sèches, des coliques de cause saturnine, il est bien difficile d'admettre que les coliques sèches que l'on observe ici reconnaissent une cause de cette nature.

Ainsi je cherche vainement une intoxication plombique pour expliquer les coliques sèches si fréquentes parmi les transportés sur des pénitenciers où il n'y a pas un atome de plomb. Les hommes couchent sur un hamac, dans des carbets en feuilles, ne touchent jamais à aucun métal, puisent de l'eau directement dans la rivière et mangent dans des vases de bois. Si l'on objecte que les aliments ou le tafia peuvent contenir quelques composés plombiques, je dirai d'abord que jusqu'à présent on ne l'a pas démontré, que ce sont les mêmes vivres et les mêmes boissons qu'on distribue partout, et que cependant les mêmes effets ne se manifestent pas partout, ni constamment dans le même lieu, et enfin je demanderai comment il se fait que les noirs qui vivent à côté des blancs, qui sont nourris comme eux, n'ont jamais la colique sèche, même lorsqu'elle règne épidémiquement.

Il faut donc reconnaître qu'il y a une influence autre que celle du plomb, ou bien que les composés plombiques acquièrent ici un degré de nocuité qui rend toxiques les doses les plus minimes, et c'est ce que ne confirme pas le traitement fréquent des diarrhées chroniques par les préparations de plomb.

Je me suis souvent encore demandé pourquoi les coliques sèches ou de plomb sont beaucoup plus fréquentes ici qu'à la Martinique, par exemple, où l'eau, pour arriver dans chaque maison, parcourt le vaste réseau de tuyaux de plomb qui sillonne la ville en tous sens.

Je n'ai que peu de choses à dire du traitement : j'ai employé presque constamment le même, quels que fussent les cas, et j'ai obtenu le même résultat. Dans ceux où l'intoxication saturnine me paraissait le plus évidente, je n'ai pas retiré beaucoup d'avantages du traitement spécifique de la colique de plomb. J'emploie ordinairement la belladone à doses filées, les grands bains, le chloroforme et l'éther en frictions, en potions, en lavements; les purgatifs, et plus tard les bains sulfureux, les vésicatoires, la faradisation, etc.

J'ai, en outre, presque toujours obtenu de bons résultats par l'emploi de lavements vineux aussi chauds que le malade peut le supporter, et qu'il garde le plus longtemps possible; les douleurs sont presque immédiatement calmées, au moins tout le temps que la chaleur se fait sentir, et presque toujours ce lavement provoque des garderobes.

Il est vrai que la plupart des hommes en traitement dans mon hôpital sont anémiques, et qu'un stimulant comme le vin chaud doit avoir un effet général avantageux.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Questions cliniques relatives a la cataracte, par M. le docteur Blanc, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier.

Les faits chirurgicaux dont je vais donner une exposition succincte me paraissent fournir une réponse à certaines questions cliniques relatives à la cataracte. Les idées qui m'ont déterminé à pratiquer l'opération seront indiquées avec la plus grande sincérité, et je suis satisfait de dire qu'elles ont été justifiées par les résultats heureux que j'ai obtenus. J'apporte ainsi mon contingent d'observations, à la condition d'en donner une appréciation rigoureuse et désintéressée. *Non numerandæ, sed perpendendæ observationes.*

J'ai cru devoir attendre plusieurs mois entre l'accomplissement des résultats opératoires et la relation que je donne aujourd'hui. Les communications trop hâtives, en privant les faits sur lesquels elles reposent de la sanction du temps, leur font perdre une grande partie de leur intérêt, et quelquefois même elles sont en contradiction manifeste avec l'événement qu'elles signalent comme un succès.

La méthode numérique à laquelle j'ai dû recourir, sans pouvoir satisfaire à toutes les exigences d'une question pathologique, fournit toutefois bien des éléments à la solution de cette dernière. Sans doute, les idiosyncrasies, les prédispositions, les influences diverses qui agissent sur les individus, peuvent amener des modifications dont on ne saurait nier la contingence; mais il n'en est pas moins avéré que les actes morbides se passent sur des êtres qui se ressemblent à certains égards. C'est précisément sur ces analogies incontestables qu'on établit les avantages de la statis-

---

mon affaire à la page 138. L'observation est intitulée : *Extirpation d'un polype carcinomateux du sinus maxillaire gauche.* Dès le début du récit, il est dit que la narine gauche est obstruée par un corps polypeux, mou, frangé, que des chirurgiens ont enlevé plusieurs fois, mais sans succès, car il se reproduisait en peu de jours. Cette prompte reproduction a fait conclure que c'était un polype carcinomateux; comme de plus il ne faisait saillie ni par les narines antérieures, ni par les narines postérieures, on a décidé que ce polype n'était pas nasal. Cependant la voûte palatine était abaissée, la lèvre supérieure soulevée, la fosse canine élevée.

« Dès lors, s'écrie aussitôt le rédacteur enthousiaste, plus d'hésitation, plus de doute sur le diagnostic de la maladie. M. Dupuytren annonce que le carcinome a sa racine dans le sinus maxillaire gauche ou à son orifice. Le polype n'a pu se développer que dans cette cavité dont il a écarté les parois, ou dans la narine dont il a abaissé ou perforé le plancher. »

Dupuytren discute ensuite les diverses opérations qu'il serait possible de pratiquer; il rejette l'ablation du maxillaire supérieur et se décide à extirper la tumeur par les voies artificielles qu'elle s'est déjà formée en repoussant ou en perforant les os. Je passe les détails opératoires, ne voulant examiner que le diagnostic. La paroi antérieure du sinus est découverte, puis ouverte ; on enlève alors la portion maxillaire du polype avec une cuiller tranchante inventée par M. Dupuytren lui-même! Le doigt parcourt alors tout le sinus, mais on ne dit pas que le lieu de l'implantation ait été reconnu et précisé.

Restait l'embranchement nasal. Si réellement la tumeur partait du sinus, il est logique de supposer que cet embranchement n'avait que de faibles adhérences et qu'on aurait pu le retirer, soit par la narine, soit par le sinus; mais, comme nous l'apprend une réflexion perdue plus loin, on avait oublié de se munir de pinces à polypes, on fendit donc la muqueuse palatine; l'ouverture osseuse qu'on constata fut agrandie à l'aide de la curette, et le reste du polype fut entièrement extrait par cette voie.

Il est bien entendu qu'on ne dit point du tout ce qu'est devenu le malade. Les trous de la paroi antérieure du sinus et de la voûte

tique. Il importe donc de bien saisir toutes les circonstances d'un fait et de les traduire fidèlement, si l'on veut en faire bénéficier nos semblables, lorsque des circonstances à peu près identiques se reproduiront. Les suites favorables de mes divers essais pourront encourager certains opérateurs à entrer dans la même voie.

Si nous considérons maintenant la position des médecins qui exercent leur art dans des localités d'une population restreinte, nous ne pourrons manquer de reconnaître que ces praticiens, dans le rayon mieux limité de leur clientèle, seront plus favorisés que leurs confrères des grandes villes pour saisir tout ce qui se rattache à l'histoire de leurs malades. A peine convalescents, les individus sortent des hôpitaux, et l'on ne saurait affirmer que la guérison se soit maintenue, bien qu'ils figurent comme guéris dans les recueils d'observations. Dans les grandes villes où les hôpitaux sont nombreux, leur admission possible dans des établissements différents de celui où on les avait vus auparavant, les offre comme un sujet d'étude à d'autres thérapeutistes et les dérobe à l'attention des premiers, dont les convictions seraient probablement modifiées par cette réapparition.

La même remarque est applicable à la pratique particulière. Dans les petites villes, où le mouvement est moins rapide, où les échanges sociaux s'opèrent sur une échelle moins vaste, il en résulte des relations plus fréquentes, plus familières : situation oblige. Le médecin, en rapport avec tous les rangs de la société, se trouve dès lors dans les meilleures conditions pour continuer à voir ceux qui se seront commis à ses soins. Il serait utile qu'il donnât plus souvent des communications de sa pratique et qu'il eût plus à cœur d'imiter les médecins des grandes villes qui nous initient à leurs travaux par la voie de la presse. On peut juger des avantages qui suivraient la réalisation de ce désir en voyant le parti qu'on a retiré des publications venues de cités peu populeuses. Je me plais à reconnaître que ces relations ont été faites, qu'elles ont pu servir aux progrès de la science, mais je voudrais qu'elles fussent moins rares, et que l'exemple de MM. Serre (d'Alais), Rigal (de Gaillac), Bretonneau (de Tours), Bernard (de Vidauban), etc., fût entraînant pour bien d'autres. Les quelques noms que je viens de citer montrent que des talents supérieurs peuvent se trouver dans des localités peu considérables, et il est heureux pour l'humanité qu'il en soit ainsi.

Je suis persuadé que les communications transmises par les médecins des petites villes tourneraient au profit de l'art, et qu'elles fourniraient, en les rapprochant de celles que nous devons aux efforts louables des médecins des grandes cités, des études comparatives d'un haut intérêt. J'ai voulu joindre l'exemple à ma proposition en rapportant des faits qui touchent à certains points litigieux de chirurgie oculaire.

PREMIÈRE QUESTION. — La cataracte existant d'un seul côté, l'autre œil jouissant des facultés visuelles, quelle doit être la conduite du chirurgien?

J'admets en principe que la cataracte dont il s'agit est opérable, qu'elle est dans des conditions telles qu'on puisse se promettre un succès en pratiquant la méthode d'abaissement ou celle d'extraction. Maintenant je dois préciser le degré auquel l'œil non cataracté jouit des facultés visuelles.

Il est fort rare qu'une personne cataractée d'un œil vienne demander l'opération tant que l'autre œil est d'une parfaite intégrité. Bien souvent la cécité unilatérale n'est connue par le malade qu'au moment où la vue faiblit de l'autre côté. En fermant alternativement ces organes, on acquiert l'assurance que la fonction visuelle ne s'exécute plus d'un côté, que les paupières soient rapprochées ou écartées, tandis que l'autre œil possède encore plus ou moins la faculté de percevoir les images des objets éclairés.

Lorsque l'œil qui fonctionne seul s'affaiblit à divers degrés, cette kopiopie peut tenir à une fatigue oculaire par excès d'exercice. S'il importe toujours de bien examiner l'œil cataracté, c'est surtout dans ces circonstances qu'il est urgent de procéder à l'observation complète de cet œil affecté de cécité, pour s'assurer si la complication amblyopique n'existe point.

Si l'œil cataracté répond convenablement à l'épreuve subjective de la rétinoscopie phosphénienne, je suis d'avis qu'il convient d'opérer. Chez les deux sujets dont je rapporterai bientôt l'observation, l'œil non cataracté, sans être affecté d'amblyopie, n'avait pas toute l'intégrité visuelle désirable. L'opération faite d'un côté a réussi pleinement, et la vue est devenue toujours croissante du côté opposé où elle déclinait graduellement.

Nous trouvons dans les auteurs des exemples d'opérations pratiquées dans les conditions de cataracte unilatérale ; mais on n'a pas assez de détails sur les résultats touchant la vue binoculaire, qu'on a pu constater ultérieurement. D'un autre côté, nous citerons des ophthalmologistes distingués dont les opinions sont en opposition formelle avec notre manière d'agir.

Nous lisons dans le SUPPLÉMENT AU TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX de Weller, par Sichel (Paris, 1837, p. 537) : « On peut établir comme règle générale qu'il ne faut pas opérer lorsqu'un seul œil est cataracté. On doit accéder aux désirs du malade lorsqu'il ne voit plus assez du bon œil pour se conduire... La gêne qui résulte quelquefois de la diplopie consécutive est telle, que nous conseillons généralement d'opérer la cataracte de l'autre œil, qu'elle soit complète ou non, dès que la première opération a réussi. »

Voilà un conseil que nous nous garderions bien de suivre ou de préconiser ; jamais on ne doit opérer une cataracte qui n'est pas complète.

Dans le TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX, d'A. Scarpa, nous trouvons les idées suivantes à propos de la cataracte unilatérale (1821, page 92) : « L'opération peut réussir, mais aussi elle peut déterminer des accidents très graves, une violente ophthalmie par exemple. Or, qui peut répondre que cette ophthalmie ne se transmettra pas à l'œil sain ? Qui sait si le malade auquel on voudrait rendre la vue ne deviendra pas complétement aveugle? Cette ob-

---

palatine se sont-ils bouchés ou non? On l'ignore. Le mal a-t-il récidivé? On n'en sait rien. Ce sont là des confidences que les grands chirurgiens ne font pas souvent; Dupuytren surtout n'aimait pas les indiscrets. Quant aux détails sur l'anatomie pathologique de la tumeur, nous les cherchons en vain.

Toujours est-il que voilà le seul exemple que M. Gosselin nous donne pour établir l'existence du polype fibreux naso-maxillaire à insertion partant du sinus. Acceptera qui voudra ce diagnostic; moi, plus difficile ou plus obstiné, je le refuse, parce que le polype ne me paraît point un polype ; parce qu'il n'était pas fibreux; parce qu'un polype fibreux ne s'enlève point à la cuiller comme un sorbet au marasquin ou une crème au chocolat, parce qu'enfin... je conserve tous mes doutes.

L'article de la thèse consacré aux polypes naso-maxillaires se termine par un paragraphe de cinq lignes et demie que je vais rapporter, puis commenter après pour ne point faire de jaloux. « On comprend que si la paroi antérieure du sinus n'avait qu'une ouverture étroite et osseuse, il pourrait être nécessaire d'y faire une trépanation comme dans les faits de Desault (*Œuv. chirurg.*) et de Canolle (*Recueil périodique de la Société de méd. de Paris*, t. II, p. 179), *qui me paraissent se rapporter aux polypes maxillaires purs plutôt qu'aux naso-maxillaires.*

Un mot d'abord sur cette dernière phrase qui est certainement très prudente, mais qui était au moins fort inutile. En effet, les deux observations sont oui ou non des exemples de polypes naso-maxillaires ; si oui, il fallait en parler avec plus de détails, si non, il n'en fallait pas parler du tout. Encore un peu de courage donc et assurons-nous des faits par nous-même.

Fait de Desault. — L'indication *Œuv. chirurg.*, c'est élastique; j'y supplée, en renvoyant le lecteur au tome II, 3e édit., 1813, p. 165, § III, *Des fungus*. Notons tout d'abord ce terme de fungus ; il ne s'agit point de polype. Desault, au contraire, applique ce dernier mot aux tumeurs de la matrice, du vagin, du rectum, des narines, de l'oreille, qui le méritent véritablement.

Mais retournons au fungus, c'est-à-dire à l'observation de J. Gaillard. J'ai lu et relu cette observation, et comme je suis resté

jection est grave et fondée. Mais on dit encore que l'opération ne peut jamais avoir aucun résultat heureux, et l'on allègue pour raison l'impossibilité de rendre à l'œil malade une force égale à celle de l'œil sain, d'où l'on conclut qu'il doit survenir un strabisme, ou du moins un trouble plus ou moins marqué dans la vision. *Cette conclusion, à laquelle conduisent les connaissances physiques, ne s'accorde pas avec les résultats de l'expérience.*

» Maître-Jean a opéré avec succès un individu qui ne portait qu'une seule cataracte. (*Traité des maladies des yeux*, Paris, 1741, observation sur une cataracte laiteuse, p. 196.)

» Wenzel rapporte un grand nombre de faits semblables. (*Traité de la cataracte*, observations VI, XIII, XVI, XIX, XXII, XXV, etc.) On voit des faits semblables dans Saint-Yves (*Traité des maladies des yeux*, chap. XV, art. III). Que conclure de là? Qu'il est possible de rendre la vue aux personnes qui n'ont qu'une cataracte, mais la prudence exige qu'on prévienne le malade des dangers auxquels l'opération l'expose, afin qu'il prenne sur lui-même la responsabilité de l'événement. »

Ces paroles, pleines de réserve, nous font plaisir; elles nous engagent à bien réfléchir sur le parti que nous prendrons, d'autant mieux que Scarpa les prononce après avoir cité des faits où l'opération a été faite avec succès dans de pareilles conditions.

Rognetta, dans son TRAITÉ PHILOSOPHIQUE ET CLINIQUE D'OPHTHALMOLOGIE (Paris, 1844, p. 578), s'exprime en ces termes : « Lorsque la cataracte n'existe qu'à un seul côté, beaucoup de chirurgiens déconseillent l'opération, parce que, disent-ils, l'opération provoque ou hâte l'opacité de l'autre côté. *Ces raisons sont démenties par l'expérience.*

» Travers et plusieurs autres ont prouvé que l'opération prévient, au contraire, ou retarde la formation de la cataracte à l'autre côté. Cette pratique m'a paru toujours plus convenable, et je n'ai pas hésité d'opérer la cataracte unilatérale lorsque l'occasion s'est présentée. On met par là l'individu toujours en état d'avoir un œil disponible en supposant que la cataracte doive se former de l'autre côté. »

On voit que Rognetta conseille l'opération, et l'opinion de ce praticien vaut beaucoup dans une question pareille. Je pense qu'on se décidera bien plus résolûment à l'opération lorsque j'aurai fait connaître l'augmentation de vue remarquable survenue dans l'œil sain affaibli, augmentation qui date, chez mes deux opérés, du moment où j'ai pratiqué l'abaissement du cristallin du côté opposé.

Nous citerons une opinion d'un praticien bien connu, contraire aux idées que j'émets. Dans un mémoire qui a paru en 1844 dans le tome XI des ANNALES D'OCULISTIQUE (p. 179), A. Bérard s'exprime ainsi : « L'opération expose non-seulement l'œil sur lequel on agit aux chances d'une inflammation qui peut en déterminer la perte; mais elle compromet parfois l'œil sain. Ainsi, mon habile confrère, J. Cloquet, rapporte l'exemple d'un jeune homme qui devint aveugle à la suite de l'opération pratiquée d'un seul côté, parce que la vision ne se rétablit pas de ce côté, et que l'œil sain fut pris d'accidents graves qui en amenèrent la fonte purulente. »

Un pareil fait doit avoir pour résultat de faire naître des réflexions nombreuses dans l'esprit du praticien avant qu'il ne prenne une décision définitive; mais il ne saurait entraîner avec lui le rejet de toute opération lorsque celle-ci se présente dans de bonnes conditions. Du reste, les détails manquent pour savoir exactement d'où a pu provenir la fonte purulente de l'œil sain.

S'il fallait invoquer l'expérience de chirurgiens en renom à l'occasion de la rareté de la transmission phlegmasique d'un œil opéré à l'autre laissé intact, il nous suffirait de rapporter ce passage emprunté au Traité de MM. Denonvilliers et Gosselin. « Nous avons, pour notre part, fait ou vu faire assez souvent l'opération sur un seul œil sans que l'autre soit devenu malade, et c'est, en effet, un caractère propre aux inflammations traumatiques de ces organes de rester confinées dans celui qui a été atteint. » (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par Denonvilliers et Gosselin, Paris, 1855, p. 680.)

Nous rappellerons en faveur de l'opinion que nous émettons à propos de la cataracte unilatérale ces paroles de M. Velpeau, dont l'autorité en matière de chirurgie est si imposante : « Quand la cataracte n'occupe qu'un seul œil, beaucoup de praticiens, dit-il dans ses LEÇONS ORALES, conseillent de ne pas pratiquer d'opération, l'autre œil suffisant pour les besoins de la vie. Suivant eux, l'opération peut amener une violente inflammation, la propager à l'œil qui est intact, en amener la fonte purulente, et par conséquent une cécité complète. On ajoute encore, pour détourner de l'opération, que si elle réussit, le foyer des rayons lumineux n'étant plus le même des deux côtés, il en résultera une discordance nécessairement suivie de confusion dans la vue. On peut répondre à tout cela, d'abord que la propagation de l'inflammation à l'œil non cataracté n'est pas inévitable, qu'on voit toujours mieux avec deux yeux qu'avec un seul, que la présence d'une cataracte sur l'œil en annonce presque toujours une autre pour plus tard. Je n'ai pas plus que M. Roux observé de la confusion dans la vision après l'opération sur un seul œil. *On peut donc pratiquer sans crainte cette opération si le sujet se trouve dans toutes les conditions convenables.*

On ne peut mieux formuler un conseil qui incline vers l'opération lorsque les conditions paraissent bonnes, et je vais montrer par les deux observations suivantes combien j'ai eu à me louer d'avoir consenti à l'opération.

OBS. I. — Cataracte confirmée de l'œil gauche, œil droit sain; opération par abaissement. Récupération de la vue du côté opéré, augmentation de la vue du côté sain.

Le 10 septembre 1859, madame V..., marchande d'huile, habitant Draguignan (Var), vint me consulter pour une cécité de l'œil gauche et me demander l'opération que je jugerais nécessaire. Elle craignait pour l'œil droit, qui se fatiguait assez vite, surtout lorsqu'elle voulait se livrer à quelque ouvrage un peu minutieux. Elle avait cessé de lire, de coudre;

---

convaincu que la tumeur ne faisait aucune saillie dans les fosses nasales, je la supprime par cela même de la classe des polypes fibreux naso-maxillaires. Quant à savoir si la tumeur était un polype, et si elle était fibreuse, rien dans l'observation ne peut nous éclairer. Je suis tout disposé à penser avec Desault que c'était un fungus, c'est-à-dire une tumeur de mauvaise nature. Je recommande vivement la lecture de cette observation qui date de 1790 et qui montre un traitement très énergiquement conduit par la réunion d'une opération préliminaire hardie et de la cautérisation primitive et consécutive maniée avec sagacité.

Fait de Canolle. — L'indication bibliographique étant complète et exacte, je trouvai sur-le-champ au lieu cité une *observation sur l'extirpation d'une excroissance polypeuse du sinus maxillaire qui occupait toute la capacité de la bouche et gênait la respiration, la mastication et la parole, lue le 2 germinal an V (1797), par Canolle, chirurgien à Poitiers.* Allais-je donc échouer au port, et cette observation dernière allait-elle enfin réduire à néant mon œuvre de démolition? Point du tout. La tumeur faisait saillie dans la bouche qu'elle remplissait et distendait. Mais il ne paraît pas qu'aucun prolongement ait occupé les fosses nasales. L'épithète de naso-maxillaire n'est donc ici nullement applicable. L'insertion même dans le sinus maxillaire est très problématique, quoique l'affirmation du chirurgien soit formelle. La tumeur, dit Canolle, était libre, dans la cavité buccale; elle descendait de la partie postérieure du sinus maxillaire *derrière le voile du palais* (sic). Dans le principe, elle avait passé à travers l'ouverture de l'alvéole de la dernière dent molaire qui était antérieurement tombée, *« c'était un véritable polype du sinus maxillaire. »*

Plus loin, en décrivant l'opération, Canolle prétend qu'après avoir porté son doigt dans la perforation large du bord alvéolaire, il parvint sans peine dans le sinus maxillaire jusqu'au plancher de l'orbite; je reconnus, dit-il, la naissance du polype vers la paroi postérieure de cette cavité, etc., etc.

Malgré ces affirmations itératives, je me refuse à admettre l'hypothèse d'un polype fibreux né du sinus maxillaire. Le début et la marche du mal me laissent persuadé qu'il s'agissait d'une de

elle aimait à se renfermer davantage chez elle et paraissait triste dans certains moments.

Cette dame, âgée de quarante-neuf ans, mariée, avait joui d'une bonne santé; son caractère était gai, et ce n'était que par intervalles qu'elle prenait un air rêveur et mélancolique. Depuis deux ans elle avait reconnu qu'elle n'y voyait plus de l'œil gauche, et dès cette époque elle éprouvait une certaine fatigue dans l'exercice de l'œil droit, ce qui lui inspirait des craintes sérieuses. Je lui adressai quelques questions sur son état, et je procédai à l'examen de l'œil frappé de cécité. Je reconnus une cataracte des plus franches, dans les meilleures conditions, sans adhérences, sans complication d'amblyopie, sans injection des vaisseaux de la conjonctive. On n'apercevait qu'une seule image, l'exploration phosphénique était suivie de la perception très nette des anneaux lumineux. J'avais affaire à une cataracte capsulo-lenticulaire.

Toutes mes perquisitions sur l'œil droit, même avec l'ophthalmoscope, ne me firent point découvrir d'altération appréciable de ce côté, et je fus convaincu que cet œil était plus vite fatigué parce qu'il agissait seul.

Je conseillai de faire l'opération sur l'œil cataracté, et j'engageai cette dame, qui était d'une constitution pléthorique, à diminuer un peu la quantité d'aliments dont elle faisait usage. Je procédai de nouveau à l'examen oculaire le lendemain, après avoir enduit les paupières avec l'extrait de belladone, et deux jours après je revins à cette exploration pour avoir tous les renseignements désirables.

Je fixai l'opération au 17 septembre. La veille au soir, j'avais enduit les paupières avec l'extrait de belladone, j'avais prescrit un lavement, un peu de régime, et j'avais recommandé de ne rien prendre avant le moment de l'opération.

Le 17 septembre, assisté du docteur Buisson (de Flayosc), je procédai à l'opération en abaissant le cristallin en totalité. La vue fut récupérée aussitôt.

Aucune saignée n'a été pratiquée, le régime a été sévère les deux premiers jours seulement, le séjour au lit n'a pas dépassé une semaine. Les deux yeux ont été soumis aux applications de compresses trempées dans l'eau fraîche laudanisée.

Depuis que cette malade a pu s'exposer à la lumière, la vue s'est maintenue du côté opéré, et elle a augmenté notablement du côté droit.

Ce fait est d'autant plus intéressant que la malade ne s'avisa jamais mieux de la faiblesse de l'œil non cataracté qu'à l'époque où il lui fut possible de regarder des deux yeux quelque temps après l'opération; et je le signale avec d'autant plus de raison qu'aujourd'hui les deux organes jouissent de leur faculté, à tel point que mon opérée n'observe plus aucune différence entre les deux.

Obs. II. — Cataracte confirmée de l'œil gauche, œil droit sain; abaissement par scléroticonyxis. Récupération de la vue du côté opéré, augmentation de la vue du côté sain.

Le 24 septembre 1859, je me rendis auprès de M. B..., propriétaire à Bagnols (Var). L'examen auquel je me livrai me fit reconnaître une cataracte capsulo-lenticulaire de l'œil gauche sans aucune complication; l'œil droit était sain.

Cet homme, âgé de quarante-quatre ans, bien constitué, d'une bonne santé, avait perdu la vue de l'œil gauche depuis trois ans environ, et comme l'œil droit se fatiguait promptement lorsqu'il se livrait à ses occupations, il craignait de devenir complètement aveugle.

Déjà, la veille, il avait fait toutes ses dispositions pour subir l'opération si je la lui conseillais. Je fis une application d'extrait de belladone sur les paupières de l'œil cataracté vers huit heures du matin. A quatre heures de l'après-midi, la dilatation pupillaire était suffisante lorsque je revins auprès du malade.

Assisté de M. Marin, qui exerce la médecine à Bagnols, je procédai à l'opération sans rencontrer la moindre difficulté. La vue fut récupérée aussitôt.

Chez ce malade, au bout de quelques jours, il s'est produit le même phénomène que j'ai signalé dans l'observation précédente. L'œil opéré jouit d'une vue complète, et l'œil sain a obtenu un degré de vue toujours croissant.

Il m'a semblé opportun de faire connaître ces deux cas où j'ai obtenu un résultat aussi complet que l'on était en droit de l'attendre, en pratiquant dans ces conditions l'opération de la cataracte unilatérale. Je ferai remarquer, en terminant, que le premier de ces deux succès m'a permis d'espérer une bonne réussite pour ma deuxième opération.

Dans une note insérée dans les Annales d'oculistique, 1842, t. VII, p. 32, le professeur Serre (de Montpellier) avait signalé *l'influence de l'inflammation d'un œil sur le rétablissement de la faculté de voir dans l'œil du côté opposé.*

L'auteur a publié les faits suivants :

1° Un malade de la Lozère offrait une oblitération de la pupille gauche et une amaurose presque complète de l'œil droit. Le 10 août 1841, opération de la pupille artificielle à gauche; inflammation profonde; la pupille réussit, mais la vision ne put se rétablir, tandis qu'à droite l'œil *redevint, à peu de chose près*, ce qu'il était auparavant, quand l'inflammation cessa à gauche; mais tant qu'elle dura, le malade ressentit une amélioration dont il ne cessait de se louer.

2° Un malade avait une cataracte à droite et une amblyopie déjà très avancée à gauche; la vue s'améliora par la seule phlogose, suite de l'opération, qui se termina par une ophthalmie purulente par imprudence du malade, et l'œil se perdit. Mais, chose digne de remarque, cet accident, loin de nuire à la vue du côté de l'œil amaurotique, parut, au contraire, la fortifier.

« C'est en réfléchissant à ces mêmes faits, ajoute Serre, que j'ai été entraîné plus tard à plonger une aiguille à cataracte dans la chambre postérieure chez un malade atteint d'amaurose, dans le but de titiller légèrement la portion de la rétine qui correspond à la partie inférieure de l'œil, et de réveiller ainsi la sensibilité de cette membrane. Ce moyen n'a pas eu, il est vrai, tout le résultat que j'en attendais, et son action n'a été que médiocre et temporaire; mais peut-être aussi, par ménagement pour le malade, n'ai-je pas provoqué un degré suffisant d'inflammation. »

Il n'est pas besoin de démontrer la différence qui existe entre les faits de Serre et ceux que je viens de rapporter. L'amélioration visuelle a été très faible et temporaire chez ses opérés; au con-

---

ces tumeurs du bord alvéolaire qui naissent, soit du périoste alvéolo-dentaire, soit du fond même de l'alvéole et qui ont été décrites dans ces derniers temps. Il est certain que, arrivées à un certain degré d'accroissement, ces tumeurs, après avoir envahi le bord alvéolaire dans une étendue plus ou moins grande et pénétré à une certaine profondeur, peuvent arriver jusqu'au sinus et le remplir, d'où la confusion. J'ai observé et opéré un malade qui, s'il avait laissé marcher l'affection dont il était atteint, aurait sans aucun doute présenté les mêmes phénomènes que la jeune fille dont Canolle nous a légué l'histoire.

Arrêtons-nous ici... (comme dans l'opéra), et récapitulons ensemble les résultats de mon enquête. Je trouve, dans la thèse que je critique, un chapitre sur les polypes fibreux naso-maxillaires. C'est le résumé de sept observations dont une avec autopsie; les six autres sont fondées sur les renseignements recueillis pendant les opérations. De ces sept observations, deux doivent être éliminées, car il n'y avait rien dans les fosses nasales; le sinus maxillaire seul était envahi, et secondairement sans doute dans le fait de Canolle. Sur les cinq qui restent, deux sont des exemples évidents de polypes fibreux de la base du crâne avec insertion sphéno-occipitale. Voici notre nombre bien réduit. Je reconnais que les tumeurs, dans les trois derniers faits, occupaient simultanément les cavités nasale et maxillaire, mais deux fois la nature du tissu morbide exclut l'idée de polypes fibreux et rappelle à l'esprit les tumeurs malignes qui ne sont pas rares dans cette région. Une dernière tumeur (première observ. de Dupuytren) était manifestement fibreuse, mais son point de départ reste tout à fait incertain.

Si j'en excepte les deux polypes naso-pharyngiens, dans aucun des autres faits l'implantation des prétendus polypes n'a été constatée d'une manière irréfragable.

Que penser donc des polypes fibreux naso-maxillaires? J'ose à peine le dire; mais, comme cette confidence restera entre nous et les lecteurs de la *Gazette*, tous gens discrets et bien intentionnés, je pense que jusqu'à preuve plus évidente ils doivent être supprimés. Je pense encore que le chapitre en question, trop entaché de fantaisie, doit être également rayé ou compter parmi les

traire, je n'ai observé aucune inflammation chez mes malades, et si la vue a augmenté du côté sain, on s'en rend compte par l'exercice des deux yeux que l'opération unilatérale a rendu possible. Du reste, je vais indiquer les résultats que j'ai obtenus en opérant de la cataracte des sujets dont l'œil opposé était perdu ; je n'ai observé chez aucun d'eux cette amélioration même passagère dont Serre fait mention.

(*La suite à un prochain numéro.*)

FONCTION DIGESTIVE ÉNERGIQUE DU PANCRÉAS SUR LES ALIMENTS AZOTÉS. — DÉMONSTRATION NOUVELLE PAR LA FISTULE. — PARALLÈLE ENTRE LE PROCÉDÉ EXPÉRIMENTAL DE LA FISTULE ET CELUI DE L'INFUSION, par LUCIEN CORVISART, Médecin Ordinaire de l'Empereur. — *Mémoire lu le 20 mars à l'Académie de médecine.*

(Suite et fin. — Voir les numéros 30, 32 et 35.)

Voilà pour un acte physique. Venons aux actes chimiques.

Un animal est en pleine digestion stomacale ; le suc gastrique est sécrété ; il est en train, par un acte chimique, de dissoudre les aliments dans l'estomac ; à ce moment même l'animal est tué.

L'animal étant mort, le suc gastrique devrait avoir perdu toute sa faculté digestive, si les mêmes critiques avaient raison. Il n'en est rien cependant.

Ainsi que la composition et les propriétés du sucre se conservent indéfiniment, quoique la betterave ou la canne qui l'a formé ait depuis longtemps cessé de vivre, ainsi la composition et les propriétés du suc gastrique se conservent longuement après la mort de l'animal qui l'a sécrété.

Ces critiques inconsidérés ne savent-ils point, en effet, qu'il suffit de laisser l'estomac et son contenu dans le corps mort entièrement, mais encore chaud, pour que la digestion CONTINUE?

Ne savent-ils point qu'il suffit, laissant même de côté l'estomac, de prendre son contenu, c'est-à-dire les aliments avec le suc gastrique dans lequel ils baignent, et de les maintenir dans un bocal inerte, à une température de corps vivant, pour que la digestion continue et se complète sur le reste des aliments?

Ont-ils oublié que, dans des cas de cessation instantanée de la vie physiologique par le supplice, on a vu le suc gastrique, tant sa puissance persiste avec énergie après le sacrifice, s'attaquer à l'estomac mort comme à un aliment, en faire sa proie et le dissoudre, *dans le cadavre*, par auto-digestion?

Apprendrai-je quelque chose de nouveau en disant que si le suc gastrique est mis dans des flacons suffisamment bouchés pour empêcher sa corruption, si la pepsine est sèche et suffisamment séparée des substances qui, telles que le mucus, etc., subissent facilement la putréfaction et la communiquent, c'est pendant des mois entiers pour le premier, pendant de nombreuses années et presque indéfiniment pour la seconde, qu'ils conservent leur propriété digestive? Non-seulement le suc gastrique et la pepsine, après la mort des animaux qui les ont fournis, opèrent dans les aliments des changements chimiques absolument identiques avec ceux qu'ils leur font subir lorsqu'ils agissent pendant la vie, mais encore leur communiquent des propriétés assimilatrices tellement semblables, que ces aliments digérés se comportent alors dans le corps vivant d'une manière absolument semblable dans les deux cas. (Voir mon mémoire *sur les aliments et les nutriments*, 1854.) Bien plus, nous montrerons, dans un travail qui nous est commun avec M. Schiff, un *organe vivant*, dont la fonction est inimitable, cesser de fonctionner par l'anéantissement de la propriété digestive gastrique, *et fonctionner de nouveau avec énergie, précision et certitude*, si on lui apporte, non les produits de la digestion gastrique faite pendant la vie, *mais les produits de la digestion gastrique survivante, faite après la mort!*

L'analogie nous conduirait à penser que le suc pancréatique ne se comporte point autrement que le suc gastrique, et que ses propriétés digestives survivent à la mort.

Les faits parlent encore plus haut.

L'objection, tirée de ce que le suc pancréatique ne peut avoir d'action que dans les conditions de la vie, bien que dirigée contre le procédé de l'infusion de la glande, afin de faire prévaloir le procédé de la fistule, si elle n'était fausse en fait, se retournerait *d'ailleurs* aussitôt contre le but de ses promoteurs.

Si le suc pancréatique était privé, en effet, de ses propriétés chimico-physiologiques, à l'instant même qu'il est soustrait à la vie, comment ne les perdrait-il pas par le procédé de la fistule, aussitôt que du corps il a passé de la canule dans un bocal et abdiqué les organes vivants pour un vase inerte?

Mais les faits relatés, dis-je, parlent assez haut.

LE SUC PANCRÉATIQUE, UNE FOIS PRODUIT PAR L'ÉCONOMIE, est, pour l'exercice de ses propriétés, indépendant du vase qui le contient. Cela a lieu aussi bien pour le suc pancréatique déjà sorti par excrétion de la glande que pour celui qui, élaboré par la glande, n'a point encore quitté l'organe de sa formation et y est pris par infusion.

2° On a essayé contre le procédé de l'infusion une autre objection.

Elle consiste à récuser, par avance, tous les résultats fournis, en se fondant sur ce que, en mettant le pancréas en infusion dans l'eau, celle-ci se charge non-seulement du ferment pancréatique qui se trouve dans la glande, mais aussi *de divers éléments du sang.*

Cette objection a peu de valeur.

Nous le demandons, en premier lieu : quel procédé de physiologie expérimentale est passible d'un moindre reproche, d'un moindre inconvénient?

Est-ce la section d'un nerf dans la recherche des propriétés du système nerveux, la ligature d'une artère pour vider une question de circulation ; pour l'étude de la digestion, est-ce la présence d'une canule à travers une plaie du ventre et du canal pancréatique?

---

errata. Vous allez vous récrier : Supprimer un chapitre classique! direz-vous, mais c'est du vandalisme, mais c'est vouloir refaire cette glorieuse pathologie classique qui nous couvre de gloire, mais, etc., etc. Je ne m'effraye pas de vos mais, et je vous dis ceci : Quand je demande du civet, je ne veux pas qu'on me serve de la gibelotte ; si je consentais à accepter cette dernière, je la voudrais confectionnée avec du lapin et non avec du chat ou du cochon d'Inde.

De même les chapitres scientifiques étant la pâture de l'esprit, je ne veux pas qu'on nourrisse celui-ci de faits erronés, estimant que la science fausse est aussi fatale au cerveau que le vin frelaté l'est à l'estomac.

En fait de science, je veux qu'on appelle les choses par leur nom ; qu'un cancer reste cancer et ne se déguise point en polype fibreux. Je veux qu'on se donne la peine de lire les faits qu'on cite ; et, sous prétexte de compléter le cadre nosologique (qui ne se soucie pas d'être complet aux dépens de la réalité), je ne veux pas qu'on remplisse des pages entières d'ingrédients dissemblables, ramassés çà et là et qui hurlent d'être ensemble. Je veux enfin, quand on a dans la main une plume pour instruire les autres, qu'on tienne à honneur et à devoir d'être exact et véridique, l'édifice actuel de notre science écrite dût-il s'écrouler jusqu'à sa base.

AR. VERNEUIL.

— M. le docteur Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon, a été nommé par l'Empereur, à son passage dans cette ville, chevalier de la Légion d'honneur.

— Le congrès général de l'Association médicale du Piémont aura lieu à Acqui les 7, 8 et 9 octobre prochain.

— M. le docteur Bienvenu, ancien médecin de l'hospice de l'Antiquailla, à Lyon, vient de mourir dans cette ville.

— Un nouveau cas de mort par le chloroforme a eu lieu au commencement du mois d'août, en Angleterre, à l'infirmerie de West Derby Workhouse.

En second lieu, que nous fait cette parcelle de sang? Quelle erreur pourrait-elle nous faire commettre? Cette parcelle de sang est incapable d'aucune action digestive sur les aliments azotés; irait-elle dès-lors communiquer au suc pancréatique une propriété qu'elle n'a pas elle-même?

Si, enfin, cette parcelle de sang était capable d'*altérer* les propriétés du suc pancréatique de la glande, comment celui-ci pourrait-il, sans s'altérer, digérer jamais de la viande fraîche, car cette viande fraîche apporterait également au suc pancréatique pur ce sang funeste?

Mais pourquoi nous étendre à combattre ces objections faites bénévolement *à priori?* Les faits ont répondu. Passons donc, puisque le suc pancréatique obtenu par infusion digère énergiquement, malgré que ces objections prétendent l'en empêcher.

Quoique les deux procédés, celui de l'infusion et celui de la fistule, aient, entre nos mains, successivement concouru à la démonstration de la même vérité, l'action énergique du suc pancréatique sur les aliments azotés, notre préférence pour le premier a encore une raison d'être.

Tandis que le procédé opératoire de la fistule trouble forcément tout ou partie de la fonction glandulaire, vicie la qualité du suc sécrété, laisse échapper invisibles, par le deuxième canal, les éléments propres à déterminer si, même au point de vue de la quantité, la fonction est altérée, empêche de savoir en quelle mesure existe cette altération, donne à l'observateur un suc incapable de fournir des résultats constants ni même comparables d'un animal à un autre, où d'un instant à l'autre chez le même animal, il en est tout autrement pour le suc obtenu par le procédé de l'infusion.

Ici le procédé expérimental saisit la glande *au milieu de l'état physiologique le plus absolu*, et saisit en elle le ferment tel que la vie la plus respectée *l'a élaboré*.

Dès lors plus d'inconstance dans ses propriétés, elles sont toujours semblables si les animaux qui les fournissent ont pareillement vécu.

Tout est comparable, dès lors, à tel point qu'en faisant varier successivement les conditions diverses de la vie, et particulièrement les alimentaires, vous découvrez COMMENT VARIE, SOUS LEUR INFLUENCE, le ferment que la vie a formé dans la glande, et que vous a livré le pancréas au moment même de la mort.

Bien plus, on peut saisir dans le pancréas le ferment digestif tout entier, qu'*à chaque heure successive de la digestion* la glande élabore en son sein, et se rendre ainsi compte de la somme d'action que la digestion pancréatique exerce pendant une période digestive.

Nous avons observé que l'infusion entière d'un pancréas pris à la sixième ou septième heure du repas, donne toujours le suc pancréatique en quantité plus élevée, et de beaucoup, qu'à toutes les autres heures. — En effet, l'infusion d'un pancréas entier pris à cette époque digère toujours la quantité la plus élevée d'aliments. — Tous les pancréas pris à cette heure, si les animaux sont de même taille et de même âge, et ont dans les quarante-huit heures précédentes vécu pareillement, tous les pancréas, dis-je, ont environ la même quantité de ferment, et peuvent uniformément digérer 35 à 50 grammes d'albumine, si les animaux pèsent, par exemple, 12 à 16 kilogrammes.

A toute autre heure le ferment, dans le pancréas, est moins abondant, moins actif.

A la neuvième heure du repas, la glande est au moment de l'épuisement le plus absolu de ferment. A cette époque, il est rare que l'infusion d'un pancréas entier digère plus de 10 grammes d'albumine.

De telle sorte que pour trouver le pancréas inerte, ou, pour partir d'un point fixe de la fonction pancréatique, l'inertie, c'est vers la neuvième heure d'un repas médiocre (100 grammes de viande bouillie) qu'il faut venir.

Plus tard, et à mesure que le jeûne se prolonge, il se reforme, même sans repas, un peu de ferment, de telle sorte qu'à la *dernière heure d'un jeûne prolongé* il y a dans le pancréas une certaine quantité de ferment qui s'écoule (comme une réserve) dans la première heure du repas.

Entre la deuxième et la septième heure du repas, la quantité et la puissance du ferment pancréatique augmentent dans la glande, de sorte qu'entre la sixième et la huitième heure de la digestion gastrique le suc pancréatique est doué d'une énergie très grande.

Si l'on se livre à l'expérience, on reconnaît que, pourvu 1° que l'on prenne la même espèce animale, le chien; 2° que l'âge des chiens soit choisi entre deux à quatre ou cinq ans; 3° que le poids des animaux ne varie guère entre 12 à 16 kilogrammes; 4° que chaque animal reçoive la même quantité d'aliments; 5° que la nature des aliments soit pour tous les animaux la même, c'est-à-dire composée d'un mélange de viande cuite, de pain et de bouillon (humectant, mais non baignant les aliments); que ce repas ne varie guère de liquidité; que les animaux ne boivent ni pendant, ni après, ni même dans les cinq heures qui précèdent; 6° que ce repas ait été précédé quinze ou vingt heures auparavant d'un léger repas, composé seulement d'un peu de pain et de bouillon, on obtiendra les mêmes résultats que moi. 7° Il va sans dire qu'on devra prendre le pancréas à l'instant même de la mort (la section du bulbe est le mode de sacrifice que je préfère), le découper également et finement avec les ciseaux, et, quel que soit le poids des pancréas, mettre chacun d'eux séparément, dans une égale quantité d'eau, à la même température pendant le même temps, afin que toutes les circonstances soient semblables. 8° Enfin on devra faire le mélange digestif et la digestion artificielle également, dans le même temps.

Je puis assurer que ces conditions similaires étant observées, les *légères* variations de santé, d'âge, de poids du corps ou du pancréas ne produisent qu'une très faible variation dans les résultats obtenus.

J'ai pu constater que pour un pancréas de chien il est à peu près indifférent que l'infusion soit faite avec 100, 200 ou 250 grammes d'eau, 200 me semblent une bonne moyenne.

Ce qui influe le plus sur la variation des résultats, c'est la variation de la digestion gastrique.

C'est ainsi que l'abondance, la solidité, l'état de liquide des aliments, la nature de ceux-ci, la prolongation forcée du séjour des aliments ingérés dans l'estomac, faisaient varier, ainsi que je le ferai ultérieurement connaître, la richesse et l'énergie du ferment pancréatique dans les différentes heures de la digestion.

On voit, en outre, combien le procédé de l'infusion, pratiqué suivant les conditions similaires que j'ai indiquées, s'il est employé en en faisant varier un seulement des termes des expériences, peut ouvrir un vaste champ à l'exploration physiologique, et conduire à déterminer scientifiquement les diverses influences, quelles qu'elles soient, qui sont capables d'exercer une action, soit favorable, soit fâcheuse, sur la production du suc pancréatique et la fonction digestive du pancréas.

On verra ailleurs comment la force digestive trouvée à chaque heure dans le pancréas par la voie de l'infusion, a pu faire estimer assez approximativement la quantité totale d'aliments azotés frais qu'un chien de 15 kilogrammes environ peut digérer à l'aide du suc pancréatique pendant une période digestive, cette quantité est de 200 à 300 grammes. On sait que la ration alimentaire moyenne de l'homme est de 500 grammes d'aliments azotés frais.

Je justifierai ces assertions par quelques travaux prochains, heureux d'avoir pu, quant à présent, terminer la démonstration d'une grande fonction.

ERRATUM. — Page 553, *après* : « cette objection faite à l'avantage du suc pancréatique », *ajoutez* : recueilli par la fistule.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 AOUT 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

THÉRAPEUTIQUE.—*M. Hoffmann* présente une note concernant l'action rubéfiante des bains animés par une petite quantité d'essence de térébenthine, et décrivant la marche de cette rubéfaction, dont on pourrait, selon lui, tirer parti dans certaines affections.

— *M. Lukomski*, qui avait, en 1858, fait connaître les résultats auxquels il était arrivé dans le traitement ce la syphilis au moyen de l'inoculation du virus-vaccin, annonce que des expériences nombreuses sur cette méthode de traitement faites à la clinique de la Faculté de médecine de Moscou, ont pleinement confirmé ce qu'il avait avancé d'après ses propres observations. Ces expériences viennent d'être publiées par M. Jeltsincski, qui les avait faites sous la direction de M. le professeur Popow, M. Lukomski en adresse à l'Académie un exemplaire.

La lettae et le volume sont renvoyés à l'examen de MM. Serres et Andral, désignés pour la première communication de M. Lukomski.

PHYSIOLOGIE. — *Action centripète du courant galvanique constant des nerfs chez l'homme, par M. Remak.* — Déjà, dit l'auteur, au mois de juin 1858, j'avais eu l'occasion de faire des observations sur un homme de quarante-cinq ans, qui depuis douze ans souffrait de paraplégie incomplète des membres inférieurs, provenant en apparence d'atrophie progressive de la moelle épinière, et j'avais vu que l'entrée d'un courant fort dans la partie supérieure du grand nerf sciatique ne produisait pas du tout ou très peu de contraction dans le domaine du nerf excité, mais des contractions instantanées fortes dans le domaine du même nerf du côté opposé, notamment dans les muscles de la cuisse, animés par les branches collatérales, comme dans les muscles de la jambe animés par le nerf sciatique poplité interne.

Dans le cours du semestre passé, j'ai pu, en présence de médecins et d'étudiants, poursuivre la même observation sur une femme de quarante-huit ans, qui, depuis dix ans, après avoir souffert pendant deux ans de symptômes d'atrophie progressive de la moelle épinière, était frappée de paraplégie complète des membres inférieurs et de paraphlégie incomplète du dos et des bras.

L'entrée du courant de 60 à 70 éléments de Daniell, dans la partie du grand nerf sciatique, entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion, produisait et produit encore des contractions instantanées fortes dans le rayon du grand nerf sciatique du côté opposé, dans tous les muscles animés par ce nerf, excepté ceux qui reçoivent leurs rameaux du nerf sciatique poplité interne.

L'excitation pareille des branches postérieures des nerfs sacrés, qui, comme toutes les branches postérieures des nerfs rachidiens, sont purement sensibles, produisait les mêmes contractions croisées des cuisses et des jambes, mais d'une manière encore plus énergique, ce qui ne laisse pas de doute que c'est par la voie des fibres sensibles que l'excitation se communique au centre nerveux.

A la région de la queue de cheval on provoquait par l'entrée du même courant les mêmes contractions, mais sur les deux côtés, ce qui veut dire que l'excitation des racines postérieures produisait aussi des contractions croisées et réflexes. Sur la ligne médiane dorsale, l'excitation restait sans effet.

Le résultat le plus remarquable de ces recherches, c'est que les muscles qui ont subi des contractions réflexes souvent répétées sont rentrés sous l'empire de la volonté. La malade peut faire des mouvements assez libres des jambes, des pieds et des orteils. Les mouvements des cuisses, qui n'ont été frappées que de contractions rares, sont encore très limités. Pourtant la malade peut rester assise sans s'appuyer, même avec les bras levés, et se servir mieux de ses mains.

Les muscles éveillés par voie réflexe ont regagné en partie leur excitabilité électrique. Sous ce rapport, l'excitation directe des muscles restait sans effet. De l'autre côté, l'excitabilité réflexe diminuait à mesure que l'influence volontaire augmentait.

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Sur la préparation du fer réduit par l'hydrogène, et sur la manière de le préserver de l'oxydation*, par *M. S. de Luca.* — Tous les fers réduits du commerce que j'ai examinés, dit l'auteur, contiennent du soufre ; ils laissent souvent déposer de la silice et des substances noirâtres lorsqu'on les traite par les acides étendus, et ils sont, par conséquent, impurs. Ce sont les pharmaciens eux-mêmes qui doivent, avec des soins minutieux, préparer le fer réduit pour les besoins de la médecine, l'industrie ne pouvant leur fournir que des produits d'une pureté relative.

Pour préserver le fer réduit de l'oxydation, il faut l'introduire dans des ampoules en verre, séchées d'abord, et en faisant cette opération dans une atmosphère d'hydrogène. L'introduction du fer doit se faire au moyen de mesures en verre contenant exactement un poids de fer déterminé d'avance. On ferme les ampoules à la lampe.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Une note sur la pellagre, par M. le docteur *Serres* (de Dax) (*Comm.:* M. Devergie.) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Lafon* sur le service médical des eaux minérales de Trébas (Tarn) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note sur le tétanos, par M. le docteur *Ducastaing* (de l'île de la Réunion). (*Comm.:* M. Gosselin.) — *b.* Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Evrard* (de la Rochelle). (Accepté.)

M. *Larrey* offre en hommage au nom de M. le docteur *Buer*, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, une brochure intitulée : *Du cancer et de sa curabilité.*

M. *Desportes* dépose sur le bureau des documents relatifs au service des médecins cantonaux des départements de la Sarthe. (*Commission des épidémies.*)

M. le *président* annonce que M. *Retzius*, professeur à l'Université de Stockholm, assiste à la séance.

Lectures et rapports.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *De Kergaradec* lit un *Rapport sur les améliorations à apporter au régime des conseils d'hygiène d'arrondissement et à la médecine gratuite dans les campagnes*, à l'occasion d'une communication de M. Druchen (de Besançon).

Voici dans quels termes M. le rapporteur formule les principaux griefs énumérés par M. Duchen :

« Ce n'est pas sans étonnement que dans le rapport du docteur Druchen on voit des maires, au mépris des arrêtés du préfet, se charger eux-mêmes ou charger un délégué de leur choix de dresser les listes des familles indigentes admises aux secours médicaux gratuits, et y faire inscrire des noms de propriétaires, lesquels en cette qualité n'ont aucun droit à l'assistance publique. Ce n'est pas sans regret qu'on en voit d'autres élever l'étrange et blessante prétention de contresigner les prescriptions des médecins cantonaux; d'autres encore refuser d'ordonnancer les mémoires de médicaments fournis aux malades, et les laisser ainsi à la charge du praticien; d'autres, enfin, détourner de leur destination spéciale les allocations votées pour le service médical gratuit et les employer en distributions de secours alimentaires. »

M. de Kergaradec croit que le meilleur moyen de remédier à de pareils abus est de saisir de cette question le conseil d'administration de l'Académie, qui avisera.

Cette proposition, appuyée par MM. *Desportes* et *Larrey*, est adoptée.

Obstétrique. — M. *De Laffore* lit un mémoire intitulé : *De l'accouchement naturel, lent, et du moyen non dangereux de l'abréger.* Suivant l'auteur, le principal obstacle à l'accouchement est la symphyse pubienne contre laquelle vient appuyer la partie qui se présente; le moyen de remédier à cette cause de retard du travail, est d'appuyer le doigt indicateur sur la lèvre antérieure du col utérin, de manière à maintenir la partie qui se présente éloignée de la symphyse pubienne. (*Comm :* MM. P. Dubois, Depaul et Danyau.)

Chirurgie. — M. *Bonnafont* présente : 1° les instruments employés par M. Simpson (d'Edimbourg), pour arrêter les hémorrhagies artérielles, à l'aide de l'acupuncture ;

2° Le redresseur utérin du même professeur ;

3° Un porte-aiguille dont ce chirurgien se sert pour pratiquer les sutures dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Il accompagne cette présentation de quelques renseignements qu'il a recueillis dans un récent voyage à Edimbourg. M. Simpson a modifié son procédé d'acupuncture primitif, de manière à ne plus comprendre dans l'anse formée par l'aiguille toute l'épaisseur du lambeau d'amputation. L'aiguille appliquée sur la face saignante du lambeau, en sens inverse du procédé primitif, ne comprend qu'une partie des chairs et n'entame pas la peau. Au bout de quarante-huit heures environ elle est retirée à l'aide d'un fil métallique qui y est resté fixé.

Relativement à l'emploi du redresseur utérin, M. Bonnafont dit que M. Simpson ne donne plus à la tige intra-utérine qu'une longueur de 3 à 4 centimètres, et qu'il ne se sert plus guère de cet instrument que dans les cas de rétroversion. D'après les informations prises, soit auprès de M. Simpson lui-même, soit auprès d'autres praticiens d'Edimbourg, ce traitement aurait donné constamment des résultats très satisfaisants, sans exposer les malades aux dangers qu'on lui a attribués.

M. *Velpeau* rappelle qu'un nombre de moyens ont été proposés pour obtenir l'oblitération des artères sans appliquer de ligatures, et que tous ces moyens ont été successivement abandonnés. M. Velpeau craint que l'acupuncture n'ait le même sort. Dans deux cas où il l'a essayée, des accidents inflammatoires graves l'ont obligé à retirer les aiguilles. M. Foucher a fait aussi des tentatives à l'hôpital Necker, mais il n'en a pas fait connaître les résultats, ce qui donne lieu de croire qu'ils n'ont pas été satisfaisants.

M. *Depaul* fait remarquer de son côté que les renseignements recueillis, en passant, par M. Bonnafont, sont tout à fait insuffisants pour démontrer soit l'innocuité du redresseur utérin, soit son utilité. Il reste acquis, en effet, d'après les observations de M. Simpson lui-même, aussi bien que par celles des autres praticiens que cet instrument expose les malades aux accidents les plus graves et qu'il ne produit le redressement permanent qu'à la condition d'amener une inflammation péri-utérine, toujours sérieuse, capable de fixer la matrice dans sa nouvelle position.

M. *Bonnafont* répond qu'il n'a pas l'intention d'approfondir cette question, qui ne lui est pas suffisamment familière; mais il a été frappé de l'accord de tous les médecins d'Edimbourg, qu'il a vus, à proclamer les bienfaits du redresseur. Il ajoute que M. Simpson lui a certifié que beaucoup de ses malades portaient impunément cet instrument pendant cinq ou six mois, sans qu'on prît même la précaution de le retirer à l'époque des menstrues.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur les maladies du corps pituitaire, communication à la Société médicale de la Caroline du Sud, par M. le docteur Middleton Michel (de Charleston).

A l'occasion d'un cas de cancer du corps pituitaire qui s'est présenté à son observation, M. Michel a pris la peine de collationner les diverses observations d'affections de ce singulier organe qui existent dans la science, et de les comparer entre elles au point de vue de la symptomatologie. Ces observations ont trait à des affections très diverses et comprennent presque toutes les productions morbides, tumeurs, etc. Le résultat final de la laborieuse étude entreprise par l'auteur se réduit malheureusement, il faut en convenir, à fort peu de chose ; toutefois, quelques traits communs aux diverses affections du corps pituitaire en ressortent assez nettement et méritent d'être connus.

Parmi ces symptômes, l'un des plus remarquables est l'amaurose ; cela s'explique sans difficulté par les rapports anatomiques du corps pituitaire. On a en effet peine à comprendre qu'une tumeur quelconque puisse se développer dans la selle turcique sans compromettre gravement les nerfs optiques. C'est pourtant ce qui arriva dans un cas publié par M. Heslop. La tumeur, qui avait acquis un volume considérable, s'était creusé une loge, refoulant de bas en haut le plancher inférieur du troisième ventricule, s'étendant en arrière sur la protubérance annulaire, et latéralement dans la scissure de Sylvius ; elle y englobait à la vérité les nerfs optiques, mais ces nerfs ne paraissaient pas être comprimés. La pression exercée par la tumeur se portait ici sur d'autres parties que dans la majorité des cas ; aussi les symptômes cérébraux étaient-ils beaucoup plus prononcés que d'habitude. De toutes les observations, celle de M. Heslop est la seule où l'amblyopie n'ait pas été, au début, le symptôme unique ou le plus frappant de la maladie.

L'amblyopie peut se montrer d'abord d'un côté seulement, mais elle ne tarde pas à envahir les deux yeux. L'amaurose double est dès lors un signe très significatif d'une lésion siégeant au niveau du chiasma. Il peut arriver cependant, comme dans un cas de Vieussens, que la vision ne soit jamais abolie que d'un côté, la tumeur ayant porté presque exclusivement son action sur le nerf optique de ce côté. D'autre part, la vision peut se rétablir momentanément; c'est ce qui est arrivé dans un cas observé par Ward, à la suite de l'administration d'un vomitif; il est probable que les secousses des vomissements avaient imprimé un déplacement, à la vérité assez difficile à concevoir, à la tumeur. Ce qui semble indiquer que les choses peuvent se passer quelquefois de cette manière, c'est que dans un cas de fongus de la dure-mère, publié par Bérard, la vue, totalement abolie, s'est rétablie subitement, apparemment par le même mécanisme.

L'exophthalmie double, produite dans le cas de M. Michel, par la pénétration de la tumeur dans les deux orbites, est également un symptôme d'une grande valeur; toutefois, ce symptôme est loin d'être constant, puisque les tumeurs du corps pituitaire peuvent se développer dans des directions très différentes (jusque dans le pharynx dans une observation de Rokitansky) sans envahir les orbites. D'autre part, des tumeurs du cerveau ou de la dure-mère peuvent également produire l'exophthalmie de la même manière.

Les fonctions cérébrales présentent rarement des troubles importants. Les seuls symptômes que l'on ait notés de ce côté ont consisté en un affaiblissement plus ou moins prononcé de la mémoire, encore cet affaiblissement n'était-il très notable que dans deux cas. Par contre, chez la très grande majorité des sujets, les fonctions intellectuelles ont été remarquables par leur intégrité jusqu'au dernier moment de la vie.

De même que les nerfs optiques, les autres nerfs qui se trouvent dans le voisinage de la selle turcique peuvent présenter des symptômes paralytiques dus à leur compression, symptômes qui peuvent fort bien exister d'un seul côté ; c'est ainsi qu'on a ob-

servé l'abolition de l'olfaction, la surdité, et même la paralysie du muscle orbiculaire des paupières.

En considérant la situation du corps pituitaire sur la ligne médiane, au niveau du corps calleux et de la cloison transparente, il est facile de comprendre que les tumeurs de cet organe ne s'accompagnent pas de symptômes d'hémiplégie. Quant aux autres accidents, soit paralytiques, soit convulsifs, qui ont été notés dans quelques cas, ils étaient toujours sous la dépendance d'une complication (ramollissement cérébral, présence de tumeurs dans d'autres régions du crâne).

Les symptômes sympathiques, de leur côté, n'ont rien de caractéristique. Les vomissements n'ont été notés que dans un cas compliqué d'encéphalite.

Comme les affections du corps pituitaire se caractérisent surtout par l'amaurose et l'exophthalmie, et sans s'accompagner de troubles cérébraux notables, on pourrait les confondre assez facilement avec des tumeurs de l'orbite. Il faut remarquer à cet égard que, lorsqu'il s'agit d'une tumeur intracrânienne, elle doit presque nécessairement altérer le nerf optique avant de pénétrer dans l'orbite; par conséquent, l'amblyopie ou l'amaurose précédera l'exophthalmie. Les tumeurs de l'orbite produisent les mêmes accidents en ordre inverse, et, en outre, comme elles sont à peu près toujours placées plus ou moins latéralement par rapport au globe oculaire, l'exophthalmie qu'elles entraînent s'accompagne presque toujours de strabisme.

M. Michel résume en ces termes les conclusions générales qu'il croit pouvoir déduire de ses recherches :

Le corps pituitaire, si volumineux qu'il soit, chez quelques animaux, n'est pas une dépendance directe des anneaux ou un ganglion cérébral, attendu que sa destruction complète n'entraîne jamais l'abolition des fonctions intellectuelles, sensitives ou motrices, symptômes auxquels les tumeurs du tissu pituitaire ne donnent lieu que par leur action mécanique sur d'autres parties de l'encéphale.

La nature des affections auxquelles le corps pituitaire est sujet permet de conclure à l'analogie de cet organe avec les glandes dites vasculaires, telles que le corps thyroïde, le thymus, la rate et les capsules séminales.

L'ignorance dans laquelle nous nous trouvons relativement aux fonctions du corps pituitaire rend le diagnostic de ses affections fort obscur; toutefois, elles diffèrent des maladies des hémisphères cérébraux par l'apparition simultanée de l'amaurose dans les deux yeux, et par l'absence de tout symptôme hémiplégique.

Lorsque les affections du corps pituitaire existent depuis longtemps, elles peuvent s'accompagner de lésions inflammatoires des parties voisines, et, par suite, de divers symptômes, tels que somnolence, apathie, syncopes, surdité, etc., qui contribuent pour leur part à rendre le diagnostic difficile. (*Charleston Medical Journal and Review*, mars 1860.)

Deux cas d'amputation du pied par le procédé de M. Pirogoff, par MM. Masch et Ashdown, médecins de l'infirmerie de Northampton.

Les succès définitifs de l'amputation du pied par le procédé de M. Pirogoff, sont encore assez rares pour que nous croyions devoir porter à la connaissance de nos lecteurs les deux observations suivantes, dont la première ne laisse aucun doute relativement au résultat final; dans la seconde, tout porte au moins à croire que le résultat ne sera pas moins avantageux.

Obs. I (de M. Masch). — E. P....., âgée de vingt-neuf ans, mère de trois enfants, pâle, maigre, petite, d'une constitution très délicate, habituellement dyspeptique et malingre, enceinte de quatre mois, entra à l'infirmerie le 16 mai 1858 à sept heures du soir. Trois heures auparavant elle avait reçu dans la plante du pied gauche, à la distance de deux pieds, la décharge d'un fusil chargé de plomb de grosseur moyenne. Une hémorrhagie abondante se produisit aussitôt, et la malade, visitée sur-le-champ par un chirurgien, eut à subir le transport à l'infirmerie, située à quatre lieues de l'endroit de l'accident. Elle était, à son arrivée, très affaissée; pouls très faible et accéléré, face pâle et anxieuse. En enlevant les pièces de pansement, on constata un suintement de sang assez abondant, mais pas d'hémorrhagie artérielle. Les téguments et les muscles de la plante du pied, à l'exception du talon, étaient arrachés des os; les métatarsiens étaient tous plus ou moins fracturés ou broyés, les téguments et les parties molles qui les recouvrent généralement livides ou mâchés, le gros orteil presque complétement détaché. Les tendons de la plante du pied étaient déchirés en travers, ceux du péronier mis à nu derrière et au-dessous de la malléole externe, au niveau et au-dessous de laquelle les téguments présentaient une déchirure verticale qui allait rejoindre l'extrémité postérieure de la large plaie plantaire. Les bords de cette déchirure étaient en assez bon état.

Au bout de trois heures (à dix heures du soir) la malade s'étant suffisamment remise, M. Masch pratiqua l'amputation de Pirogoff en faisant partir l'incision plantaire de la déchirure qui existait au niveau de la malléole externe. L'opération ne présenta rien de bien particulier; on prévint l'hémorrhagie en exerçant avec les mains une compression circulaire au-dessus du cou-de-pied: l'artère tibiale postérieure fut coupée et liée *au-dessus* de sa bifurcation; quant aux tendons, on les fit saillir en exerçant une pression sur le gras de la jambe, et on les coupa, à l'aide de ciseaux, aussi haut que possible. Les surfaces osseuses furent facilement mises en opposition. Les téguments faisaient un peu défaut sur le côté externe; on les réunit à l'aide de trois points de suture et de bandelettes agglutinatives, et on pansa avec de la charpie mouillée, maintenue à l'aide d'une bande.

Pendant les deux premiers jours, la malade était très faible; elle avait beaucoup de fièvre et vomissait continuellement. Ces vomissements, dus à l'état de grossesse, n'étaient pas la continuation de ceux que la malade éprouvait sans interruption depuis un mois. Elle se plaignait, en outre, de spasmes fréquents dans le moignon. Le quatrième jour, les vomissements s'arrêtèrent; on procéda au pansement du moignon; il ne présentait aucune trace de réaction inflammatoire; les bords de la plaie, qui étaient d'ailleurs bien juxtaposés, étaient pâles. Il y avait un peu de suintement sanguin. Pouls à 110. Le septième jour, le moignon était encore pâle; la suppuration était séreuse et abondante. Les bords de la plaie étaient un peu gangréneux vers le côté externe. Le dixième jour, des bourgeons charnus se manifestaient partout; le lambeau commençait manifestement à contracter des adhérences solides.

A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliora rapidement. Six semaines après l'opération, elle se levait, et, au bout de la septième semaine, elle quittait l'hôpital. La cicatrisation était complète, sauf une très petite ulcération tout à fait superficielle au niveau de la perte de substance qui existait particulièrement sur le côté externe. L'état général de la malade s'était beaucoup amélioré, quoiqu'elle présentât toujours un bruit de souffle anémique très fort à la base du cœur.

Depuis cette époque, l'opérée a été revue un grand nombre de fois; son moignon est excellent et supporte parfaitement les plus fortes pressions. Elle a été souffrante pendant longtemps à la suite de ses couches, mais depuis six mois elle se livre à ses occupations habituelles; elle marche sur son moignon sans la moindre difficulté.

Obs. II (de M. Ashdown). — E. R....., âgée de quarante-deux ans, mère de cinq enfants, fut reçue à l'hôpital dans la soirée du 24 février 1860. Elle avait eu, quelques heures auparavant, les deux pieds écrasés dans une machine à battre. On constata des fractures multiples, comminutives, des métatarsiens des deux côtés et de la rangée antérieure des os du tarse du côté droit. Les téguments dorsaux étaient fortement lacérés et contusionnés des deux côtés, tandis que ceux de la plante étaient moins mâchés.

On fit à gauche l'amputation de Chopart et à droite celle de Pirogoff; on ne coupa pas la tibiale postérieure, mais les branches, les artères plantaires. Les deux plaies furent réunies par des sutures métalliques et des bandelettes agglutinatives. Le moignon du côté droit fut en outre assujetti à l'aide d'une attelle de gutta-percha moulée sur l'os. Les deux plaies se réunirent en grande partie par première intention et tout alla bien pendant quelques jours. Le dixième jour, sans cause connue, la malade fut prise de vomissements bilieux et de diarrhée; ces accidents ne durèrent, d'ailleurs, que quelques jours.

Un mois après l'opération, les deux plaies étaient solidement réunies et parfaitement cicatrisées, à part quelques points où les bourgeons charnus existaient encore. Le moignon du pied droit supportait facilement et sans douleur une pression assez forte, et opposait une forte résistance à toute tentative de le déplacer latéralement. Une semaine ou quinze jours plus tard, la malade eut de nouveau des accidents gastro-hépatiques accompagnés d'un érysipèle intense des deux jambes qui retarda considérablement le rétablissement définitif de l'opérée, sans exercer toutefois une influence nuisible sur les moignons qui étaient parfaitement cicatrisés.

L'observation de M. Masch est surtout remarquable en ce que

l'amputation faite dans des conditions en apparence très défavorables, n'en a pas moins donné un résultat excellent. Les deux cas, d'ailleurs, rentrent dans la classe des amputations pour lésions traumatiques, conditions dans lesquelles l'amputation par le procédé de M. Pirogoff trouve surtout son application, parce que l'on a beaucoup moins à craindre la carie consécutive du calcanéum que dans les amputations faites pour des affections chroniques des os du tarse. (*Medical Times and Gazette*, 7 juillet 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

De la paralysie diphthérique. — *Recherches cliniques sur les causes, la nature et le traitement de cette affection*, par le docteur A. Maingault. Paris, 1860.

Les phénomènes divers de paralysie qui se produisent à la suite de la diphthérie avaient peu frappé les médecins avant ces dernières années, non pas peut-être qu'ils fussent plus rares qu'aujourd'hui, mais surtout parce que le lien qui les unit à la maladie primitive n'avait pas été, tout d'abord, bien reconnu. Cependant plusieurs auteurs avaient déjà signalé ces phénomènes d'une façon plus ou moins nette, comme le montre l'historique présenté par M. Maingault. Ainsi nous voyons des faits de paralysie rapportés par Chomel, Ghisi, Samuel Bard, Sédillot, MM. Guimier, Loyauté, Orillard; ces faits demeuraient isolés les uns des autres et attendaient une systématisation qui pût leur permettre de prendre droit de cité dans la science.

M. Trousseau ouvrit la voie dans ses leçons cliniques, et on le vit bientôt suivi par son maître M. Bretonneau. Ils démontrèrent que la diphthérie est quelquefois suivie d'accidents de paralysie généralisée à marche progressive. Une note de M. Faure, une lettre de M. Sellerie de Bourth, et la thèse de M. Percaté, contribuèrent à faire connaître ces graves accidents. Le travail de M. Maingault paraît ensuite, et l'on peut dire sans exagération que cette partie de l'histoire de la diphthérie est pour la première fois complétement traitée. Un tableau général de la paralysie diphthérique, puis l'étude particulière de tous les points qui se rattachent à l'étude de cette paralysie, tel est le cadre de la monographie de M. Maingault. Quoiqu'il ait été déjà question dans ce journal de ces accidents tardifs de la diphthérie, il nous paraît qu'il ne sera pas sans intérêt de tracer ici, en suivant l'auteur que nous analysons, une esquisse de la paralysie diphthérique.

Un premier trait saillant de cette paralysie, c'est de survenir à une époque en général assez éloignée du moment où s'est établie la convalescence. On croit le malade tout à fait guéri; quelquefois, lorsque c'est un adulte, il a pu reprendre ses occupations et son train de vie ordinaire, et voilà que les premiers symptômes de paralysie se montrent; le voile du palais devient inerte et insensible; les membres s'affaiblissent jusqu'à perdre entièrement leurs fonctions; la vue peut être intéressée, et la maladie peut envahir la presque totalité des muscles de la vie animale et quelques muscles de la vie organique. Chez un grand nombre de sujets, toutefois, la convalescence n'est pas franche, et c'est au milieu d'un état valétudinaire qu'apparaissent les phénomènes de paralysie.

M. Maingault passe en revue successivement les troubles de la motilité et de la sensibilité qui peuvent être observés. Les troubles de la sensibilité sont souvent les premiers qui se montrent; ils consistent en fourmillements, anesthésie, analgésie. La perte ou la diminution de la sensibilité coïncide ordinairement avec l'affaiblissement ou l'abolition de la motilité volontaire dans les parties atteintes; et il est presque constant que les membres inférieurs sont frappés avant les supérieurs.

L'anesthésie peut devenir plus ou moins générale; d'ailleurs, de même que chez les hystériques, cette anesthésie peut s'accompagner d'hyperesthésie de certaines parties du corps, et en particulier de rachialgie et de douleurs articulaires. Un des phénomènes les plus intéressants est l'amblyopie ou l'amaurose diphthérique, phénomène fréquent, puisque M. Maingault l'a trouvé mentionné dans 39 observations sur 84, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas. Dans ses degrés inférieurs, l'amblyopie consiste dans un affaiblissement de la vue avec presbyte ou avec myopie. L'examen à l'aide l'ophthalmoscope ne fait découvrir aucune altération des milieux ou des membranes de l'œil, bien que la cécité puisse être complète.

Les troubles de la motilité varient beaucoup suivant les malades, sous le rapport de leur intensité et de leur étendue, mais ils offrent en général une tendance à se généraliser. Ces troubles sont constitués par une diminution de la motilité. Tantôt la paralysie est bornée à un membre; tantôt, et le plus ordinairement, les deux membres inférieurs sont pris en même temps, et l'on observe alors une paralysie plus ou moins complète avec perte ou affaiblissement de la sensibilité, coïncidence qui rappelle la comparaison que nous faisions tout à l'heure des paralysies diphthériques avec la paralysie hystérique. Ces symptômes de paralysie peuvent faire place à des phénomènes plus alarmants encore lorsque la paralysie, atteignant la plupart des muscles, s'est généralisée au point de rendre tout mouvement impossible. Quelquefois les muscles qui concourent à la défécation et à la miction se paralysent aussi, et l'on observe, soit une constipation opiniâtre, soit l'incontinence des urines et des matières fécales. Les muscles de la face peuvent de même devenir inertes; chez un certain nombre de malades, il y a paralysie des muscles des yeux; suivant les muscles, il y a un strabisme variable, et par suite diplopie. La fréquence de la diplopie, signalée par M. Maingault, montre même que, dans des cas où le strabisme n'est pas appréciable autrement, il y a déviation de l'un des lobes oculaires ou même des deux, s'ils sont tous deux affectés. Dans tous les cas rapportés par l'auteur, nous voyons la paralysie envisagée d'une façon générale se manifester simultanément dans les deux moitiés du corps; en d'autres termes, nous ne trouvons pas d'exemple d'hémiplégie. Cependant cette forme de paralysie peut aussi se produire consécutivement à la diphthérie, comme l'indique M. Gubler, d'après M. Trousseau (*Arch. gén. de méd.*, mars 1860, p. 271). M. Maingault expose d'une façon toute particulière ce qui est relatif à la paralysie du voile du palais et du pharynx; cette partie de son travail avait déjà été traitée par lui dans sa thèse inaugurale. Nous ne pouvons malheureusement pas le suivre pas à pas dans cette étude qui d'ailleurs mérite d'être signalée comme une excellente étude de physiologie pathologique. C'est la paralysie du voile du palais qui a été connue bien avant la paralysie généralisée, parce qu'elle se montre quelquefois peu de temps après les accidents diphthériques, et parce que la conformité du siége révélait ici le rapport de causalité qui unit ces deux ordres de phénomènes. Suivant M. Maingault, les troubles de la déglutition qui peuvent exister seuls, ne manqueraient jamais lorsque la paralysie doit se généraliser. Les différents troubles produits par la paralysie du voile du palais et du pharynx, sont : « le nasonnement, la gêne de la déglutition, la difficulté ou l'impossibilité qu'éprouvent les malades à exercer la succion, à gonfler les joues, à souffler par la bouche, à se gargariser. On constate, en examinant la gorge, l'immobilité du voile, son allongement, l'anesthésie, l'analgésie, la diminution ou la perte de la sensibilité spéciale. » Et ces divers symptômes se montrent alors que l'angine a disparu depuis déjà quelque temps.

La paralysie du mouvement dans ses divers degrés n'est pas liée à la perte ou à l'affaiblissement de la faculté contractile des muscles, laquelle paraît au contraire tout à fait intacte.

Enfin, pour ne rien omettre d'important, nous devons mentionner l'anaphrodisie plus ou moins complète qui a été observée chez tous les malades atteints de paralysie généralisée.

Dans le chapitre consacré à l'étiologie, M. Maingault recherche s'il y a une relation entre les différentes formes de la diphthérie et les accidents consécutifs, et il arrive à conclure : « que la paralysie peut survenir à la suite de l'angine couenneuse, lors même que cette affection n'a eu aucun caractère de gravité, lorsque les fausses membranes ont été peu abondantes, la maladie de courte durée, les symptômes généraux peu prononcés; qu'une angine couenneuse, en apparence bénigne, peut amener des

» accidents consécutifs graves... » Il montre que ces paralysies peuvent se produire même lorsque la diphthérie s'est emparée de la surface d'une plaie ou d'un vésicatoire. L'albuminurie de la diphthérie n'a pas la moindre influence génératrice sur ces accidents; le traitement auquel ont été soumis les malades affectés d'angine diphthérique n'a pas non plus la moindre part dans les causes de la paralysie consécutive.

Peut-être M. Maingault aurait-il pu pousser son enquête étiologique plus loin, et se demander si la paralysie diphthérique a quelque chose de spécial, qui la détacherait du groupe des paralysies consécutives à d'autres affections. Le mémoire important que publie actuellement M. Gubler dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, fait voir que des paralysies consécutives ont été observées dans un assez grand nombre de maladies; et les phénomènes observés ont été assez semblables pour qu'il paraisse difficile de séparer ces paralysies en catégories présentant des caractéristiques distinctes. Cependant on peut dire que rien n'est à négliger dans une comparaison de ce genre; et que, ne trouvât-on qu'une différence de fréquence, il faudrait encore en tenir grand compte.

La paralysie diphthérique peut être confondue avec d'autres paralysies, et le patient peut, par suite d'une méprise de ce genre, être soumis à un traitement intempestif. Si la paralysie est limitée au voile du palais, on peut supposer, dans certains cas, qu'il s'agit d'une angine syphilitique, et M. Maingault cite, d'après M. Hardy, un exemple de cette erreur de diagnostic; si la paralysie est généralisée, elle pourra être confondue chez une femme avec une paralysie hystérique, et, quel que soit le sujet, s'il est adulte, avec une paralysie générale progressive. Chez les enfants, dans certains cas, on pourra croire à l'existence d'une atteinte de tuberculisation cérébrale, ou à celle d'une idiotie; « mais cette torpeur (celle qu'on observe quelquefois) n'est qu'apparente : l'intelligence sommeille, on la réveille facilement, et, si l'on interroge les petits malades, on est frappé de la netteté de leurs réponses. »

Il est clair que les antécédents du malade ont ici une grande importance. Une angine couenneuse survenue quelque temps avant les accidents de paralysie aura été suivie d'un début de convalescence ou même d'un rétablissement plus ou moins complet; puis les phénomènes de la paralysie du voile du palais et du pharynx se sont manifestés, et enfin les membres auront commencé à s'affaiblir ou à perdre de leur sensibilité cutanée. « Toujours il existe un » intervalle plus ou moins long de douze à quinze jours, à deux » mois, entre la terminaison de l'affection diphthérique et le moment où les accidents paralytiques généralisés se déclarent. » Nous avons dit que la paralysie palatine précède la paralysie généralisée; il faut en dire autant des troubles de la vue, lorsqu'ils doivent exister. Enfin la paralysie généralisée est progressive. On pourrait ajouter aux autres éléments de diagnostic, mais sur un plan secondaire, la coexistence de l'anesthésie et de l'amyosthénie.

La paralysie diphthérique se termine le plus souvent par la guérison, mais il ne faut pas croire que son pronostic n'offre rien de sérieux. La mort peut être le résultat de ces accidents consécutifs, et nous voyons que M. Maingault a trouvé douze faits de mort sur quatre-vingt-douze observations, environ un sur sept. C'est là une proportion assez considérable, et qui doit empêcher le médecin de s'endormir dans une trop grande quiétude. La mort, d'après M. Maingault, peut être déterminée, soit par une sorte de sidération du système nerveux, soit par syncope, soit par l'extension de la paralysie aux muscles de l'appareil respiratoire, ou bien par l'obstacle qu'oppose la paralysie du voile du palais à une alimentation suffisante, ou bien par l'introduction des aliments dans les voies respiratoires; le mécanisme de la déglutition était profondément troublé.

Le traitement peut se résumer dans l'emploi de la médication tonique, des excitants cutanés (bains médicamenteux, bains de mer, etc.), des excitants spéciaux du système nerveux (strychnine, noix vomique) et de l'électricité. La guérison est en général longue à obtenir, et la marche de la maladie paraît trop souvent n'être point influencée par les moyens qu'on lui oppose.

De quelle nature est la paralysie diphthérique? Si la paralysie s'était bornée à frapper sur les muscles du voile du palais et ceux du pharynx, on aurait pu chercher une explication dans une lésion directe de la nutrition de ces parties. Mais il n'en est rien, et il est clair que, même dans ce cas, l'explication eût été insuffisante, puisque c'est au milieu de la convalescence, et non immédiatement après les accidents primitifs, que se montre la paralysie. L'examen fait par M. Maingault des diverses hypothèses qui se présentent pour donner la raison de la paralysie diphthérique prouve combien le sujet est obscur et difficile à élucider. Ce n'est ni à l'asphyxie plus ou moins complète, ni à l'anémie qu'il faut s'adresser pour trouver la raison de cette paralysie; ce n'est pas non plus une lésion grossière et directement appréciable qu'il faut invoquer. M. Bretonneau compare les phénomènes de paralysie de l'angine diphthérique aux accidents tertiaires de la syphilis, lesquels n'ont avec l'accident primitif aucun rapport de forme, et qui cependant doivent être considérés comme une manifestation tardive d'une même cause. Comparaison n'est pas raison, et l'obscurité n'est pas dissipée; mais si le rapprochement est juste, l'esprit trouve un commencement de satisfaction en échangeant un fait exceptionnel pour un cas partiel d'un fait plus ou moins général. M. Trousseau considère les phénomènes de paralysie diphthérique comme analogues aux accidents paralytiques signalés par Graves chez les individus qui se sont nourris de certaines chairs de poisson.

M. Maingault se borne à reproduire ces diverses suppositions sans chercher à produire une autre hypothèse. Et l'on doit voir là une nouvelle et décisive preuve de l'embarras qui naît de toutes les questions de cette nature en pathologie, car nul n'a encore été placé comme l'auteur pour se former une opinion sur ce point, 92 observations donnant matière à un avis autorisé.

On ne doit pas perdre de vue les divers caractères que revêt la paralysie diphthérique, et l'on doit ajouter à ceux que nous avons déjà indiqués des phénomènes de cachexie et de dyspepsie qui ne sont pas rares. Les malades ont, suivant M. Maingault, la peau pâle et terreuse, une grande tendance au refroidissement; quelques-uns ont de la toux, de l'expectoration, liées peut-être à une sorte d'état paralytique de l'appareil sécrétoire des bronches; il y a apyrexie; mais le pouls est petit, faible; on constate des palpitations; quelquefois, au contraire, les battements sont ralentis. Enfin il y a des bruits de souffle en rapport avec l'anémie, quelquefois un peu d'œdème, et rarement de l'anasarque. Tous ces caractères ne nous donnent point d'ailleurs la solution du problème, mais ce sont autant de données qu'il faut prendre en considération. On peut dire dès à présent avec l'auteur que cette paralysie rentre dans le cadre des affections dites *sine materia*, c'est-à-dire sans altération appréciable, vu l'état actuel de nos connaissances. C'est le centre nerveux qui est atteint, et cela dans une grande étendue, au moins lorsque la paralysie se généralise; le cerveau proprement dit paraît à peu près indemne au milieu de ce trouble, car l'intelligence demeure nette, quoique un peu lente. Ce qui démontre que le système rachidien surtout est intéressé, c'est l'existence simultanée de la paralysie du mouvement et de celle du sentiment, probablement avec abolition complète des actions réflexes. Mais, nous le répétons, toutes ces notions sont loin de nous donner la raison étiologique de la paralysie diphthérique, et nous ne savons en rien pourquoi cette paralysie se montre dans tel cas peu grave et non pas dans tel autre dont la gravité a été considérable. Et ce fait si curieux d'accidents paralytiques se développant, alors que la maladie initiale semble avoir fait place à un état presque normal de la santé, reste aussi sans explication.

L'étude que M. Maingault a faite de la paralysie diphthérique embrasse le sujet aussi entièrement qu'il était possible; et, comme nous l'avons dit, l'histoire de cette période consécutive de la diphthérie est aujourd'hui à peu près complète. On découvrira peut-être quelques détails et quelques aperçus nouveaux, mais ils trouveront leur place toute naturelle dans le tableau tracé par l'auteur, et n'en changeront point les lignes principales.

Etude très intéressante et très instructive, le mémoire de M. Maingault prendra rang parmi les bonnes productions de la littérature médicale actuelle. V.

VI

VARIÉTÉS.

Nous apprenons à l'instant la mort de M. Payer, membre de l'Institut, professeur de botanique à la Sorbonne, etc. M. Payer a succombé le 5 septembre au soir.

Le *Moniteur de l'Armée* publie l'article suivant :

« Le dernier paragraphe de l'article 1er du décret du 18 juin 1860, qui assimile aux grades de la hiérarchie militaire les grades du corps de santé de l'armée de terre, est ainsi conçu :

» Cette assimilation ne porte aucune atteinte aux conditions du fonctionnement du service de santé telles qu'elles sont réglées par le décret du 23 mars 1852. »

» Ce même décret du 23 mars 1852, organique du corps de santé militaire, établit (dernier paragraphe de l'article 1er) que « l'action de ce corps s'accomplit, aux armées et dans l'intérieur, sous l'autorité du ministre de la guerre, déléguée, suivant le cas, soit aux officiers chargés du commandement, soit aux fonctionnaires de l'intendance militaire. »

» Le rapprochement de l'article 1er du décret du 18 juin dernier et des dispositions du décret du 23 mars 1852 traçant nettement aux médecins de l'armée leurs obligations vis-à-vis du corps de l'intendance dans l'exécution du service hospitalier, le ministre de la guerre a appris, avec autant de mécontentement que de surprise, qu'un médecin principal de 1re classe, s'appuyant sur l'assimilation de son grade, se soit cru dégagé de toute obéissance à l'égard d'un sous-intendant militaire de 2e classe chargé de la direction d'un hôpital, et que cet antagonisme se soit produit dans une correspondance acerbe, où les formes et les convenances hiérarchiques ont été mises de côté.

» Une punition de huit jours d'arrêts simples est infligée à ce médecin principal, et son déplacement s'effectuera immédiatement.

» Le ministre est convaincu que cet incident est tout exceptionnel, et que les médecins militaires, en se pénétrant de l'esprit des institutions qui les régissent, se rendront dignes de la haute bienveillance dont l'Empereur a récompensé leurs services. »

— La promulgation du décret du 28 juillet 1860 a fait craindre que ce décret ne reçût, dès cette année, son entière exécution, et que l'on n'admît au concours pour l'*École du service de santé militaire instituée près la faculté de médecine de Strasbourg*, que des candidats n'ayant encore aucune inscription de médecine. Il résulte de renseignements officiels émanant de l'administration supérieure de la guerre, qu'en septembre et en octobre 1860, les candidats ayant déjà quatre, huit ou douze inscriptions de médecine, pourront prendre part au concours, comme les candidats sans inscriptions, s'ils remplissent d'ailleurs les conditions du programme du 3 avril 1860, et notamment s'ils ont obtenu pour leurs examens de fin d'année la note *satisfait* ou la moyenne *satisfait;* cette condition est de rigueur. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— Par décret du 16 août dernier, ont été nommés :

Président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Orne, M. Damoiseau, docteur-médecin à Alençon ; président de la Société de l'arrondissement de Fontainebleau (Seine-et-Marne), M. Leblanc, médecin en chef de l'hôpital de Fontainebleau ; président de la Société des médecins du département des Deux-Sèvres, M. de Meschinet, médecin des épidémies, à Niort.

— Les médecins du département de la Creuse, réunis le 1er septembre à Guéret, ont décidé la formation d'une Société locale qui, le jour même de sa fondation, comprenait le tiers des médecins exerçant dans le département (34 sur 104).

— L'Association des médecins de la Côte-d'Or vient de gagner son procès dans la poursuite qu'elle a intentée contre un rebouteur de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine.

— Le 20 août dernier, M. le docteur Ledieu, directeur de l'École de médecine d'Arras, a réuni un grand nombre de médecins du Pas-de-Calais, et une Association de prévoyance et de secours mutuels pour ce département, agrégée à l'Association générale, a été constituée à la suite de cette réunion.

— M. Hippolyte Blot, agrégé, suppléant M. le professeur P. Dubois, commencera, le samedi 8 septembre, à l'hôpital des Cliniques, à neuf heures du matin, des leçons sur les accouchements laborieux et les opérations obstétricales; il les continuera, à la même heure, les mardis et samedis. Le jeudi : Conférences cliniques au lit des femmes enceintes et en couches. Tous les jours, visite à huit heures du matin.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Gazette médicale de Lyon. — 1860. — N° 1. De l'utilité de la saignée dans certaines indigestions compliquées d'accidents cérébraux, par *Fonteret.* — Deux opérations césariennes pratiquées avec succès chez la même femme, par *Bouchacourt.* — 2. De la réalité des régénérations osseuses à la suite des résections sous-périostées, par *Ollier.* — Observations et notes pour servir à l'histoire de la peau bronzée, par *Chavanne.* — Note sur une forme peu connue d'aphonie syphilitique, par *Diday.* — 3. Réalité des régénérations osseuses (fin). — Peau bronzée (fin). — Fistule salivaire sublinguale guérie par un mode spécial de pansement, par *Baumers.* — 4. Nouvel instrument pour l'opération de la fistule lacrymale, par *Foltz.* — De l'emploi de l'extrait alcoolique de quinquina pour remplacer le quinium, par *Guillermond.* — 5. Rapport de la commission de vaccine, année 1859, par *Roy.* — Rapport sur l'instrument à vacciner de M. Chassagny, par *Dauvergne* et *Gubian.* — Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes, par *Ancelet.* — 6. Rapport sur un mémoire de M. Dufresse de Chassaigne, intitulé : *Du traitement et de la guérison de l'anévrysme rhumatismal du cœur sous l'influence des eaux thermales de Bagnols*, par *Rambaud.* — Note sur le ténia et sur l'expulsion par l'émétique d'un de ces parasites pendant une pneumonie, par *Passot.* — 7. De la pluralité des maladies vénériennes, par *Rollet.* — Manie continue guérie par une fièvre continue, par *Berthier.* — 8. Pluralité des maladies vénériennes (fin). — Lettre sur la cure de l'anévrysme rhumatismal du cœur par les eaux de Bagnols, par *Dufresse de Chassaigne.* — 9. Recherches et observations nouvelles sur la goutte et sur les dangers des traitements qui lui sont généralement opposés, par *Polton.* — Tétanos traumatique traité avec succès par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, par *Dupuy.* — 10. Recherches sur la goutte, etc. (fin). — Guérison de diverses maladies du cœur traitées par le sulfure d'antimoine, par *Fauconnet.*

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 5. Du traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb, par *Strohl.* — Observations ozonométriques et revue critique des publications sur l'ozone, par *Boeckel.* — 12. Étude clinique sur le croup, par *Duclout.* — 1860. — N° 1. Des sutures multisériées et de l'emploi des fils métalliques dans ce genre de sutures, par *Boeckel.* — Nouvelles observations de polype du rectum chez les enfants, par *Stoltz.* — N° 2. Des résections sous-périostées et de l'évidement des os, par *Eissen.* — L'inflammation et la saignée, par *Forget.* — Croup (fin). — De l'emploi du saccharure de colchique dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire, par *Joyeux.* — Purpura hæmorrhagica grave; traitement par le perchlorure de fer, guérison, par *Argaing.* — 3. Note sur le développement incomplet d'une des moitiés de l'utérus, et sur la dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire, par *Stoltz.* — Note sur certaines transformations du tissu érectile et caverneux, par *Michel.* — Inflammation et saignée (fin). — 4. (Manque.)

Journal de médecine de Bordeaux. — 1860. — Janvier. Note sur l'action cicatrisante des eaux thermales de Bagnères-de-Luchon, par *Venot.* — Thoracocentèse faite avec succès dans un cas d'empyème, par *Théry.* — Amputation de la langue par l'écrasement linéaire, par *Azam.* — Gangrène de l'axe cérébro-rachidien chez une aliénée, par *Bruny.* — Observations de médecine légale, par *Borchard.* — Février. Trois observations d'anémie essentielle, et quelques mots sur les constitutions anémiques héréditaires, par *Cazenave.* — Tumeurs fibreuses des deux maxillaires supérieurs, avec coïncidence de polypes muqueux du sinus maxillaire, par *Pré.* — Observations de médecine légale (suite). — Luxation en avant de la première phalange du pouce, par *Rabaine.* — Mars. Observation d'un épanchement pleurétique vidé à travers les bronches, par *Lanclongue.* — Des abcès péri-uréthraux, par *Venot.* — Observations médico-légales (fin). — Avril. Considérations sur la cyclocéphalie, par *Gintrac.* — Observation de syphilis congénitale transmise à deux nourrices et à trois nourrissons, par *Le Barillier.* — Observation de purpura hæmorrhagica, par *Rabaine.* — Préparation de l'huile de foie de morue ferrée ; désinfection de l'huile de foie de morue et de l'huile de ricin ; note sur la pommade au stéarate de mercure, par *Jeannel.* — Note sur les bons effets d'une potion contro-stimulante contre les suffusions séreuses intra-thoraciques et les pneumonies, par *Hiard.* — De l'emploi du stuc pour la contention des fractures en médecine vétérinaire, par *Festal.* — Mai. Observation d'un kyste séreux du cou, à fond vasculaire, traité avec succès par les caustiques, par *Musset.* — Cystite purulente ; mort ; vessie à cellules, par *Azam.* — Histoire chimique des benzoate et silicate de soude, par *Bonjean.*

Journal des vétérinaires du Midi. — Décembre. Clinique, par *Serres.* — Pica pellagreux (espèce bovine), par *Dupont.* — 1860. — Janvier. Suite des articles des numéros précédents. — Février. Clinique (suite). — Observations et réflexions sur les maladies des organes digestifs des ruminants, par *Cocutet* — Mars. Un cas de dystocie, par *Gitis.* — Sur un instrument pour la section de l'aponévrose du long vaste, par *Birteau.* — Névrose simulant une angine pharyngée, par *Caussé.* — Avril. Diagnostic de la morve, par *Rebout.* — Un mot sur la cachexie aqueuse, par *Raynaud.*

Notice des travaux de la Société de médecine de Bordeaux. — Année 1859.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 14 SEPTEMBRE 1860. N° 37.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 13 septembre 1860.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES DANGERS DES MARIAGES ENTRE CONSANGUINS AU POINT DE VUE SANITAIRE, par M. F. DEVAY, professeur titulaire de clinique médicale à l'École de Lyon. (Note lue à l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon.)

Un intérêt général s'attache aux recherches qui ont pour but d'établir sur des faits positifs le danger ou tout au moins les inconvénients qui sont le fruit de mariages contractés dans de certaines conditions. Ces conditions, les parties intéressées les ignorent jusqu'à ce que la science, parvenue à pénétrer l'obscurité qui voile la relation de cause à effet, affirme nettement cette relation. Il en est ainsi des questions qui se rattachent à la consanguinité dans le mariage. Ses dangers, sous le rapport sanitaire, ont été longtemps méconnus, ou n'ont été entrevus qu'à l'aide d'affirmations émises de loin en loin par des voix sincères, mais sans autorité scientifique. Une tradition incertaine manifestait, çà et là, des sentiments de réprobation contre les unions entre consanguins; mais si elle y voyait des inconvénients, pour elle, les dangers qui y sont attachés étaient moins manifestes. A présent, il n'en est plus ainsi; au doute succède la certitude, et les affirmations de la science médicale ne peuvent plus laisser de prise à l'incertitude. Tous les esprits clairvoyants peuvent reconnaître dans ce genre d'alliance, une cause *efficiente* d'infirmités, de maladies constitutionnelles pour l'individu, et de dépérissement pour les races.

A tous les points de vue, le mariage est la question sociale par excellence : au point de vue hygiénique, c'est la plus précieuse garantie contre la dégénérescence, les infirmités qui atteignent l'espèce humaine, c'est le moyen le plus puissant, et peut-être le seul, de perfectionner le type humain. N'est-ce point, en effet, aux conditions maladives dans lesquelles s'est faite la fécondation qu'il faut presque toujours remonter, si l'on veut se rendre compte de cette foule de maladies constitutionnelles qui déflorent la vie et déciment les générations? N'est-ce point le cas de répéter avec un savant médecin qui a fructueusement étudié de nos jours les dégénérescences physiques et morales de l'humanité, que les enfants qui ont subi l'influence des transmissions de mauvaise nature n'ont été *fécondés, ni au point de vue du bien physique, ni au point de vue*

FEUILLETON.

Littérature médicale.

M. Moreau (de Tours) : La psychologie morbide. — Vicomte de Lapasse : Essai sur la conservation de la vie. — M. Descuret : La médecine des passions. — Le baron de Feuchtersleben et M. Foissac. — Hygiène de l'âme. — M. Ch. des Étangs : Du suicide politique.

(Suite. — Voir les numéros 21, 29, 32 et 34.)

M. de Lapasse a bien raison d'insister sur l'insuffisance de l'hygiène alimentaire, telle qu'elle est généralement entendue, comme source de longévité. La vie de la plupart des centenaires dépose, plus peut-être qu'il n'a eu occasion de l'apprendre, et même qu'il ne le faudrait pour son système, en faveur de son opinion. Si Cornaro, avec moins de 350 grammes d'aliments par jour, a pu restaurer une santé délabrée par des excès de tout genre, composer à l'âge de quatre-vingts ans son traité DELLA VITA SOBRIA, et prêcher encore d'exemple pendant plus de vingt années, combien d'autres sont restés livrés, pendant tout le cours de leur longue carrière, au régime diététique le plus déplorable! Le tonnelier J.-P. Gardien buvait un verre d'eau-de-vie par jour, et sur la fin de sa vie il en doubla presque la ration, puisqu'il en consomma 450 litres en trois années. Golembiewski ingurgitait quotidiennement, et ingurgite peut-être encore (car nous ne sachions pas qu'il soit décédé) un demi-setier (26 centilitres) d'absinthe. Deux confrères, Espagno, maître en chirurgie, et Politiman, chirurgien lorrain, s'enivraient chaque soir. Quant à l'Irlandais Brawn, on peut dire qu'il fut ivre pendant un siècle. Son épitaphe est assez plaisante : « Sous cette pierre gît Brawn, qui, par la seule vertu de la bière forte, sut vivre cent vingt hivers. Il était toujours ivre, et, dans cet état, si redoutable *que la mort elle-même le craignait*. Un jour que, *malgré lui*, il se trouvait rassis, la mort, devenue plus hardie, l'attaqua, et triompha de cet ivrogne sans pareil. » Chez bon nombre de centenaires, le régime diététique péchait sous d'autres rapports : l'un ne se nourrissait que de choux et de blé de Turquie; l'autre de

du bien moral dans l'humanité (le docteur Morel de Saint-Yon). Lorsqu'on se préoccupera sérieusement de l'étude des causes destructrices de l'existence, de la santé et du bonheur de l'homme, de celles qui enfantent surtout les maladies constitutionnelles, on les rencontrera presque toujours le plus près possible de la source et du foyer de la vie, *in radice conveniunt*. L'hérédité elle-même est, selon l'expression de M. Coste, de l'Institut, un témoignage visible de la manière dont s'introduisent dans le principe organique les éléments de la santé ou de la maladie, selon que les éléments proviennent d'une source pure ou impure. Mais il y a plus, l'observation médicale tend à établir comme un fait positif la transmission aux enfants de vices découlant, non de l'hérédité proprement dite, c'est-à-dire de conditions morbides inhérentes à la famille, mais de mauvaises habitudes invétérées, acquises par les générateurs. L'ivresse habituelle, *alcoolisme chronique*, la misère, certaines circonstances extraordinaires de la vie, frappent l'embryon de la plus funeste empreinte. Que dans un grand nombre de cas l'abus des boissons alcooliques produise des accidents immédiats sur les sujets qui s'y sont abandonnés, c'est un fait hors de doute que confirme l'expérience journalière; mais ce qui est plus fréquent encore, c'est l'action indirecte et progressive de cette influence, moins funeste pour ceux qui s'y livrent que pour les générations qui leur succèdent. Les ascendants peuvent très bien ne pas avoir été aliénés et avoir transmis une prédisposition héréditaire, qui s'accroît et s'accumule de génération en génération, et qui fait chaque fois un pas de plus vers l'aliénation mentale, en passant par des intermédiaires qui en sont, pour ainsi dire, les étapes (E. Renaudin, *Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale*, 1856). Si l'imbécillité congénitale, l'idiotie, sont les termes extrêmes de la dégradation chez les descendants d'individus alcoolisés, un grand nombre d'états intermédiaires se révèlent à l'observateur par des aberrations de l'intelligence et par des perversions tellement extraordinaires des sentiments, que l'on chercherait on vain la solution de ces faits anormaux dans l'étude exclusive de la nature humaine déviée de son but intellectuel et moral (Morel, *Traité des dégénérescences, passim*). Dans une statistique des causes de la folie pour l'ancien royaume de Westphalie, M. le docteur Ruez a fait ressortir que l'idiotie était fréquente dans la population des ouvriers mineurs; les rapprochements sexuels des ouvriers, qui vivent séparés de leurs femmes pendant la semaine entière, s'opèrent ordinairement dans les jours de repos où les libations alcooliques sont partagées par les deux sexes. M. le docteur Morel a fait la même remarque pour d'autres pays, en France, où l'ivrognerie est également commune aux deux sexes. Dans le nord de l'Europe, en Suède par exemple, ces causes ont exercé tant de ravages, qu'elles ont attiré la juste sollicitude des gouvernements.

Lorsqu'à ces faits si notoires, viennent s'ajouter encore d'importantes observations concernant l'influence exercée sur le produit de la conception par les circonstances momentanées où se trouve l'être générateur, par l'âge de celui-ci, par les liens, par les saisons, etc., n'est-il point permis de penser que là se trouve le point de départ de l'hygiène la plus vivifiante? Ce genre d'observations et cette étude approfondie des causes les plus initiales des dégradations et des souffrances humaines, doivent forcément conduire la pratique de la médecine à une meilleure entente de la nature des maladies, à des résultats plus décisifs. Si, appuyée sur les données déjà très certaines de l'hérédité proprement dite, la science médicale peut dire avec assurance : S'il ne nous est pas toujours possible de guérir les complications finales des maladies héréditaires, que si nous sommes souvent impuissants pour soustraire l'humanité aux conséquences de ses propres fautes, nous n'en sommes pas pour cela réduit à l'inaction, et c'est au médecin que revient la mission de fixer les règles qui doivent présider à la régénération intellectuelle physique et morale de l'espèce (M. Morel, dans son excellent ouvrage sur *l'Aliénation mentale*.) Elle opère avantageusement sur le fait accompli; elle a des méthodes thérapeutiques, fondées sur l'antagonisme de conditions opposées à celles où s'est trouvé l'enfant frappé par de vicieuses prédispositions héréditaires. Et nous avons l'espoir de vous entretenir un jour de ce point si intéressant du traitement des maladies de famille, dont l'observation délicate et minutieuse est des plus propres à faire progresser la médecine pratique (Voir notre *Hygiène des familles, passim*). Quelquefois des circonstances fortuites, des faits imprévus, viennent jeter une grande lumière sur la prophylaxie de ces maux. Nous tenons d'un médecin digne non-seulement de la sympathie, mais de l'admiration du monde civilisé par sa science et par l'apostolat qu'il exerce, le docteur Guggenbuhl, la relation du fait suivant : Dans ses *Recherches sur le crétinisme*, entreprises à l'aide de longs voyages et de minutieuses enquêtes, ce médecin a constaté que, dans certaines vallées du Tyrol, où le crétinisme était jadis endémique, cette dégénérescence avait disparu, depuis que des soldats français, à la suite des guerres du premier empire, s'étaient alliés à des familles du pays et avaient fait souche. C'est au même observateur que nous devons ces remarques sur l'influence favorable des hauteurs sur le développement organique et moral. D'après lui, les *intermariages*, cause commune du crétinisme, n'auraient pas autant de dangers sur les hauteurs que dans les vallées basses. Selon lui, le haut Valais a produit quelques hommes distingués dans les sciences, les lettres et la politique; rien de semblable ne s'est vu dans le bas Valais. Un comte autrichien, avec lequel il a eu de grandes relations, père d'une nombreuse famille, a eu à Vienne de beaux enfants. Obligé d'habiter Salzbourg, il engendra des crétins. Combien l'étude des circonstances *extrinsèques* à l'acte générateur, telles que l'influence des lieux, des saisons, des climats, doit nous fournir de précieuses inductions hygiéniques!

C'est, la plupart du temps, l'action corruptrice des mauvais mariages qui amène la décadence de ces races et de ces familles que la fortune semblait avoir comblées de biens et de conditions de

---

légumes; celui-ci de porc salé; celui-là de fromage et de lait de chèvre. Qu'on dise que ces individus proportionnaient, chacun pour son compte, la quantité de nourriture à la *capacité digestive*, soit; mais on conviendra au moins qu'ils s'occupaient peu de la *qualité*, sur laquelle M. de Lapasse insiste, non sans d'excellentes raisons; ni de la préparation culinaire, dont il a fait le sujet de quelques pages ingénieuses. Et comme tous ces individus ne se soumettaient d'ailleurs à aucune précaution sanitaire spéciale; que, bien au contraire, ils bravaient, pour la plupart, les règles les plus recommandées de l'hygiène, il est manifeste que c'est uniquement aux conditions propres de leur constitution organique qu'ils devaient le privilége de leur longue carrière.

Nous entendons bien l'auteur nous dire : « Ce n'est ni par des exceptions, ni par des citations, que l'on résout les problèmes de physiologie; c'est par l'étude des faits et la connaissance des phénomènes vitaux. » Encore serait-il bon que le fait essentiel, celui auquel on vise, c'est-à-dire la prolongation de la vie, se montrât, quand il a lieu accidentellement, d'accord avec la théorie, et fût entouré des circonstances sur lesquelles on compte précisément pour le reproduire.

Mais si ni l'âge de l'humanité, ni la race, ni le climat, ni le genre de vie, n'ont paru jusqu'ici influer sensiblement sur la durée ordinaire de l'existence, sur quel fondement affirmer que cette durée ne satisfait pas aux droits de la nature, qu'elle a été de tout temps raccourcie par l'incurie humaine, et qu'il est possible de l'allonger? Nous ne voyons plus qu'un moyen assuré de faire sortir cette espérance du domaine des chimères, c'est de la réaliser. Mais, de bon compte, on ne peut demander sur l'heure pareille démonstration à l'auteur de l'Essai. Il est trop clair qu'il lui faut du temps pour exhiber des centenaires de sa façon. On en est donc réduit à cet égard à des souhaits. Pour notre part, depuis que nous avons le plaisir de connaître M. de Lapasse, depuis que nous avons pu apprécier son instruction, son esprit, sa gaieté, sa douce philosophie, nous faisons les vœux les plus sincères pour le succès de l'épreuve à laquelle il se soumet lui-même, ainsi que son aimée et respectable mère, et nous y ajoutons par occasion un vœu à notre

durée. Si elles ont eu en partage la graisse de la terre, si elles ont eu pour base la meilleure des situations sociales, elles ont péri par la dissolution de leur propre organisme, par l'épuisement de leur séve. Chez elles, les vertus et l'énergie morale ont suivi, dans leur abaissement, la corruption du sang. D'autres familles, que la nature et les circonstances avaient moins favorisées, sont parvenues à la suprématie, ou tout au moins à une supériorité relative physique et morale, par la continuité d'alliances saines et vigoureuses. Ainsi est donné journellement au monde ce spectacle mouvant des métamorphoses des familles, cette transformation des races, cet appel incessant à de nouveaux élus. Mais gardons-nous d'y voir exclusivement, comme l'a vu un esprit très original et très profond, le fait du temps et des circonstances fortuites; la volonté de l'homme y a aussi une part. « Il y a dans le monde, écrit Michel Cervantes, deux sortes de races; l'une tire son origine des rois et des princes, mais peu à peu le *temps et la mauvaise fortune* l'a fait déchoir, et elle finit en pointes, comme les pyramides; l'autre, partie de bas, a toujours été en montant, jusqu'à faire naître de très grands seigneurs, de manière que la différence qui existe entre elles, c'est que l'une a été ce qu'elle n'est plus, et que l'autre est ce qu'elle n'était pas. »

Il n'est point difficile de puiser à pleines mains dans l'histoire d'éclatants témoignages en faveur de cette assertion, qui devient ainsi toute expérimentale. Nous-même (*Hygiène des familles*, p. 269 et suiv.) avons mentionné d'assez nombreux exemples. Mais si jamais l'expérience en grand a été faite de ces mauvais mariages, c'est-à-dire de ceux contractés en dehors de toute vocation, de tout sentiment des convenances physiques et morales, c'est bien parmi les hautes classes du XVIIe siècle. Et cependant les historiens qui ont traité des causes du dépérissement des classes nobles en France ont passé sous silence précisément celle qui a eu le plus de portée, celle qui, littéralement, vicie le sang, atrophie la race, lorsque toutefois celle-ci peut éclore d'un monstrueux alliage. Et cependant rien n'était plus facile, car aucun siècle n'a fourni par ses nombreux mémoires, ses volumineux recueils de correspondance, un plus fidèle miroir de sa physionomie; dans aucun siècle ne furent plus étrangement méconnues les obligations du lien conjugal; dans aucun siècle le mot mariage n'a été plus synonyme du mot *établissement*. Le mariage était alors une sorte de curée de richesses et de position. Le frère du grand Condé, le prince de Conti, désire épouser une nièce du cardinal Mazarin. « Laquelle lui demande-t-on? — Celle que l'on voudra, répond-il; j'épouse le cardinal, et point du tout une femme. » (*Mémoires de Cosnac*, t. I, p. 131.) A propos de son mariage avec le duc d'Orléans, mademoiselle de Blois tient ce propos caractéristique : « Je ne me soucie pas qu'il m'aime, je me soucie qu'il m'épouse. » (*Souvenirs de madame de Caylus*, p. 270.) Le journal de Dangeau enregistre très régulièrement, à mesure qu'ils sont annoncés, tous les mariages qui se contractent dans les rangs de la haute société; jamais il ne fait grâce au lecteur du chiffre précis de la dot allouée à la mariée; mais c'est à peine s'il donne à entendre deux ou trois fois que l'*amour* a déterminé la conclusion. La violence et le rapt étaient souvent employés pour conclure rapidement des mariages avantageux. Aussi la destinée de la femme à cette époque fut-elle déplorable. « Comme, dit M. Walkenaër, un des critiques qui ont étudié le plus minutieusement le XVIIe siècle, tout était sacrifié à la perpétuité des familles et à leur élévation, les filles n'étaient considérées que comme des moyens d'alliance entre ceux que l'intérêt rapprochait. Le devoir le plus impérieux de ces jeunes innocentes était de se soumettre aux volontés de leurs parents pour le choix d'un époux, ou, si on ne les mariait pas, de se laisser mettre en religion, c'est-à-dire de se condamner à la réclusion du cloître. » (*Mémoires sur madame de Sévigné*, t. IV, p. 33.)

Les *Lettres de madame de Sévigné*, la correspondance de madame de Maintenon, attestent combien on attachait peu de garanties à l'âge des mariés. « M. de Chevreuse, écrit la seconde de ces dames, marie son petit-fils, le duc de Luynes, qui a quatorze ans et demi, avec mademoiselle de Neufchâtel, qui en a treize. » — « La petite de Rochefort, écrit avec la même indifférence madame de Sévigné, sera mariée au premier jour à son cousin de Nangis. Elle a douze ans. » — « On me racontait, écrit la duchesse d'Orléans, qu'à Metz une vieille dame s'était présentée un jour pour faire bénir son mariage, et que le mari était un adolescent qui avait l'air si jeune que le ministre demanda : *Présentez-vous cet enfant pour être baptisé?* »

On prenait à peine garde aux mariages des vieillards dans la haute société. Le duc de Richelieu se remaria pour la troisième fois à soixante et dix ans. Mademoiselle de Quintin épousa à l'âge de quinze ans le duc de Lauzun, qui en avait soixante-trois. « Quant à mademoiselle de Quintin, nous dit Saint-Simon, la distance des âges lui fit regarder le mariage comme la contrainte de deux ou trois ans au plus pour être après libre, riche et grande dame, sans quoi, à ce qu'elle m'a avoué bien longtemps depuis, elle n'y eût pas consenti. »

Faut-il dès lors s'étonner de l'amertume avec laquelle la Bruyère parle de l'intérieur de la maison des *grands*. « Mêmes brouilleries dans les familles et entre proches, mêmes envies, mêmes antipathies, partout des brus et des belles-mères, des maris et des femmes, des divorces, des ruptures et de mauvais raccommodements; partout des humeurs, des colères, des partialités, des rapports, et ce qu'on appelle de mauvais discours. » (Voyez, pour d'autres détails, un intéressant article de M. A. Roget dans la *Revue universelle de Genève*, 1859.)

Oui, sans doute, on peut le dire avec assurance, tous les monuments littéraires de l'époque en font foi, les classes aristocratiques du XVIIe siècle se firent un jeu du mariage, et tout en voulant fonder la durée de leurs familles sur la richesse et de formidables situations, travaillèrent en définitive à leur anéantissement. Ce n'est pas vainement, en effet, que l'on perd l'idéal même de cette grande institution, que l'on méprise ses convenances, que l'on foule

---

profit, celui de pouvoir constater ce succès de nos propres yeux.

En attendant, voyons l'induction et voyons les moyens.

L'induction, nous l'avons dit, est tirée de la possibilité de soutenir et d'activer les forces « physico-chimiques, instinctives et psychiques » de l'organisme par l'emploi de certains agents hygiéniques, médicamenteux et moraux, destinés non pas seulement à guérir, mais encore à prévenir les maladies. Et l'auteur invoque à ce propos le témoignage même de la médecine contemporaine. Quelle est la valeur de ce témoignage? Expérimentalement, il est assez difficile de savoir quand on a été assez heureux pour empêcher une maladie de se développer; il l'est beaucoup moins de savoir si on l'a guérie. M. de Lapasse ne croit pas aux maladies incurables. Il n'y croit pas *ab experto*, et pour montrer jusqu'où va sa confiance, nous prendrons l'exemple de la phthisie. En administrant *au premier degré du mal*, les baumes doux, les benzoates, les phosphates et les astringents modérés; *au second degré*, les baumes plus énergiques (comme ceux de la Mecque et du Canada), les amers, le lierre terrestre, la marrube, les succino-phosphates d'or et de fer, la belladone et la datura ; au *troisième degré* les mêmes moyens que précédemment, et de plus, des préparations plus actives de phosphore, les pilules de Morton, il a constaté le résultat suivant : sur 74 phthisiques, 34 ont guéri, 12 ont succombé, 28 ont abandonné le traitement ou n'ont plus donné de leurs nouvelles. En présence d'une telle statistique, un praticien expérimenté flotte entre deux sentiments : l'espoir d'échapper enfin à cette impuissance de l'art qui lui est si funeste en même temps qu'aux malades, et la crainte d'illusions qui auraient ici l'immense inconvénient de répandre une égale incertitude sur tous les faits pratiques dont s'étaye cette doctrine de la curabilité universelle. Assurément nous ne sommes pas les fauteurs de ce fatalisme désespérant qui réduit la pathologie à des curiosités d'histoire naturelle. Nous réservons aussi formellement que personne les droits de la science future. Nous demandons seulement si, aujourd'hui, dans l'état actuel des choses, l'art peut se dire sur le chemin d'un progrès qui permette de le rendre maître des maladies les plus redoutables, comme est la phthisie pulmonaire. Peu

aux pieds ses conditions harmoniques. L'esprit s'éteint, les forces diminuent et la race s'abâtardit. Fléchier, dans ses *Mémoires sur les grands jours*, tirait de fatales inductions pour l'avenir d'un pareil état de choses. On sait ce qu'il advint à la fin du siècle suivant, où les hautes classes, très affaiblies numériquement, n'étant ni assez intelligentes pour améliorer, ni assez fortes pour pouvoir résister, s'anéantirent dans le tiers état. Dans cet abus, ou plutôt dans cet amalgame du mariage, la consanguinité, habitude invétérée des classes aristocratiques, joue aussi son rôle et ne peut que joindre son action délétère à celle de causes encore plus déplorables. Aussi, existait-il des stigmates si visibles de décrépitude sur les rejetons de la noblesse, que les écrivains de la fin du XVIIIe siècle les signalait. Si l'on disait en Espagne que, lorsqu'on annonçait dans un salon un *grand* de cette nation, on devait s'attendre à voir entrer une espèce d'avorton, on disait en France qu'en voyant cette foule d'hommes qui composaient la haute noblesse de l'État, on croyait être dans une société de malades (Moheau, *Recherches sur la population de la France*, t. I, ch. IX), et le marquis de Mirabeau lui-même, dans son *Ami des hommes*, les traite de Pygmées, de plantes sèches et mal nourries. L'influence des causes hygiéniques, lorsqu'on saura bien les interpréter, jouera un rôle considérable dans ce qu'on nomme la philosophie de l'histoire, et cependant qui n'est jusqu'à ce jour qu'un leurre.

Nous arrivons au sujet essentiel de cette note, qui a pour but d'étudier dans une même famille l'influence comparée de la consanguinité et de la non-consanguinité sur les produits du mariage, quelques anomalies d'organisation, enfin la surdi-mutité.

I. — *Influence comparée de la consanguinité et de la non-consanguinité.*

On a dit, parmi le très petit nombre de médecins dissidents sur le point de nocuité des mariages entre consanguins, que l'influence de ces mariages est *bonne* ou *mauvaise*, suivant que les auteurs sont exempts ou affectés de maladies constitutionnelles; que la consanguinité même répétée est sans inconvénient et doit même produire de bons résultats, si les conjoints sont exempts de tout vice héréditaire, ou mieux encore doués des meilleures qualités physiques et morales; mais que, d'un autre côté, les alliances consanguines sont nécessairement nuisibles quand elles ont lieu entre sujets affectés de maladies transmissibles, dont l'intensité s'accroît alors, non par simple addition, mais par une sorte de progression arithmétique ou même géométrique, jusqu'à l'exagération la plus extrême, au moyen de la consanguinité répétée. Tel n'est point le langage des faits; ils démontrent que dans la consanguinité pure, isolée de toutes les circonstances d'hérédité, réside, *ipso facto*, un principe de viciation organique. L'histoire de la famille qui suit confirme pleinement cette dernière assertion.

M. et Mme M... d'un département du midi de la France avaient eu six enfants, deux garçons et quatre filles. Tous les six ont vécu jusqu'à un âge assez avancé et se sont mariés, trois ont épousé des cousines germaines, les trois autres des étrangers. Le tableau suivant met en regard les deux catégories avec le nombre d'enfants qu'a eu chacun, et le nombre de ces enfants qui sont morts.

1° *Mariages entre consanguins :*

	Nombre d'enfants.	Morts en bas âge.
Mademoiselle M... A. . . .	11	11
M. A.	8	6
Mademoiselle C.	5	3
	24	20

2° *Mariages étrangers :*

M. V.	6	2
Mademoiselle A.	7	0
Mademoiselle Z.	6	1
	19	3

Il est bon de remarquer que les trois membres de cette famille qui ont perdu le plus d'enfants n'étaient pas plus chétifs que les autres ainsi qu'il pourrait arriver si c'étaient les plus jeunes des six frères. Ils occupaient les places 1, 3 et 6 dans la famille. Les onze enfants de mademoiselle A. M. sont tous morts hydrocéphales en très bas âge, un seul a vécu jusqu'à quatorze ans.

Les six enfants que M. A. a perdus ont aussi succombé dans la première jeunesse; les deux qui restent sont l'un et l'autre d'une santé assez délicate.

Enfin, parmi les trois enfants perdus par mademoiselle C... un est mort après quinze jours; un second est resté infirme jusqu'à l'âge de trois ans où il a succombé; un troisième est mort à douze ans d'une méningo-encéphalite. (M. le docteur Lafaurie qui connaît comme nous cette famille, a bien voulu compléter nos renseignements.)

Nous devons encore à un confrère très instruit, et qui a le soin de tenir avec intelligence bonne note de tout ce qu'il observe, les observations suivantes qui se rapprochent de cette dernière par la grande mortalité des sujets, puis par la non-existence de vice héréditaire chez les conjoints.

En 1809, M..., négociant de notre ville, bien portant, épouse sa nièce, jeune fille forte et bien constituée.

Huit enfants sont issus de ce mariage, sept sont morts avant l'âge de quatre ans, d'après ce qui m'a été rapporté, de crises nerveuses, de convulsions, hydrocéphalite; il ne reste plus actuellement à la mère qu'une fille de trente-trois ans, d'une santé très délicate, à laquelle je donne des soins depuis nombre d'années pour tâcher de modérer, de soulager un psoriasis général, *psoriasis dif-*

de médecins le croiront. Nous ajouterons qu'une telle conquête, fût-elle réellement opérée, pourrait n'exercer d'influence sérieuse que sur la durée *moyenne* de la vie, sans allonger très sensiblement, et seulement par exception, la vie ordinaire.

Reste la théorie. Est-il présumable qu'on puisse, par de certains moyens, agir directement sur les forces, quelles qu'elles soient, qui président à la formation et à l'entretien de l'organisme, de manière à prolonger l'existence? C'est, comme nous le disions, la ferme espérance de M. de Lapasse.

On entre, par cette porte, en plein hermétisme, et l'auteur ne s'en défend pas. Bien plus, il cherche à établir entre sa doctrine et celle des alchimistes une connexité plus étroite encore qu'elle ne nous paraît être en réalité. « On croit, dit-il, assez généralement que les alchimistes travaillaient à faire de l'or; c'est ainsi qu'on entend aujourd'hui ces mots : *recherche du grand œuvre*, *pierre philosophale*. On pense qu'il s'agissait d'un secret pour transformer en or les métaux inférieurs. *C'est une erreur*. Il est vrai que les adeptes proclamaient hautement ce but afin d'obtenir l'appui des puissants de la terre, toujours avides d'or; il est vrai aussi qu'ils considéraient la transmutation des métaux comme une conséquence nécessaire de l'accomplissement du grand œuvre; mais *le véritable objet* de leurs travaux était la découverte d'une médecine universelle, d'un breuvage de vie : *Guérir par la science tous les maux, tel est le secret de l'alchimie*, a dit un adepte du *seizième siècle*. » Il est naturel que cette sentence se trouve chez un adepte du XVIe siècle. A cette date, en effet, il y avait plusieurs centaines d'années que l'alchimie se disait en état de délivrer des brevets de bonne santé et de longue vie. Mais nous ne croyons pas qu'aucun document manuscrit ou imprimé permette de faire remonter cette prétention au delà du XIIIe siècle. Conséquemment, le premier objet, le « véritable objet » des alchimistes était bien la transmutation des métaux et la conversion des métaux inférieurs en or ou en argent, suivant qu'on se servait de la grande pierre philosophale ou de la petite. Et cela se reliait à la théorie chimique de l'identité de composition (ce qu'on appellerait aujourd'hui l'*isomérisme*) des différents métaux. Plus tard, on attribua à la pierre philosophale la

fusa existant depuis la première enfance, et qui, à mon avis, est peut-être cause que mademoiselle M. X. n'a pas eu le sort de ses frères et sœurs.

M. P..., veuf à quarante-deux ans, ayant un enfant, épouse en 1839 sa nièce, orpheline sans fortune, dont il veut assurer la position dans le monde. M. P... meurt en 1848 n'ayant point eu d'enfants de ce second mariage. Sa veuve se remarie deux ans et demi après. J'ai été appelé à l'accoucher trois fois.

II. — *Anomalies d'organisation.*

Depuis deux ans, nous avons eu l'occasion de réunir aux faits antérieurement constatés par nous deux observations nouvelles d'anomalies d'organisation siégeant aux pieds ou aux mains. Chez un malade de la Clinique entré pour une fièvre intermittente, M. le docteur Boudet, actuellement médecin désigné de l'Hôtel-Dieu, notre chef de clinique, constate une déformation spéciale à chaque pied (*syndactilie* des orteils). A gauche, le gros orteil est soudé avec le second, puis le troisième et le quatrième sont réunis de la même manière, le cinquième est isolé. On retrouve dans les orteils toutes les phalanges, la réunion se fait seulement par les parties molles. A droite, réunion des orteils comme à gauche, seulement les phalanges ont en partie disparu. Cet homme, assez intelligent du reste, nous apprend que son père et sa mère sont enfants de deux frères. Il a une sœur qui ne présente aucune anomalie. Il est marié, et a une petite fille bien constituée.

Chez l'enfant d'un homme fort distingué dans les sciences chimiques, et qui, contrairement à l'avis d'un oncle très expérimenté, a épousé sa cousine germaine, nous avons constaté le *sexdigitisme* aux deux pieds.

A l'hospice de la Charité de Lyon (service de M. Bonnet), une fille enceinte des œuvres de son cousin au deuxième degré, accouche d'un enfant dont la tête est dépourvue de voûte crânienne et dont le cerveau est peu développé. Ce fait rentre dans la catégorie des monstruosités, et peut, jusqu'à un certain point, se rapprocher de celui que nous avons publié déjà.

Presque à la même époque naissait dans le précédent hospice un enfant atteint d'une remarquable difformité : l'absence de la main droite. On voit seulement sur le moignon de l'avant-bras cinq tubercules jouissant de mouvements. Ici, ce n'est point la consanguinité qui est en cause, mais bien une condition aussi défavorable à une saine et valide conception : la mère, âgée de vingt ans, avait eu cet enfant d'un homme parvenu presque à la caducité.

Mais voici la relation d'un fait bien plus surprenant : il s'agit d'une véritable endémie de *sexdigitisme*, d'une population entière qui, sous l'influence de la cause précitée, a été frappée de cette bizarre anomalie. Nous devons la connaissance de ce fait singulier à notre savant confrère, le docteur A. Potton, qui l'a observé sur les lieux mêmes.

Il existe dans le département de l'Isère, non loin de la côte Saint-André et de Rives, un tout petit village nommé Izeaux, isolé, perdu en quelque sorte autrefois, au milieu d'une plaine sinon complétement inculte, du moins très pauvre, dite la plaine de Bièvre. Les chemins, les communications dans ce pays peu fertile, étaient difficiles, sinon impraticables. Les habitants d'Izeaux, simples, presque abandonnés à eux-mêmes, n'entretenaient que des rapports éloignés avec les populations environnantes, sans se mélanger avec elles, ils se mariaient constamment entre eux et ainsi fréquemment en famille. A la fin du siècle dernier, de cette manière de faire, de ces alliances constantes entre parents était née et entretenue par elle une monstruosité singulière, qui, il y a trente-cinq à quarante ans, frappait encore presque toute la population. Dans cette commune, hommes et femmes étaient porteurs d'un sixième doigt, d'un doigt supplémentaire implanté aux pieds et aux mains. Lorsqu'en 1829 et en 1836, dit M. Potton, j'ai observé ce bizarre phénomène, déjà, chez quelques sujets, il n'existait qu'à un état plus ou moins rudimentaire ; chez plusieurs, ce n'était qu'un gros tubercule, au centre duquel cependant on rencontrait un corps dur, osseux ; l'apparence d'un ongle plus ou moins formé terminait cet appendice, fixé latéralement en dehors, à la base du pouce. La personne qui m'accompagnait, bien que étrangère à la médecine, me faisait observer qu'une heureuse transformation tendait à s'opérer, que de notables changements dans cette défectuosité organique s'étaient établis depuis que les habitudes de la population s'étaient modifiées par la force des choses, par le progrès, depuis que les voies de communications étant devenues meilleures, les relations à l'extérieur plus fréquentes, les alliances se contractaient dans des conditions plus favorables ; depuis, en un mot, que le croisement des races avait lieu. En 1847, j'ai eu occasion de voir un chef d'atelier originaire de cette localité, fixé et marié à Lyon. Il était porteur du vice de conformation signalé ; il était père de quatre enfants, qui n'avaient point le stigmate paternel. A l'heure qu'il est, d'après les renseignements circonstanciés pris auprès de médecins de la localité, cette anomalie pathologique a presque complétement disparu.

Ce fait a une très grande valeur au point de vue ethnographique, il démontre que la cause étudiée ici peut imprimer une sorte de caractéristique organique à toute une population, et combien nous avons eu raison d'attribuer à la consanguinité répétée la solution du problème concernant l'origine de ce que l'on désignait en France sous le nom de *races maudites*.

Le sexdigitisme est fréquent dans certaines villes où les mariages consanguins se répètent.

Un chirurgien dont votre Compagnie a gardé si justement un pieux souvenir, A. Bonnet, m'a dit avoir opéré fréquemment des enfants atteints de cette infirmité et qui étaient tous issus de mariages entre parents.

---

vertu de conserver la santé et de prolonger la vie ; plus tard encore celle d'élever l'esprit et de purifier l'âme. Mais, nous le répétons, ces deux croyances n'appartiennent qu'à une phase déjà avancée de l'alchimie ; et l'idée qui fut longtemps l'unique objet de ses méditations et de ses expériences, celle de la transmutation des métaux, fut aussi la seule que le progrès des sciences ne déracina pas entièrement. On sait qu'elle a rallié en France, dans ces dernières années, une sorte de secte sous les auspices d'un chimiste bien connu.

Quoi qu'il en soit, il paraît certain, comme le professe M. de Lapasse, que les substances médicamenteuses ingérées, outre leur action chimique, peuvent produire une modification en plus ou en moins, et sans doute aussi une permutation des forces qui régissent l'organisme, comme on voit, dans certaines applications industrielles, l'électricité naître de la chaleur ou la chaleur de l'électricité. Nous avons promis de ne pas contrarier l'auteur sur le genre de forces que peuvent atteindre les médicaments ; il nous suffit, pour la thèse actuelle, que cet effet doive suivre le contact du médicament avec le mixte organique. Nous irons même jusqu'à applaudir aux opinions soutenues et fort bien exprimées dans plusieurs passages, notamment dans le chapitre 3, sur l'avantage des associations de substances médicamenteuses. Là serait, à nos yeux, la partie la plus utile, la plus pratiquement vraie, de tout l'ouvrage. Les analogies de composition n'ont que peu d'importance en thérapeutique ; ce qu'on appelle la substance active d'une plante peut bien souvent ne représenter que très infidèlement les propriétés de la plante entière ; il se peut que des substances associées en plus ou moins grand nombre ne donnent plus seulement la réunion des propriétés qu'elles eussent présentées isolément, mais acquièrent du mélange même des vertus spéciales. Les exemples cités à l'appui de cette thèse prêtent parfois à contestation, notamment celui qui est emprunté à l'action de la quinine. On accordera difficilement que la quinine brute soit un meilleur fébrifuge que la quinine pure. Mais, nous le répétons, le fond de ces idées est très juste ; les tendances actuelles de la thérapeutique ont jeté un dédain immérité sur l'antique polypharmacie.

III. — *Surdi-mutité.*

La surdi-mutité congénitale est sans contredit une des manifestations les plus fréquentes de la consanguinité dans le mariage. Chaque jour l'observation grossit le contingent des faits imputables à cette cause, et démontre de plus en plus combien le médecin distingué de l'Institut des Sourds-Muets de Paris, M. Ménière, a eu raison de la signaler avec énergie. Depuis notre dernière publication nous avons eu l'occasion douloureuse de constater six fois cette coïncidence. Le fait suivant s'est passé récemment dans le cabinet d'un médecin de Lyon.

Une jeune femme, belle, bien constituée, lui présente un joli enfant de trois ans, sourd-muet de naissance, qui n'avait eu aucune affection du système nerveux susceptible de laisser après elle un désordre de cette nature. Un deuxième petit garçon âgé de quatre mois faisait redouter à la mère le même malheur, il était en effet complétement sourd.

On répond aux questions que le père était un homme bien constitué, que dans la famille il n'y avait jamais eu de sourd. Mais alors, dit on à la pauvre mère, vous avez épousé un de vos parents; on ne saurait trouver d'autre cause au malheur de vos enfants!... — Vous savez donc, répondit aussitôt la dame, que j'ai épousé mon oncle? — Les craintes sur l'infirmité du second enfant ne se sont que trop réalisées, comme le premier il est atteint de surdi-mutité, et il ira avant peu rejoindre son aîné à l'Institut des Sourds-Muets de Paris.

Autre histoire authentique et bien lamentable d'une famille où huit enfants furent frappés à divers degrés. Le premier enfant de deux époux cousins germains, mais remarquables par leur constitution des plus belles, naquit doué de tous les sens; à l'âge de dix-huit mois, il fut pris d'une fièvre très aiguë avec délire, mais sans convulsions. A la suite de cette maladie, les membres inférieurs s'atrophièrent, il devint cul-de-jatte. Mais ce ne fut pas tout : dès le début de la maladie, l'ouïe fut altérée et peu à peu totalement abolie. L'intelligence seule resta parfaitement intacte, et à l'époque de l'éducation du sujet comme sourd-muet, il donna des preuves d'une conception facile et d'une imagination des plus actives qu'il conserva telle jusqu'à la fin de sa carrière, à cinquante et un ans. Le second enfant naquit doué de tous ses sens, mais succomba à l'âge de cinq ans aux suites d'une péri-encéphalite. Le troisième vit encore, est très intelligent, d'une bonne santé, mais est complétement sourd; cette surdité est survenue progressivement. Le quatrième est né sourd-muet, mais sa capacité intellectuelle lui fait rendre de grands services à l'éducation de ses compagnons d'infortune. Le cinquième, bien constitué, très intelligent, est atteint d'un affaiblissement de l'ouïe. Le sixième, du sexe féminin, vint au monde privé de l'ouïe. L'intelligence ne laisse rien à désirer, mais le caractère est difficile et a rendu son éducation très pénible. Dès l'âge de trente ans, santé générale altérée, symptômes passagers d'hallucinations. Le septième, venu au monde bien portant, a eu cinq ou six nourrices; il est idiot, inoffensif dès son enfance. Le huitième enfin, doué d'une magnifique santé et de toutes les qualités de l'esprit et du cœur, quoiqu'à un degré moindre que son frère, le quatrième enfant, est né sourd; il est actuellement professeur dans un établissement de sourds-muets. (M. le docteur Forestier, médecin des eaux d'Aix (Savoie), nous a transmis la plupart de ces détails.)

Ainsi voilà une famille composée de huit membres, que le surdi-mutisme atteint presque tous, et ceux qu'il épargne sont frappés d'une altération du sens de l'ouïe; un enfant naît idiot comme pour attester une sorte de parenté pathologique entre une déplorable infirmité, et une lésion propre à l'organe de l'intelligence.

Un jeune médecin de Bordeaux, M. le docteur Chazarain, dans une thèse soutenue il y a quelques mois, devant la Faculté de médecine de Montpellier, nous fournit de nombreuses observations touchant l'influence de la consanguinité sur la surdi-mutité. Cette thèse intitulée : *Du mariage entre consanguins considéré comme cause de dégénérescence organique, et plus particulièrement de surdi-mutité congénitale*, est divisée en deux parties dont la première reproduit intégralement nos propres travaux. La seconde partie renferme des recherches originales et nouvelles sur l'étiologie du surdi-mutisme, qui tirent de l'importance de la position de l'auteur qui a pu, pendant plusieurs années, en qualité de membre du corps enseignant, observer la population si intéressante qu'abrite l'Institut des Sourds-Muets de Bordeaux, un des plus considérables de France.

Sur 39 garçons, sourds-mets de naissance, entrés à l'institution,

Étaient issus de consanguins. . .	6	
Parmi lesquels 1 avait.	2	frères sourds-muets.
1 avait.	3	*id.*
Total.	11	

Des 27 sourdes-muettes de naissance, 9 étaient issues de consanguins; sur ce nombre, 6 avaient entre elles 7 frères ou sœurs atteints de la même infirmité, soit un total de 16. On le voit tout de suite, le chiffre des individus appartenant à la catégorie des mariages consanguins augmente de moitié, si l'on tient compte des frères ou sœurs porteurs de la même maladie, tandis que parmi ceux dont le père et la mère ne sont pas issus d'une même origine, on en trouve à peine un sixième à ajouter. M. Chazarain donne des détails précis sur dix-neuf pensionnaires de l'établissement, et quoique sommaires, ses observations ne permettent pas de douter qu'aucune circonstance autre que la consanguinité n'a pu vicier ainsi les produits de ces mariages, car toutes celles qu'on invoque trop souvent comme capables de produire un pareil résultat, telles que la misère, le séjour dans un lieu bas et humide, l'hérédité, une certaine infériorité de l'âge du père, font ici presque entièrement défaut. Et puis, d'ailleurs, comment s'expliquer, sans l'intervention de la consanguinité, que dans une famille, comme nous

---

Aussi M. de Lapasse est-il polypharmaque. De ses propres connaissances et des vieux livres, il a tiré une série de formules compliquées répondant à diverses indications : certaines préparations sont corroborantes et toniques, d'autres sont névro-sthéniques, d'autres encore antispasmodiques. Vous trouverez dans le formulaire des préparations anti-épileptiques, anti-hystériques, anticatarrhales, etc. Vous trouverez même une formule d'*or potable, qui doit se rapprocher beaucoup*, dit l'auteur, *de la formule de Cagliostro*. De l'or, l'auteur en a mis à profusion dans sa médication *recorporative*, pour employer un mot qui ne va pas mal avec cette thérapeutique du vieux temps.

La question est seulement, la question est toujours de savoir ce que l'expérience répond ou répondra à de séduisantes espérances. Théoriquement nous le voulons bien, rien d'absurde dans l'induction; mais, en fait, la durée si fixe de la vie ordinaire depuis tant de siècles n'est guère encourageante; les observations cliniques dont l'auteur s'appuie sont un peu extraordinaires. Les choses en sont là quant à présent. Le terme habituel de l'existence est-il marqué par une loi? Est-il donné par l'incurie ou l'ignorance humaine? Aucun fait ne sépare formellement en faveur de la dernière opinion. Ce n'est pas le cas assurément d'appliquer la maxime : *Qui ne dit non consent*. Il faudrait que l'expérience répondît par un *oui* catégorique. Puisse-t-elle tenir un jour cet agréable langage! Puisse se réaliser cet avenir d'*or* promis par un savant aimable, qu'anime — tout le livre en fait foi — le plus pur amour de l'humanité!

A. Dechambre.

Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Sédillot, médecin des hospices de Dijon, vice-président du Conseil d'hygiène et de salubrité; M. Dénarié, médecin à Chambéry.

en avons vu, exempte de toute infirmité, de toute influence héréditaire, dont les membres sont entourés de soins intelligents, comment expliquer, disons-nous, la naissance dans un semblable milieu de trois, quatre, cinq sourds-muets?

Nous savons aujourd'hui que la France contient 29 512 individus privés de l'ouïe et de la parole. Or, d'après leurs répartitions dans les différentes localités, il résulte que le plus grand nombre se trouve dans les départements montueux, où les voies de communication sont rares. Le département de l'Ariége, par exemple, accuse le chiffre le plus élevé (161 par 100 000 habitants, d'après le docteur Boudin). Nous savons de bonne source que dans l'Ariége, les unions consanguines sont si fréquentes que les ecclésiastiques de ce pays se sont quelquefois adressés à la Faculté de médecine de Montpellier pour lui demander un blâme public et motivé de ces sortes d'union. La Faculté sans doute a dû décliner une telle mission, mais la nature seule de la demande témoigne d'une grave préoccupation. Remarquons que les pays où se voient le plus de sourds-muets, la Suisse, le Tyrol, etc., sont aussi ceux où l'on compte le plus de crétins, ceux où l'espèce humaine offre les caractères d'une détérioration profonde, d'une dégradation physique et morale. Là meurent un plus grand nombre d'enfants en bas âge; là aussi la jeunesse est moins riche en sujets valides, et l'on voit parmi les adultes le nombre de ceux qui sont propres au service militaire diminuer dans une proportion considérable. Il est impossible de ne pas établir un rapprochement entre ces faits; ils sont concordants, les mêmes causes générales tendent à les reproduire; il y a connexité entre toutes les expressions d'un même état, à savoir : l'altération de l'espèce, la diminution de vitalité des individus.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUESTIONS CLINIQUES RELATIVES A LA CATARACTE, par M. le docteur BLANC, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir le numéro 36.)

DEUXIÈME QUESTION. — La cataracte existant d'un seul côté, l'autre œil ayant perdu la faculté visuelle, quelle doit être la conduite du chirurgien?

Dans la pratique chirurgicale, on rencontre assez souvent des individus affectés de cataracte unilatérale, tandis que l'œil opposé a complétement perdu la faculté visuelle. On doit procéder à un examen attentif de chacun des organes oculaires. Si l'œil non cataracté est frappé d'amaurose rebelle, s'il offre un rétrécissement pupillaire, avec ou sans déformation, consécutif à une iritis intense; s'il est frappé d'atrophie, d'hydrophthalmie; s'il a subi la fonte purulente; s'il est atteint d'une lésion organique grave, etc., évidemment il est incapable de tout exercice fonctionnel.

Il est de la plus haute importance de s'assurer de l'état de la cataracte. Celle-ci est-elle simple, est-elle compliquée? Si elle est compliquée, reste-t-elle toujours l'affection principale, ou s'efface-t-elle devant l'état morbide qui la complique? Quoi qu'il en soit, on doit chercher à attaquer la complication par les moyens dont l'art dispose, toutes les fois que cette tentative sera applicable au cas échéant.

Lorsque la cataracte sera simple ou qu'elle sera dénuée de toute complication, à la suite d'un traitement efficace, je pense que l'opération doit être faite.

Après avoir ainsi exprimé mon opinion, je crois devoir appeler l'attention des praticiens sur les résultats généralement peu satisfaisants de ces opérations exécutées dans de telles circonstances. L'observation attentive de faits de ce genre empruntés à des chirurgiens habiles, et la relation de deux faits tirés de ma pratique particulière, m'autorisent à dire que ces cataractés, lorsqu'ils récupèrent la vue, ne jouissent point, *le plus souvent*, de cette faculté au degré qui caractérise la plénitude d'un succès. Ma proposition dépose en faveur de la solidarité des organes oculaires, et elle met en garde contre des espérances trop grandes qu'on serait tenté de concevoir sur les suites d'une opération faite dans des conditions semblables.

Parmi les faits que je pourrais citer, je mentionnerai une cataracte opérée par M. le professeur Bouisson sur un homme affecté d'amaurose à l'œil opposé.

Bonnet (Charles-Antoine), cultivateur, âgé de soixante ans, né à Rieux-Minervo (Aude), entre à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, au n° 9 de la salle Saint-Éloi, pour une cécité double. L'œil gauche offre une cataracte simple, l'œil droit une amaurose. Je reconnus une cataracte étoilée, une pupille peu contractile; la sensation phosphénique était nette. L'opération faite le 18 mai 1853 rendit la vue à cet homme. Je dirai qu'à sa sortie de l'hôpital l'opéré distinguait assez bien les objets, mais j'ai constaté des succès plus complets que celui-ci chez des malades du même chirurgien.

Dans les deux observations qui suivent, on peut constater la récupération de la vue, sans accidents consécutifs immédiats; toutefois la faculté visuelle n'a pas tardé à s'affaiblir.

OBS. I. — Le 10 septembre 1859, j'opérai de l'œil droit, atteint de cataracte simple, une dame âgée de soixante et onze ans, et chez laquelle l'œil gauche offrait une atrésie pupillaire considérable; la rétine correspondante répondait négativement à l'épreuve phosphénique. M. Buisson de Flayosc, docteur de la Faculté de Paris, m'assista dans cette opération, et il put constater, pendant les explorations auxquelles nous nous livrâmes avant d'en venir à l'opération, que l'œil gauche était complétement perdu. La recherche des phosphènes était précieuse dans cette circonstance, si bien que leur production dans l'œil droit m'autorisa à pratiquer l'abaissement du cristallin.

La vue fut recouvrée, mais elle s'affaiblit à partir du dixième jour. Elle n'a point repris depuis le degré de netteté qui existait dès que le déplacement du cristallin eut été exécuté.

OBS. II. — Le 11 septembre 1859, j'opérai de l'œil droit, atteint d'une cataracte simple, une dame âgée de soixante-quatre ans. A la suite de chagrins profonds, l'œil gauche, devenu amaurotique, paraissait avoir été pris d'iritis; aussi la pupille était oblongue et fort étroite, et elle n'avait subi aucun changement après l'application de l'extrait de belladone sur la face externe des paupières.

A droite, le cristallin était volumineux, la perception des phosphènes très distincte; je me crus donc autorisé à opérer.

Malgré mon désir de pratiquer l'abaissement en masse, je fus contraint de broyer la lentille en plusieurs fragments. L'opération, exécutée avec la main gauche, comme sur la malade précédente, fut très facile et de peu de durée. La vue fut recouvrée; pendant les premiers jours, elle parut s'exercer plus nettement que dans la suite.

On voit par ces faits combien l'œil altéré réagit sur l'autre, et quelle est l'utilité de l'épreuve phosphénique.

Les données précieuses sur les phosphènes, que nous devons à la sagacité de M. Serre (d'Alais), ont fait entreprendre des opérations sur l'appareil oculaire ou ont arrêté les chirurgiens en les éclairant sur les motifs de leur intervention ou de leur explication obligée.

A côté des faits précédents, je citerai l'opération faite à Vitaly, et que l'on trouve consignée dans le TRIBUT A LA CHIRURGIE, t. I, p. 431. Chez cet homme, âgé de soixante ans, amaurotique de l'œil droit, ayant une cataracte de cause traumatique de l'œil gauche, M. le professeur Bouisson tenta l'opération après s'être assuré que l'œil cataracté ne se compliquait point d'amaurose. La vue fut rétablie, mais elle ne se maintint pas toujours au même degré. Peut-être les accidents qui suivirent une saignée malheureuse, et qui se terminèrent par la mort, contribuèrent-ils à affaiblir la faculté visuelle?

Dans un livre qui se recommande assez par le nom des auteurs, le TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, par MM. Denonvilliers et Gosselin, on lit à la page 679 le conseil suivant : « Si l'œil qui n'est pas cataracté est depuis longtemps perdu par suite d'un accident ou de quelque ophthalmie, nul doute qu'il ne faille opérer. »

Nous sommes heureux de citer une opinion formelle aussi favo-

rable aux idées que nous avons émises sur cette question, mais nous regrettons de ne pas y trouver exprimées les suites ordinaires de ces opérations, nous fondant sur la longue expérience de ces auteurs et sur l'autorité de leurs observations.

Maintenant se présente naturellement la question de savoir comment agira le chirurgien, lorsque les deux yeux seront cataractés. Nous présenterons des faits de ce genre après avoir exprimé l'opinion de chirurgiens d'un grand mérite, et nous montrerons quelles raisons nous ont amené à agir diversement dans ces circonstances.

Troisième question. — La cataracte existant des deux côtés, le chirurgien doit-il, le même jour, opérer les deux yeux ou l'un d'eux seulement?

Scarpa déclare formellement qu'il vaut mieux opérer les deux cataractes le même jour.

Sichel a adopté dans sa pratique comme règle générale d'opérer les deux yeux à la fois, lorsque l'un et l'autre sont affectés de cataracte.

M. Velpeau nous dit lui-même : « Comme l'opération double offre de nombreuses chances favorables pour l'un des deux yeux au moins, si ce n'est pour tous les deux, je préfère pratiquer l'opération sur les deux yeux l'un après l'autre, le même jour; c'est ce que vous me voyez constamment ou presque constamment faire dans cet hôpital. » (*Leçons orales*, 1840.)

Rognetta, après avoir rappelé la conduite de Dupuytren, qui n'opérait que d'un seul côté dans le cas de cataracte double, ajoute ces paroles : « Cette pratique me paraît prudente; outre que les chances de réaction sont moindres, si la première opération ne réussit pas, le malade peut espérer de voir dans la seconde. » (*Traité philosophique et clinique d'ophthalmologie*.)

MM. Denonvilliers et Gosselin professent la même opinion que Boyer. Suivant ces auteurs, telle est la solution de cette question : « Lorsque les deux yeux sont cataractés, faut-il les opérer le même jour? Presque tous les chirurgiens répondent par l'affirmative et sont à cet égard de l'avis de Boyer pour deux raisons : la première, c'est que l'expérience a fait voir que, dans beaucoup de cas, l'inflammation consécutive est moins intense sur l'un des yeux que sur l'autre, et que si tous deux ne guérissent pas, l'un des deux du moins recouvre ses fonctions; la seconde, c'est que les suites de l'opération étant quelquefois longues, douloureuses et fatigantes pour l'économie, il vaut mieux ne pas y exposer deux fois les malades qui, à cause de leur âge avancé, ont toujours besoin d'être ménagés. » (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par Denonvilliers et Gosselin; Paris, 1855, p. 678.)

Mon expérience personnelle, nous dit Mackenzie (*Traité pratique des maladies de l'œil*, par W. Mackenzie, 4e édition, 1857; Paris, t. II, p. 397), me porte à répondre à cette question de la manière suivante : Si l'on a recours à l'opération par division, il faut opérer des deux côtés à la fois; mais s'il s'agit de l'extraction, il vaut mieux n'opérer qu'un seul œil et attendre le résultat avant de toucher à l'autre. L'extraction pratiquée des deux côtés à la fois expose davantage à l'inflammation.

J'approuve complétement la conduite de Mackenzie lorsqu'il s'agit de l'extraction, mais je suis loin d'établir comme une règle générale l'opération simultanée par abaissement toutes les fois que la cataracte existera des deux côtés. C'est au chirurgien qu'il appartient de décider cette question dans chaque cas particulier. On peut pratiquer l'abaissement des deux cataractes dans la même séance, lorsque celles-ci paraissent dans de bonnes conditions et qu'on prévoit une issue heureuse de cette double opération. D'autres fois, on tient la même conduite lorsque les yeux ne paraissent pas répondre au même degré à l'épreuve des phosphènes ou que les cornées ne possèdent pas une égale transparence. Il est des circonstances où l'on conçoit des craintes pour la récupération de la vue d'un côté; on opère l'autre œil afin de fournir plus de chances à son malade. Dans certains cas, enfin, le chirurgien, reconnaissant que la vue sera faible ou nulle du côté qui vient de subir l'opération, se décide, séance tenante, à opérer l'œil opposé. Outre les considérations qui se rattachent à l'organe malade et qui guident l'homme de l'art avant qu'il n'agisse, il en est d'autres qui résultent de l'opération sur un œil et qui font incliner le praticien vers l'exécution immédiate ou vers la temporisation. Il serait donc bien difficile d'arrêter d'avance, dans tous les cas, la conduite que l'on tiendra lorsque les deux organes seront affectés de cataracte.

Chez un vieillard que j'opérai de deux cataractes, le 6 septembre 1859, en présence du docteur Buisson (de Flayosc), je me décidai à faire l'abaissement du cristallin de l'œil droit après avoir abaissé celui de l'œil opposé. La rapidité de la réclinaison, l'absence de douleurs, la netteté du champ pupillaire, le recouvrement instantané de la vue du côté gauche, m'engagèrent à exécuter sur l'œil droit les mêmes manœuvres, d'autant mieux que je me servis de la main gauche pour tenir l'aiguille à cataracte, ce qui me permit d'agir plus promptement.

Le 3 octobre 1859, j'opérai des deux yeux madame J..., de Bargemond (Var), affectée d'une cataracte double depuis quelques années. L'absence de complications, l'aspect franc de l'opacité, me déterminèrent à cette double opération que je fis avec l'une et l'autre main. Je revins quelques jours après chez la malade, accompagné de M. Marié, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et j'eus lieu d'être satisfait de cet abaissement pratiqué sur les deux yeux.

Le 24 septembre 1859, je fus appelé à Bagnols (Var) auprès de M. Marin, propriétaire, affecté de deux cataractes. Il offrait à l'œil droit quelques taies de la cornée qu'il rapportait à l'application d'un caustique faite sur cette partie, un an auparavant, par un ignorant qui passait dans ce pays, et qui avait fait la même application à madame Marin, également affectée d'une double cataracte. Par malheur, chez celle-ci l'inflammation se termina par la fonte purulente des deux yeux. En considération des taies qui existaient sur la cornée de l'œil droit, et qui pourraient nuire à la netteté de la perception des objets, je crus devoir proposer l'opération sur les deux yeux. Je dois ajouter que les phosphènes étaient plus prononcés à droite qu'à gauche, au rapport du malade. Je pratiquai immédiatement l'abaissement des deux cataractes; la vue fut récupérée aussitôt, mais à un degré plus faible que chez des sujets exempts de toute complication.

Il serait superflu d'invoquer d'autres faits qui prouveraient, comme les précédents, que le chirurgien doit puiser ses inspirations dans les conditions individuelles de ses malades, sans parler que la première opération peut entraîner ses dispositions à l'égard de la deuxième. Ainsi, le 22 septembre 1859, chez une femme affectée de deux cataractes franches, je n'abaissai le cristallin que d'un côté. Madame B..., de Draguignan (Var), déjà fort âgée, avait perdu la vue depuis sept ans. Elle habitait une campagne éloignée et ne vivait que du travail de son mari. Désireux de lui rendre la vue et d'éviter autant que possible l'inflammation qui peut survenir dans ces cas, je ne voulus agir que sur un œil, me réservant d'agir sur l'autre à une autre époque si la malade le désirait. La vue fut récupérée de l'œil gauche; il ne survint aucune inflammation, et je n'eus aucun regret d'avoir observé cette prudence.

On voit donc que je n'ai pas précisé quelle sera la conduite du chirurgien dans les cataractes bilatérales aussi nettement que j'ai essayé de le faire lorsque la cataracte n'affecte qu'un seul œil.

Pour moi, l'opération double faite dans la même séance ou à des époques plus ou moins éloignées, doit être subordonnée à des circonstances multiples qu'il serait long d'énumérer.

Dans la cataracte unilatérale, je conseille toujours l'opération.

Si l'autre œil est perdu, on offre au malade la seule chance possible de recouvrer la vue, bien que le plus souvent cette vue laisse à désirer.

Si l'autre œil est sain, on soustrait ainsi en partie ce dernier à la fatigue qu'il supportait seul, et l'on voit son pouvoir fonctionnel revenir graduellement à mesure qu'on soumet les deux organes à l'exercice qu'ils peuvent remplir.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. SÉNARMONT.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Note sur le développement des premiers rudiments de l'embryon. Plis primitifs. Ligne secondaire*, par M. *Serres*. — Jusqu'à la moitié du premier jour de l'incubation, dit l'auteur, aucune partie de l'embryon ne commence à se former; ce n'est que vers la quinzième heure qu'on en aperçoit les premiers rudiments, et ces premiers rudiments sont, en premier lieu, les deux plis primitifs conformément à la loi de symétrie, et, en second lieu, la ligne secondaire qui vient s'interposer entre eux conformément aussi à la loi d'homœozygie.

Voici dans quel ordre M. Serres a vu se succéder ces phénomènes chez le poulet :

1° Les deux plis primitifs qui se manifestent sur la surface du disque prolifère sont les premiers rudiments de l'embryon naissant, ce qui justifie pleinement le nom de *plis primitifs* que leur a donné M. Pander;

2° La bandelette axile qui les sépare est le résultat du soulèvement de la membrane du disque prolifère dans les points où ces plis se manifestent;

3° Cette bandelette axile est lisse, plane, transparente et sans nulle trace de ligne le long de son axe;

4° Par suite des développements, les bourrelets que forment les deux lignes primitives se rapprochent l'un de l'autre en attirant à eux la bandelette axile;

5° Par ce rapprochement, les bourrelets des plis primitifs étant amenés au contact, il se manifeste entre eux une ombre linéaire, une rainure, une ligne enfin qui n'est que de seconde formation, et, qu'en raison de cette formation même, nous nommons *ligne secondaire*.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Principes généraux relatifs aux eaux publiques : solution du problème relatif à leur température et à leur limpidité*, extrait d'une note de M. *G. Grimaud* (de Caux). — L'auteur déclare qu'il est contraire aux principes de l'hygiène de couvrir les réservoirs (puits, citernes, bassins). L'avidité de l'eau pour l'oxygène a bientôt appauvri le peu d'air contenu entre la nappe d'eau et le plafond qui la couvre; il se forme alors une atmosphère qu'il appelle *putéale*. Cette atmosphère donne lieu au développement de l'*od.ur* spéciale de *renfermé* qui se manifeste dans les lieux clos, et où l'air n'est pas suffisamment renouvelé.

Relativement au procédé de clarification de l'eau, M. Grimaud donne la préférence aux filtres hermétiques à pression, composés de sable fin et de gravier. Mais, pour que cette opération soit efficace, il veut qu'elle s'opère, non sur une masse d'eau considérable, mais seulement sur la quantité destinée à chaque maison isolément.

Quant à la température, la citerne vénitienne réalise les meilleures conditions : creusée à 3 mètres au-dessous du sol, elle donne, en toutes saisons, une eau toujours fraîche (8 à 9 degrés Réaumur). Or, à Paris il n'y a guère de caves dont la température soit plus élevée. Est-il donc bien difficile de concevoir une disposition d'appareil très simple, applicable à toutes les maisons, au moyen de laquelle l'eau du filtre hermétique ira s'équilibrer avec cette température, avant de venir s'écouler par un orifice branché dans un endroit quelconque de la cour ou de l'allée de la maison? (*Comm. :* MM. Chevreul, Morin, Rayer, Combes.)

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles expériences relatives aux générations dites* spontanées, par M. *L. Pasteur*. — Est-il vrai, comme on l'admet depuis Gay-Lussac, qu'il y a continuité de la cause des générations dites spontanées dans l'atmosphère terrestre? Est-il bien sûr que la plus petite quantité d'air ordinaire suffise à développer dans une infusion quelconque des productions organisées? Quel est enfin le degré de confiance qu'inspirent les résultats dus à Gay-Lussac, ou mieux l'interprétation qu'il leur a donnée, et qui a été non-seulement acceptée, mais exagérée.

Les expériences suivantes répondent à toutes ces questions.

Dans une série de ballons de 250 centimètres cubes, j'introduis la même liqueur putrescible (eau albumineuse, urine, etc.), de manière qu'elle occupe le tiers environ du volume total. J'effile les cols à la lampe, puis je fais bouillir la liqueur, et je ferme l'extrémité effilée pendant l'ébullition. Le vide se trouve fait dans les ballons. Alors je brise leurs pointes dans un lieu déterminé. L'air ordinaire s'y précipite avec violence, entraînant avec lui toutes les poussières qu'il tient en suspension et tous les principes connus ou inconnus qui lui sont associés. Je referme alors immédiatement les ballons par un trait de flamme, et je les transporte dans une étuve à 25 ou 30 degrés, c'est-à-dire dans les meilleures conditions de température pour le développement des animalcules et des mucors.

Voici les résultats de ces expériences, qui sont en désaccord avec les principes généralement admis, et parfaitement conformes, au contraire, avec l'idée d'une dissémination des germes.

Le plus souvent, en très peu de jours, la liqueur s'altère, et l'on voit naître dans les ballons, bien qu'ils soient placés dans des conditions identiques, les êtres les plus variés, beaucoup plus variés même, surtout en ce qui regarde les Mucédinées et les Torulacées, que si les liqueurs avaient été librement exposées à l'air ordinaire. Mais, d'autre part, il arrive fréquemment, plusieurs fois dans chaque série d'essais, que la liqueur reste absolument intacte, quelle que soit la durée de son exposition à l'étuve, comme si elle avait reçu de l'air calciné.

En résumé, nous voyons que l'air ordinaire ne renferme que çà et là, sans aucune continuité, la condition de l'existence première des générations dites spontanées. Ici il y a des germes, à côté il n'y en a pas. Plus loin il y en a de différents. Il y en a peu ou beaucoup, selon les localités. La pluie en diminue le nombre. Pendant l'été, après une succession de beaux jours, il y en a considérablement. Et là où il y a un grand calme prolongé de l'atmosphère, les germes sont tout à fait absents et la putréfaction n'existe pas, du moins pour les liquides sur lesquels j'ai opéré.

Mais comment se fait-il que, dans l'expérience des grains de raisin de Gay-Lussac, la levûre de bière prenne naissance à la suite de l'introduction d'une très petite portion d'air; et que si l'on répète cette même expérience sur des infusions diverses, on voie celles-ci s'altérer sous l'influence de quantités d'air minimes, bien plus, par l'introduction d'air calciné ou d'air artificiel. C'est tout simplement que le mercure est à profusion rempli de germes (ainsi que l'auteur s'en est assuré par des expériences nombreuses, conformément à la méthode précédemment exposée). (*Comm. :* MM. Chevreul, Milne Edwards, Decaisne, Regnault, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *De l'antagonisme qui existe entre la strychnine et le curare, ou de la neutralisation des effets tétaniques de la strychnine par le curare*, par M. *L. Vella* (de Turin). — Afin d'éclairer cette question, l'auteur a fait depuis quelques années un grand nombre d'expériences (97), qui peuvent se grouper en deux catégories : la première, dans laquelle les animaux empoisonnés par l'ingestion de strychnine dans l'estomac recevaient dans le sang des doses successives de curare dès que les symptômes tétaniques se manifestaient, de façon à neutraliser complétement l'action toxique du premier poison, et, par conséquent, jusqu'à parfait rétablissement; la seconde, dans laquelle il injectait dans le sang des animaux un mélange de strychnine et de curare qui restait complétement sans action, tandis qu'un autre animal, placé dans les mêmes conditions, mourait avec la même dose de strychnine sans mélange.

Enfin, comme contrôle de toutes ces observations, il a laissé en repos pendant quelques jours les animaux qui avaient résisté à l'action de la strychnine neutralisée par le curare, et en les plaçant ensuite autant que possible dans les mêmes conditions physiologiques initiales, il leur a administré sans mélange de curare la dose de strychnine employée dans la première expérience, et toujours ces animaux ont rapidement succombé.

M. Vella recommande de faire les injections successives du curare très lentement; car si l'on voulait arrêter dans l'acte même de l'injection l'accès tétanique, l'animal pourrait succomber à l'action du curare. Quand les convulsions diminuent d'intensité, il faut arrêter l'injection du curare pour recommencer aussitôt qu'elles reparaissent.

D'après ses nombreuses expériences, l'auteur se croit autorisé à conclure que le curare peut détruire complétement les effets d'une dose de strychnine qui est mortelle lorsqu'on l'injecte seule, soit dans l'estomac, soit dans les veines. Il y a conséquemment antagonisme entre ces deux poisons, et ce qui le démontre d'une manière très nette, c'est qu'en mélangeant le curare à la strychnine, loin d'augmenter les effets toxiques de cette substance, on les fait disparaître. Donc le curare est le véritable antidote physiologique de la strychnine. (*Comm. :* MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

Chimie appliquée. — *Principe colorant des suppurations bleues*, extrait d'une note de M. *Fordos* en réponse à une réclamation de priorité adressée par M. *Delore*. — M. Fordos déclare que son travail sur la matière colorante des suppurations bleues a été communiqué à la Société d'émulation pour les sciences pharmaceutiques le 1er février 1859, par conséquent neuf mois avant la communication faite par M. Delore, au mois de novembre de la même année, à la Société de médecine de Lyon.

En second lieu, il s'attache à démontrer que cette matière colorante, qu'il a nommée *pyocyanine*, diffère essentiellement de la matière verte, incristallisable, obtenue par M. Delore. (*Comm. :* MM. Chevreul, Dumas, Balard.)

Physiologie. — MM. *Philipeaux* et *Vulpian* en présentant au concours pour le prix de physiologie expérimentale leur mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur la génération des nerfs séparés des centres nerveux*, y joignent la note suivante, qui en est à la fois l'analyse et le complément.

Lorsqu'un nerf a été divisé transversalement, on sait que la partie périphérique de ce nerf perd sa propriété et subit une altération anatomique profonde. Tous les physiologistes admettaient que l'altération anatomique du nerf et l'abolition de sa propriété sont permanentes tant qu'une réunion ne s'établit pas entre les bouts séparés. Or, nous démontrons expérimentalement que cette opinion doit être complétement modifiée, car nous faisons voir que la partie périphérique d'un nerf, séparée de la partie centrale du même nerf, par section ou par excision, peut, après s'être altérée complétement, recouvrer plus ou moins entièrement sa propriété physiologique et sa structure normale, sans qu'il se fasse une réunion préalable entre les deux bouts. D'où il résulte :

1° Que le maintien de la structure normale des nerfs n'est pas lié aussi nécessairement qu'on le pensait aux connexions intimes de ces nerfs avec le centre nerveux;

2° Que la motricité, et par induction l'excitabilité sensitive, ne sont pas, comme certains auteurs l'ont cru, des forces d'emprunt puisées par les nerfs dans le système nerveux central, mais que ce sont bien des propriétés de tissu liées à l'intégrité de la nutrition et de la structure des tubes nerveux.

Notre travail contient, en outre, des faits expérimentaux relatifs aux résultats de réunions de nerfs d'origine et de structure différentes, et d'autres à la sensibilité récurrente. Après la section d'un nerf moteur, nous avons toujours trouvé au milieu de tubes nerveux altérés quelques tubes sains; et nous pensons avec M. Schiff que ces tubes sains sont des tubes nerveux sensitifs émanés d'un nerf de sensibilité s'accolant au nerf moteur en un point plus ou moins rapproché de sa périphérie, et remontant le long du nerf moteur vers le centre. Ce sont ces tubes nerveux sensitifs qui donneraient aux nerfs moteurs leur sensibilité récurrente.

Médecine. — M. *Champouillon* présente des considérations sur la rubéfaction produite par le contact des nids ou bourses soyeuses du *Bombyx processionnaire*. Il recherche quel est l'agent immédiat de l'érythème produit non-seulement par le contact, mais même par le voisinage de ces bourses quand elles sont agitées, et répandent dans l'air la matière pulvérulente dont elles sont farcies; il examine les moyens qu'on a conseillés pour calmer cet érythème de la peau, parfois très douloureux et accompagné de fièvre; il ne croit donc pas qu'un agent sujet à produire d'assez graves accidents puisse, comme l'avait pensé Réaumur, remplacer les vésicatoires ordinaires, ni, comme on l'a proposé récemment, être employé pour rappeler une rougeole et une scarlatine disparue par délitescence. (*Comm. :* MM. Andral, Moquin-Tandon.)

Académie de Médecine.

Séance du 11 septembre 1860. — Présidence de M. Robinet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. *Depaul* donne lecture d'une lettre de M. *Foucher*, exposant d'une manière sommaire les résultats obtenus par l'emploi de *l'acupressure*, dans les trois cas où il a eu recours à ce procédé d'hémostase.

« L'acupressure, dit M. Foucher, constitue un moyen hémostatique efficace, dont le chirurgien tirera grand profit dans certaines circonstances, comme dans les cas d'artères ossifiées ou à parois indurées et friables. Il ne m'a pas semblé que ce moyen mît, plus que la ligature, à l'abri des accidents inflammatoires et de la suppuration, pas plus qu'il n'est de nature à les provoquer, si on a le soin de retirer les aiguilles de bonne heure (24, 36, 48 heures, au plus, suffisent pour assurer l'hémostase). Mais, comme son application offre quelquefois d'assez grandes difficultés, et que les avantages ne sont pas évidents, il n'y a pas de raison pour abandonner un moyen généralement adopté. »

M. *Velpeau* déclare qu'il n'a pas prétendu condamner l'acupressure, dans les quelques paroles qu'il a prononcées dans la dernière séance. Il lui semble seulement que les tentatives faites jusqu'à présent ne sont pas de nature à exciter l'enthousiasme. Ce nouveau procédé peut être fort utile dans certains cas déterminés; mais les indications de son emploi sont encore mal connues; de nouvelles expériences sont nécessaires pour les poser nettement.

M. *Depaul* dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur *Viennois*, intitulée : *De la transmission de la syphilis par la vaccination*. (*Commission de vaccine.*)

M. *Larrey* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Cazalas*, un volume intitulé : *Maladies de l'armée d'Orient*.

M. *Desportes* dépose sur le bureau de nouveaux documents relatifs au service des médecins cantonaux.

M. *Chatin* fait hommage à l'Académie, de la part des auteurs : 1° d'un volume intitulé : *Hygiène philosophique de l'âme*, par M. le docteur *Foissac*; — 2° d'une brochure de M. *Lepage* (de Gisors), sur les *Propriétés qui permettent de distinguer entre eux les divers sirops médicamenteux*; — 3° de diverses brochures de M. le docteur *Vingtrinier*, relatives *au goître et au crétinisme*; — 4° d'un mémoire manuscrit intitulé : *De l'influence médicatrice du séjour à Nice*, par M. le docteur *Macario*. (*Commissaires :* MM. Bussy, Guérard, Chatin.)

M. le président annonce que M. le docteur *Huebbenet*, professeur de chirurgie à Saint-Pétersbourg, assiste à la séance.

Lectures et rapports.

Thérapeutique. — M. le docteur *Ménière*, chirurgien de l'institution des Sourds-Muets, lit un mémoire ayant pour titre *De l'expérimentation en matière de surdi-mutité*.

L'auteur expose d'abord les préjugés des gens du monde relativement aux sourds-muets, et quelles sont les erreurs de diagnostic, inévitables de la part des médecins qui n'ont pas fait une étude spéciale de la surdi-mutité, erreurs sur lesquelles on a fondé les prétendus succès d'agents thérapeutiques divers.

Il aborde ensuite les deux méthodes de traitement qui ont eu naguère le plus de retentissement, et après avoir, en quelques mots, montré les insuccès de l'électricité, il s'exprime en ces termes à propos de l'éther sulfurique :

« Le bruit qu'ont fait ces expériences chez nous et dans le monde, a excité l'attention de l'autorité administrative. Nous avons été invité à reproduire ces expériences dans l'institution des Sourds-Muets.

» Nous avons choisi dix élèves, ayant de quatorze à quinze ans, intruits, intelligents et doués d'un bon jugement; chez tous, les oreilles étaient absolument exemptes de lésion matérielle appréciable. Chez deux seulement la surdi-mutité était congénitale et, de plus, *incomplète* (car tous deux entendent un peu de l'oreille gauche). Nous notons ce fait qui est beaucoup plus commun qu'on ne le suppose, et qui explique les erreurs où tombent si facilement les personnes inexpérimentées qui s'occupent par hasard du traitement de la surdi-mutité.

» Les expériences ont été commencées le 26 avril 1860. L'éther a été employé à la dose de cinq à huit gouttes. Généralement l'impression causée par le contact de l'éther sur la membrane du tympan nous a paru très vive ; souvent même le sujet nous la dépeignait comme fort douloureuse : c'était une sensation de chaleur et de battement artériel, qui persistait quelquefois pendant une ou deux heures et même davantage..... Chez aucun de nos élèves, il ne s'est manifesté d'accident de nature franchement inflammatoire. Nous n'avons pas trouvé de rapprochement entre la douleur occasionnée par l'éther et le degré de sensation auditive appartenant à l'une où à l'autre oreille.

» Ces tentatives ont duré plus de deux mois : au début, et chez la plupart des sujets en expérience « il s'est manifesté une certaine aptitude à percevoir quelques impressions sonores; » mais cette amélioration, plus apparente que réelle, n'a pas persisté, et, en somme, il résulte des déclarations des élèves eux-mêmes (déclarations écrites, dont M. Ménière donne lecture), que deux seulement (MM. *Format* et *Duvivier*) ont exprimé, sous forme dubitative, l'opinion qu'ils entendaient un peu mieux. Tous les autres n'ont éprouvé aucun soulagement durable. »

M. Ménière termine la lecture de son mémoire en proposant que dorénavant l'Académie n'accorde aucune attention aux travaux ayant pour objet « la guérison de la surdi-mutité. » (*Commissaires :* MM. Cruveilhier, Malgaigne, Ferrus.)

HYGIÈNE. — M. *Prosper de Pietra-Santa*, chargé d'une mission médicale en Algérie, donne lecture de l'extrait du rapport qu'il a présenté à M. le ministre de l'Algérie et des colonies *sur le climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine.*

L'auteur étudie dans autant de chapitres distincts : 1° la climatologie générale d'Alger ; 2° les conditions générales de la phthisie à Alger; 3° l'influence du climat.

Dans le premier chapitre consacré à la climatologie générale, M. de Pietra-Santa traite successivement de la géographie, de la topographie, de la géologie, de la nature du sol algérien et de ses productions. L'étude qu'il fait de ces divers éléments démontre « que le climat d'Alger tient un juste milieu entre le climat tempéré et le climat tropical. Cette proposition, dit-il, trouve sa démonstration dans les faits suivants : 1° pureté très grande de l'atmosphère, ciel bleu et sans nuages; 2° brièveté du crépuscule; 3° grandes vicissitudes de température, bien que les variations saisonnières soient peu marquées et que la moyenne annuelle s'élève à 18 degrés environ; 4° état hygrométrique modéré de l'air ambiant; 5° oscillations limitées de la colonne barométrique dans ses mouvements diurnes et annuels; 6° certaine périodicité des vents et de la pluie, vents et pluie qui se produisent dans des conditions spéciales et parfaitement déterminées.

» Nous sommes donc autorisé, ajoute l'auteur, à proclamer hautement les conditions favorables du climat d'Alger pour les valétudinaires, et à constater qu'il réunit des avantages que l'on chercherait en vain dans plusieurs autres stations de la Méditerranée, et que l'on va demander bien loin au climat de Madère. »

Après avoir établi sur les documents les plus authentiques et les plus variés les conditions toutes favorables du climat d'Alger, M. de Pietra-Santa, abordant plus spécialement l'étude des conditions générales de la phthisie à Alger, entre dans de longs développements touchant la population, la physionomie et les traits distinctifs des habitants.

La population d'Alger, au 31 décembre 1859, était de 65,001 âmes, dont 46,152 Européens ou immigrants, et 18,849 indigènes. Il résulte du dépouillement des statistiques officielles que depuis 1830 cette population a très sensiblement augmenté par trois causes principales : 1° par l'immigration (les arrivées étant toujours supérieures aux départs); 2° par la diminution de la mortalité; 3° par l'augmentation des naissances.

« La mortalité la plus grande a lieu dans l'enfance, précisément à l'époque de la dentition, de trois mois à deux ans; cette mortalité est plus forte pendant la saison chaude. » L'auteur en attribue la cause à l'ignorance ou à l'oubli des règles de l'hygiène spéciale du premier âge.

M. de Pietra-Santa traite sommairement les différentes questions qui se rattachent à l'acclimatement. Envisageant d'une manière particulière l'influence du climat sur les organes respiratoires, il insiste spécialement sur le développement de la phthisie à Alger. « Dans les 3,397 affections thoraciques observées à Alger, pendant les huit dernières années, la phthisie figure pour 1,339 cas; c'est une proportion de 28 pour 100 de la population; 7,01 pour 100 des décès, ou 1 sur 14,15. »

Des statistiques nombreuses, portant sur les nationalités, sur les âges et sur les sexes, il résulte que : « 1° la phthisie pulmonaire existe à Alger, dans la population européenne ou immigrante, comme chez les indigènes; 2° cette affection y est plus rare que dans d'autres stations des côtes de la Méditerranée et de beaucoup plus rare qu'à Paris. »

M. de Pietra-Santa a eu l'occasion de se convaincre par l'étude attentive des faits, que cette rareté relative de la phthisie pulmonaire ne tient point, comme l'a avancé M. Boudin, à la fréquence des fièvres intermittentes et à l'antagonisme de ces deux affections. « Il n'est pas nécessaire, dit-il, d'invoquer la loi d'antagonisme, lorsqu'on peut expliquer ce fait par des conditions climatériques spéciales. »

Dans le dernier chapitre de ce mémoire, l'auteur étudie la marche de la phthisie à Alger, dans la population indigène et chez les Européens.

Parmi les causes occasionnelles les plus capables de favoriser l'évolution de cette maladie, M. de Pietra-Santa note principalement : 1° le mépris des lois de l'hygiène; 2° l'influence déplorable de notre conquête sur les mœurs indigènes. « Les Algériens, dit-il, n'ont emprunté jusqu'ici à notre civilisation que ses éléments de libertinage et de démoralisation; et les préceptes intelligents de la Bible, comme les lois du Koran, si sages, si adaptées à la localité, à leur constitution physique et morale, sont devenus pour eux lettres mortes. »

L'auteur signale encore parmi les causes de la phthisie à Alger, l'habitation de maisons basses et humides, souvent malpropres et mal aérées, l'abus des bains maures, l'usage des aliments salés, l'influence de la poussière du macadam, la propagation des maladies vénériennes négligées ou traitées par des remèdes empiriques, etc.

« Tous les documents s'accordent à prouver que la phthisie est extrêmement rare chez les divers embranchements de la race arabe ; dans les conditions ordinaires d'une vie nomade, ils sont d'une sobriété exemplaire, endurcis à la fatigue et aux intempéries des saisons.... Mais là où la maladie fait de véritables ravages, c'est à l'état de captivité! Dès qu'il ne peut plus respirer l'air vivifiant de ses montagnes, l'Arabe tombe dans la langueur et le marasme; et, la nostalgie aidant, il s'opère chez lui une désorganisation rapide. »

Après avoir rapporté les opinions des auteurs (Costallat, Boudin, Antonini, Bertherand, Armand, Folley, Kolb, C. Broussais, Mitchell, etc.) et celles des praticiens d'Alger (MM. Wolters, Leonard et Miguières), M. P. de Pietra-Santa donne le résumé des

faits qu'il a observés personnellement et termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Les conditions climatériques de la ville d'Alger sont très favorables pour les affections de la poitrine en général, et pour la phthisie en particulier ;

2° La phthisie existe à Alger chez les immigrants comme chez les indigènes, mais la maladie y est beaucoup plus rare qu'en France et sur les côtes de la Méditerranée ;

3° L'augmentation de la phthisie chez les indigènes (Arabes, Nègres, Musulmans, Israélites) tient à des circonstances exceptionnelles, à des causes indépendantes de la climatologie ;

4° L'heureuse influence du climat d'Alger est très appréciable dans les cas où il s'agit, soit de conjurer les prédispositions, soit de combattre les symptômes qui constituent le premier degré de la phthisie ;

5° Cette influence est contestable dans le deuxième degré de la tuberculose, alors surtout que les symptômes généraux prédominent sur les lésions locales ;

6° Elle est fatale au troisième degré dès qu'apparaissent les phénomènes de ramollissement et de désorganisation.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Etude sur l'ictère déterminé par l'abus des boissons alcooliques, par M. le docteur E. Leudet, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rouen.

Placé à la tête d'un grand service de médecine dans une localité où des abus alcooliques sont très fréquents, M. Leudet a souvent observé une affection qu'il distingue sous le nom d'*ictère aigu des ivrognes*, et qui n'avait pas beaucoup fixé l'attention jusque-là. En voici les principaux caractères.

Cet ictère, qui est souvent très foncé en couleur, s'accompagne de troubles nerveux plus ou moins graves. Dans quelques cas, dit M. Leudet, c'était un délire calme alternant avec le coma, comme on l'observe souvent dans les maladies du foie, plutôt qu'un délire violent avec agitation, insomnie et hallucinations, tel qu'on l'a noté dans le *delirium tremens ;* plus souvent, les malades accusaient une dépression considérable du système nerveux, des étourdissements, des vertiges rendant la station impossible et allant même dans un cas jusqu'à produire la syncope. L'état du pouls était en rapport avec cet affaiblissement : ainsi, on a constaté plusieurs fois qu'il ne battait pas 40 à 44 fois par minute ; dans plusieurs cas, il était au-dessous de 60, et jamais il ne s'est élevé au-dessus de 96. La peau n'a jamais présenté la chaleur vive qui accompagne l'état fébrile.

La région de l'estomac est ordinairement peu sensible. Une douleur, également peu vive dans l'hypochondre droit, coïncidait chez plusieurs malades avec une augmentation de volume, peu prononcée d'ailleurs, du foie. L'existence de ces deux symptômes paraît démontrer que l'ictère n'était pas purement nerveux, sympathique, comme on l'a noté dans quelques cas d'embarras gastriques, mais qu'il était sous la dépendance d'un état congestionnel du foie. Il est à remarquer d'ailleurs, que l'hypertrophie du foie apparaît quelquefois dès le début dans le cours des accidents gastriques aigus qui suivent les excès alcooliques, et disparaît après l'application des antiphlogistiques, sans avoir produit d'ictère.

Les malades observés par M. Leudet, loin d'avoir la diarrhée, présentaient au contraire une tendance marquée à la constipation. Dans les évacuations alvines, on a plusieurs fois constaté l'absence de la matière colorante de la bile ; trois fois ces évacuations furent noirâtres, et chez un malade dont l'examen cadavérique fut fait, on a constaté la présence du sang dans le tube digestif.

La durée de l'ictère qui survient après des excès alcooliques n'excède pas en général dix à quinze jours. Quand il se termine par la guérison, sa diminution est habituellement assez rapide, et le malade ne conserve plus que les symptômes habituels de la gastrite chronique qui existent parfois avant la complication hépatique. Jamais, dans ces cas, M. Leudet n'a trouvé une hypertrophie du foie qui persistât après l'ictère. Il n'a donc aucune raison, jusque-là, de croire que l'ictère alcoolique soit suivi d'une de ces lésions qu'on englobe aujourd'hui sous le nom de cirrhose.

La terminaison fatale de l'ictère alcoolique a été observée dans deux cas. Dans ces deux observations, l'intensité des accidents était surtout prononcée dans la période prodromique de l'ictère ; les vomissements, les douleurs épigastriques furent incessants jusqu'au début de l'ictère. L'un de ces malades, observé par Horaczek, offrit des symptômes nerveux graves ; chez l'autre, il n'y eut qu'un état comateux léger dans les derniers jours de la vie. Chez ce malade, M. Leudet a constaté à l'autopsie les caractères de l'atrophie aiguë du foie, telle que Rokitanski l'a décrite.

Les individus chez lesquels M. Leudet a observé l'ictère aigu étaient toujours adonnés depuis longtemps aux abus alcooliques. Il se demande si cet état de souffrance antérieure du foie n'est pas une condition prédisposante pour qu'un excès momentané, exagéré, devienne la cause efficiente de l'ictère. Il a constaté plusieurs fois chez des ivrognes, à la suite d'excès alcooliques, pendant la durée des accidents aigus du côté de l'estomac, une augmentation de volume du foie qui disparaissait rapidement sous l'influence d'un traitement convenable. La plupart des malades avaient eu antérieurement des signes d'altération de l'estomac, peut-être avaient-ils eu plusieurs fois des congestions momentanées du foie. Plusieurs ont affirmé que l'eau-de-vie qu'ils avaient bue était très forte, et l'un même avait bu de l'alcool presque pur. La quantité de boisson alcoolique ingérée était également très considérable chez ces individus.

Relativement au mode de production de l'ictère alcoolique, M. Leudet pense qu'il résulte d'une absoption directe de la substance toxique par le foie, et que l'action irritante qu'il exerce sur l'estomac par l'alcool y joue également un certain rôle.

Le traitement consiste surtout dans l'application d'antiphlogistiques locaux et de boissons émollientes. Des sangsues en nombre suffisant doivent être appliquées à l'épigastre dès le début, et alors même que la maladie est apyrétique ou même que le pouls est descendu au-dessous du chiffre normal. Plusieurs malades avaient été traités, avant leur admission à l'hôpital, par les purgatifs et les vomitifs, et M. Leudet a lui-même administré plusieurs fois les purgatifs, mais toujours sans aucun succès ; cette médication était même, en général, plus nuisible qu'utile, elle augmentait en effet les vomissements et les douleurs stomacales. Toutefois, M. Leudet a donné plusieurs fois, avec avantage, les purgatifs à la fin de l'ictère pour combattre la constipation qui souvent se manifeste alors.

Au reste, M. Leudet n'insiste pas longtemps sur le traitement antiphlogistique, et jamais il ne l'a vu être suivi de l'apparition d'accidents délirants. (*Gazette médicale de Paris*, n°s 26 à 28, 1860)

Observations concernant les kystes hydatiques développés dans le petit bassin. — 1° *Kyste hydatique du bassin, ponction par le rectum, guérison*, par M. Quain ; — 2° *cas du même genre*, par M. Henry Thomson.

Dans un travail qui fait partie des *Mémoires de la Société de biologie* (t. IV, 1re série, 1852, p. 101), M. Charcot appelait, il y a quelques années, l'attention des médecins sur les kystes hydatiques qui peuvent occuper le petit bassin, et traçait les principaux traits de l'histoire anatomique et clinique de ces kystes. Tout récemment, M. Davaine a consacré aux hydatides du petit bassin un des chapitres les plus intéressants de son remarquable *Traité des entozoaires* (Paris, 1860, p. 510), et a complété le travail de M. Charcot en ajoutant aux faits publiés par ce médecin un certain nombre d'observations nouvelles. Il résulte de la comparaison des cas recueillis par MM. Charcot et Davaine que les kystes hydatiques qui occupent le siége en question, lorsqu'ils sont assez volumineux pour déter-

miner des troubles fonctionnels notables, doivent être rangés, principalement lorsqu'il s'agit du sexe masculin, parmi les lésions les plus graves, et entraînent le plus communément la mort. Aussi, lira-t-on avec quelque intérêt les observations suivantes, dans lesquelles on voit la ponction d'un de ces kystes, pratiquée par le rectum, être suivie de guérison.

Obs. I. — *Kyste hydatique du bassin, ponction par le rectum, guérison.*—W. J..., âgé de neuf ans, entré à l'hôpital d'University College, service de M. Quain. Une tumeur tendue, mate à la percussion, occupe la partie inférieure de l'abdomen, s'étend du pubis presque jusqu'à l'ombilic, et présente une certaine inclinaison à gauche de la ligne médiane. Le doigt, introduit dans le rectum, sent une masse arrondie faisant saillie dans la concavité du sacrum. Depuis quelques jours, l'enfant éprouve beaucoup de difficulté à rendre les urines, et une vive douleur dans le siége de la tumeur; il a la physionomie anxieuse, le pouls est rapide, la peau chaude. M. Quain ayant essayé d'introduire une sonde dans la vessie et n'ayant pu y parvenir, se décida à ponctionner la tumeur par le rectum. Cette opération amena l'évacuation d'une pinte environ d'un liquide pâle, inodore, un peu trouble. En examinant ce liquide, on n'y put découvrir les éléments de l'urine, mais on y trouva de nombreux échinocoques. Il s'agissait donc là d'un kyste hydatique. Le 2 mars, l'enfant urine facilement. Pouls, 136; langue blanche, peau chaude. L'abdomen présente sa conformation naturelle. La percussion donne un son clair vers le pubis. L'urine ne montre sous le microscope aucune trace d'échinocoques. Le 7 mars, la partie inférieure de l'abdomen est redevenue saillante : on sent sur la ligne médiane une masse arrondie qui s'étend vers le côté gauche et dépasse le pubis en haut, de la largeur de la main environ; du reste, à son niveau, pas de matité, pas de douleur sous une pression modérée. Pouls fréquent, peau chaude, pas d'appétit, soif vive. Le 10, même état; la tumeur est cependant plus douloureuse. Le 13, la tumeur a diminué depuis la veille: de nouveau l'abdomen ne présente plus d'inégalité appréciable. On trouve le soir, dans le vase de nuit, une certaine quantité d'un sédiment trouble de couleur blanchâtre, qui paraît provenir de l'intestin, car les matières fécales en sont en partie recouvertes. L'examen microscopique démontre que ce sédiment n'est autre chose que du pus; on n'y découvre pas traces d'échinocoques. Le 15, la tumeur n'a pas reparu, une notable quantité de pus continue à être rendue avec les selles. Urine claire, non sédimenteuse et ne contenant pas d'échinocoques; appétit meilleur, langue nette. Le 21, le malade mange, n'éprouve plus de douleur et urine facilement; les selles, de temps en temps, contiennent encore du pus. Le 12 avril, l'enfant va parfaitement bien; il mange de grand appétit et prend de l'embonpoint. Pas de retour de la tumeur ni d'aucun symptôme. L'urine, examinée plusieurs fois, ne contient pas d'échinocoques. Selles naturelles. (*Med. Times and Gaz.*, 19 mai 1860. — *Union médicale*, 1er sept. 1860, n° 104, p. 414.)

Le fait suivant, brièvement communiqué à la Société pathologique de Londres par M. Henry Thomson, peut être rapproché de celui qui précède :

Obs. II. — A l'occasion d'un fait de kyste hydatique du petit bassin, présenté par M. Habershon, M. Henry Thomson rapporte qu'il a vu six cas dans lesquels une semblable tumeur s'était développée dans le tissu cellulaire situé entre la vessie et le rectum. Le dernier cas observé par lui simulait si exactement une rétention d'urine, que la ponction par le rectum fut pratiquée. Une grande quantité d'hydatides fut ainsi évacuée, et la rétention d'urine, qui dépendait de la pression exercée par la tumeur sur le col de la vessie, disparut à la suite de l'opération. Le malade se rétablit. (*Med. Times and Gaz.*, 2 juin 1860. — *Union médicale*, *loc. cit.*)

On possède quelques rares exemples dans lesquels la guérison a eu lieu chez l'homme à la suite de l'évacuation spontanée des hydatides par le rectum. Chez la femme, le pronostic des kystes hydatifères du bassin paraît être, d'une manière générale, moins grave que chez l'homme; et plusieurs fois la ponction ou l'incision de ces kystes a été couronnée de succès, principalement lorsque l'opération a pu être pratiquée par le vagin.

V

BIBLIOGRAPHIE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par E. Gintrac, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc. 5 vol. in-8. Paris, Germer Baillière, 1853-1859.

(Suite et fin. — Voir le numéro 35.)

M. Gintrac a consacré à l'étude de la gangrène un article remarquable sur lequel nous devons nous arrêter quelques instants, non-seulement parce qu'il abonde en faits intéressants et en détails instructifs, non-seulement parce qu'il est l'exposé complet et fidèle de l'état de la science sur le sujet, mais surtout parce qu'il renferme l'indication d'une variété de modification partielle que nous croyons n'avoir point encore été signalée. Le professeur de Bordeaux divise les causes de la gangrène en locales et générales. Les causes locales sont classées sous trois chefs.

I. *Altération immédiate des tissus organiques par un agent mécanique, chimique ou virulent.* — Ici viennent se ranger l'action des corps contondants, les caustiques, le feu, la foudre, la vapeur du phosphore, certains virus, tels que celui de la pustule maligne, les piqûres d'instruments chargés de matières septiques. Quant à cette dernière influence, l'auteur, tout en la plaçant parmi les causes locales et directes, reconnaît justement qu'elle exerce sur tout l'organisme une action délétère qui réagit sur la partie lésée.

II. *Privation des excitants nécessaires à l'entretien de la vitalité.* — A cet ordre de causes appartiennent naturellement l'action prolongée du froid au-dessous de zéro, la suspension de l'influx nerveux, l'arrêt du sang dans les artères, les obstacles au cours du sang veineux. Ces deux dernières conditions sont, comme on le sait, de beaucoup les plus fréquentes, et par cela même les plus importantes. Aussi n'avons-nous pu nous empêcher de regretter que M. Gintrac ne leur ait pas accordé plus de développement, et surtout qu'il n'ait pas discuté, avec cet esprit judicieux de critique dont il donne tant de preuves dans son ouvrage, la valeur de certaines modifications anatomiques auxquelles on a peut-être un peu légèrement attribué une action prépondérante et primitive. Si, en effet, le mode de production et l'évolution des phénomènes anormaux sont faciles à saisir dans les cas de gangrène consécutive à la ligature d'une artère principale ou à la compression exercée sur elle par un anévrysme, une tumeur quelconque, il faut bien convenir que, dans d'autres circonstances, l'interprétation en est parfois obscure, souvent douteuse, et qu'il y a dans bon nombre de cas ample matière à discussion. Ainsi, lorsqu'à l'autopsie d'un sujet atteint de gangrène spontanée on trouve des caillots dans les artères du membre et autour de ces caillots les lésions qui caractérisent l'artérite, quelle a été la succession des actes morbides? Auquel faut-il accorder l'influence primordiale? M. Gintrac, admettant sans objection les idées de Victor Andry (1), de Delpech et Dubreuil (2), de Lanelongue (3), de François (4), n'hésite pas à déclarer que l'artérite précède dans tous les cas semblables la formation des caillots, et qu'en conséquence la véritable cause de la gangrène réside dans la phlegmasie artérielle. Nous pensons, quant à nous, que la solution de cette question n'est point de celles dont l'évidence dispense de tout examen. Dès 1828, Alibert (5) considéra l'inflammation des parois artérielles comme la conséquence de la coagulation du sang, qu'Avisard (6) avait signalée neuf années auparavant, et M. le professeur Malgaigne (7), après avoir

(1) Andry, *De la gangrène* (*Journal des progrès*, 1828).
(2) Delpech et Dubreuil, *Sur l'artérite et la gangrène momifique* (*Mémoires des hôpitaux du Midi*, 1829).
(3) Lanelongue, *Essai sur la gangrène spontanée*, thèses de Paris, 1830.
(4) François, *Essai sur les gangrènes spontanées*, Paris, 1832.
(5) Alibert, *Recherches sur une occlusion peu connue des vaisseaux artériels considérée comme cause de gangrène*, thèses de Paris, 1828.
(6) Avisard, *Observation sur la gangrène spontanée*, etc. (*Bibliothèque médicale*, 1819).
(7) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, Paris, 1859.

montré la fragilité des fondements de cette doctrine de l'artérite primitive, qui n'eut en définitive d'autre origine qu'une observation de Broussais et une communication de M. Baffos à l'Académie de médecine (1), est arrivé à cette conclusion, qu'aucune des observations rapportées par les auteurs précédents ne prouve péremptoirement le fait en litige, à savoir l'existence primitive de l'artérite. Si, d'un autre côté, on veut bien se rappeler que les expériences de M. le professeur Cruveilhier (2), très propres à démontrer l'influence des corps étrangers sur la coagulation du sang, n'ont aucune valeur quant à la phlegmasie des tuniques vasculaires, on conviendra sans doute avec nous que le sujet valait la peine d'être creusé, et que tout au moins M. Gintrac n'eût pas dû adopter la théorie de l'artérite primitive sans exposer avec soin les raisons qui lui paraissent militer en faveur de cette opinion. Il s'est gardé, du reste, de tomber dans une erreur que n'a pas toujours évitée François, et il n'a placé les ossifications des artères parmi les causes de gangrène qu'en tant qu'elles favorisent la formation de caillots obturateurs. Se fondant enfin sur des observations irrécusables, il a accordé une place dans cet ordre d'influences aux ossifications des grosses artères et des orifices du cœur gauche. L'époque à laquelle il écrivait cet article explique suffisamment pourquoi il n'y est point fait mention des caillots migrateurs ni de l'embolie. Quant aux causes qui agissent en faisant obstacle au cours du sang veineux, le savant professeur de Bordeaux a signalé *l'inflammation intense* (par suite de l'accumulation et de la stase des globules rouges dans les capillaires, les vaisseaux s'oblitèrent, et si cet état envahit tous les vaisseaux de l'organe enflammé, la gangrène est inévitable); *la phlébite, les obstacles situés dans les cavités droites du cœur*, enfin *la compression exercée sur les veines par une cause mécanique*. Eh bien, ici encore nous eussions désiré autre chose qu'une simple mention. Il eût fallu, ce nous semble, apporter les faits capables de témoigner en faveur de l'influence de cette cause. Il eût été bon de mentionner et de discuter surtout la fameuse observation de Boerhaave (3), car pour nous, nous sommes porté à voir dans la gangrène qui envahit les deux jambes du malade l'effet du refroidissement bien plus que celui d'une compression exercée sur les deux veines fémorales. Il ne manque pas d'observations (4) dans lesquelles la circulation, complétement suspendue dans l'une des veines crurale ou iliaque, s'est néanmoins peu à peu rétablie grâce au développement des collatérales; ce sont même ces faits et les exemples de ligature pratiquée avec succès sur le tronc veineux principal du membre inférieur par Larrey et Roux (5), qui ont porté quelques chirurgiens à combattre énergiquement la proposition qu'a faite Gensoul de lier l'artère correspondante dans le cas de plaie de la veine fémorale au pli de l'aine. Mais, d'ailleurs, même dans les cas où la ligature d'une telle veine est suivie de mort, ce sont des hémorrhagies multiples qui amènent le résultat fatal, et non point la gangrène, témoin le cas rapporté par M. Malgaigne (6), dans lequel le sujet succomba à des pertes de sang répétées. L'œdème du membre, dit l'auteur, était encore considérable; du reste, il n'y avait pas l'ombre de gangrène. La théorie indique fort bien que si la circulation ne se rétablit pas par des voies détournées, dans le cas d'oblitération du tronc veineux d'un membre, la gangrène *doit* survenir; mais, en fait, les observations ne viennent point confirmer cette vue de l'esprit, et il faut pour trancher cette question, autre chose qu'une simple assertion.

Les causes générales ou indirectes de la gangrène sont, pour M. Gintrac, *l'hypersthénie nerveuse*, *l'hypersthénie vasculaire et nerveuse*, *l'ataxie aiguë*, les *altérations du sang*. Passant rapidement sur les trois premières, l'auteur insiste principalement sur la dernière, et cela avec d'autant plus de raison que les faits de cette nature ont été moins nettement signalés, moins soigneusement étudiés que les autres. A cet ordre appartiennent les eschares des fièvres graves, pour lesquelles la pression n'est évidemment qu'une cause occasionnelle, les gangrènes auxquelles dispose l'état puerpéral, celles que produit l'usage du seigle ergoté ou d'aliments de mauvaises qualités (1), et celles qu'amène une simple coagulation du sang sans altération aucune des tuniques vasculaires. Relativement à cette dernière espèce, nous ferons remarquer qu'elle est loin d'être aussi rare que semble le croire le médecin de Bordeaux; et ce que nous savons aujourd'hui des modifications quantitatives et qualitatives de la fibrine chez les sujets cachectiques, et notamment chez les convalescents de fièvre typhoïde et les phthisiques, nous explique suffisamment ces coagulations spontanées et leurs conséquences ultérieures. Mais à côté de ces variétés de sphacèle, dont la cause est en général facile à saisir et à interpréter, il en est d'autres sur lesquelles M. Gintrac a le mérite d'avoir appelé l'attention d'une manière expresse, et dont le processus morbide est encore aujourd'hui plein d'obscurité. Nous voulons parler de gangrènes superficielles des doigts qui se développent chez des sujets ayant toutes les apparences de la santé la plus parfaite, qui sont remarquables par leur bénignité non moins que par la lenteur de leur marche, qui peuvent rester stationnaires pendant des mois entiers sans troubler en quoi que ce soit l'état général du malade, et se terminent sans entraîner de déformation notable. Nous croyons devoir transcrire ici dans son intégrité l'observation fort intéressante de M. Gintrac, car avec celle de Bocquet (qu'il a d'ailleurs eu soin de citer) (2), ce sont les seuls cas de ce genre qui aient été publiés. Voici le fait :

« Madame D... vint, à la fin de l'été de l'année 1849, me consulter à diverses reprises. Elle avait alors quarante-huit ans; après avoir eu pendant trois ans des menstrues très abondantes, elle était arrivée à l'âge critique. Ce fut quelque temps après qu'elle ressentit aux doigts des mains des crampes et un froid glacial; les doigts devenaient très pâles; le petit doigt de la main droite offrait une tache de moins de 1 centimètre de diamètre, sur le côté dorsal de la dernière articulation. Mais bientôt après, l'extrémité des médius et annulaire de la même main se mortifièrent et se desséchèrent. Cette maladie avait marché avec une extrême lenteur; elle durait depuis dix mois lorsque je vis cette dame. Les doigts compromis perdirent leur extrémité jusqu'au niveau de la dernière articulation. La cicatrisation se faisait à mesure sous l'eschare. L'index droit offrit à la pulpe un commencement de gangrène; l'index et le médius gauche présentèrent un état pareil, également borné à la pulpe. L'eschare étant détachée, l'ongle correspondant se trouva recourbé pour s'accommoder à la nouvelle forme de l'extrémité du doigt. Les pouces, les orteils n'eurent point leur part dans les progrès de cette affection, mais la malade y ressentit quelquefois des picotements. Les conseils que je donnai consistèrent dans l'usage d'une infusion de quinquina légèrement opiacée, et de lotions de décoction de quinquina aiguisée d'eau-de-vie camphrée. Cette gangrène était absolument sèche, sans odeur, sans suppuration ni putréfaction. Il n'y eut aucun symptôme, soit fébrile, soit nerveux. La main, ni même les doigts affectés, n'offraient ni gonflement, ni rougeur; leur température était un peu fraîche, mais presque normale. On distinguait très bien les pulsations des artères radiale et cubitale. Cette femme, qui est d'un tempérament sanguin, avec injection habituelle des capillaires de la face, jouissait d'une bonne santé. L'examen de la région du cœur ne me fit découvrir aucun indice d'altération de cet organe. Il n'y avait ni dyspnée, ni toux, ni palpitations. Les voies digestives étaient en bon état; le régime habituel de la malade était sain et régulier; les forces avaient été diminuées par les traitements antérieurs; les toniques rétablirent très vite l'énergie vitale. Madame D... pouvait vaquer à ses occupations de mère de famille. Son rétablissement

(1) Broussais, *Annales de la médecine physiologique*, 1827; Baffos, *Archives de médecine*, t. XIV. — Ces deux citations sont empruntées à M le professeur Malgaigne.
(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*. In-folio, liv. XXVII.
(3) Van Swieten, *Commentarius in Boerhaave aphorismos*, lib. I, p. 679. Parisiis, 1769.
(4) Reynaud, *Journal hebdomadaire de médecine*, 1829; — Béclard, *Gazette médicale*, 1836.
(5) Larrey, *Clinique chirurgicale*; — Roux, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1853.
(6) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 344. Paris, 1859.

(1) Voy. entre autres Al. Peddie, *Cases of Dropsy and Gangrene occurring in a Family who had subsisted for some Time on ounwholesome Potatoes* (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1833, p. 384).
(2) Bocquet, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XVI, p. 283.

s'est effectué d'une manière très satisfaisante ; sa santé ne s'est point altérée depuis trois ans. »

Dans les réflexions dont l'auteur a fait suivre l'exposé de ce fait, il déclare que, ne trouvant aucune lésion dans l'exercice des fonctions et dans le jeu des solides qui pût en rendre compte, il en plaça la cause dans une altération des liquides, et spécialement du sang. Et pour justifier cette manière de voir, il rappelle que déjà en 1851, M. Aran avait été conduit à placer les causes de quelques gangrènes dans une altération du sang. Mais les faits ne sont point comparables : lorsque M. Aran recherche quelle est, en dehors de l'entérite chronique et des troubles vasculaires, la cause de la gangrène, il déclare, il est vrai, que cette cause doit être cherchée dans l'état général, et principalement dans l'état des liquides et du sang en particulier. Mais ce qui suit complète et explique sa pensée : « Qui pourrait contester le fait, dit-il, pour la fièvre typhoïde, le typhus, pour l'ergotisme, pour les maladies du cœur? » Personne, assurément. Mais la malade de l'observation précédente n'a présenté aucune condition analogue ; au contraire, et c'est précisément en cela que consistent et l'intérêt et la nouveauté du fait, la santé générale n'a pas un instant cessé d'être satisfaisante ; par conséquent le fait de M. Gintrac doit être mis à part dans son individualité, et ne saurait être assimilé à ceux que rappelle M. Aran dans le travail que nous avons cité. Du reste, nous savons que deux cas analogues, plus curieux encore peut-être, en ce que les eschares ont été beaucoup plus superficielles, ont été observés cette année même à l'hôpital Necker par notre excellent collègue et ami M. Jules Simon, interne de M. Bouley, et qu'un autre de nos collègues, interne distingué des hôpitaux, M. Raynaud, en a observé également un sur une personne de sa famille. Il y a là un sujet d'étude intéressant et nouveau, car il nous semble que la localisation même de la lésion et l'intégrité parfaite de la santé ne plaident pas beaucoup en faveur d'une altération du sang; et il est plus probable que c'est dans un trouble accidentel de la circulation capillaire ou dans une perturbation de l'innervation vasculaire qu'il faut chercher la cause de ces faits singuliers.

Nous arrivons maintenant à la question des fièvres. Mais ici nous serons bref, et nous nous bornerons à exposer en peu de mots les idées de l'auteur; il s'éloigne tellement, en effet, sur ce point des doctrines professées même par les organiciens les plus absolus, que discuter ses opinions serait reprendre à fond la question de l'essentialité de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives, travail qui dépasserait de beaucoup les limites d'un compte rendu, et qui d'ailleurs a été fait assez souvent pour que tous les arguments aient été épuisés de part et d'autre.

Après avoir déclaré que le domaine des fièvres essentielles doit être renfermé dans des limites déterminées par l'observation (ce qui n'a jamais été nié, que nous sachions), après avoir exposé les principales divisions qui ont été tour à tour proposées pour le groupe des fièvres, M. Gintrac continue en ces termes : « Dans la plupart de ces classifications, les fièvres symptomatiques sont confondues avec celles qu'on peut nommer essentielles. Ainsi, dans les fièvres éruptives, bien que les phénomènes généraux précèdent, ne voit-on pas des phlegmasies très évidentes affecter, soit la peau, soit les membranes muqueuses du pharynx, de la trachée, des bronches, de l'estomac, etc.? La véritable place des exanthèmes aigus est parmi les maladies de la peau; parce que là se forment les phénomènes les plus caractéristiques. La fièvre typhoïde a encore une localisation bien déterminée ; c'est la lésion de l'intestin grêle. Pour éviter toute confusion, cette maladie doit être distinguée de la fièvre ataxique qui se range parmi les affections du système nerveux et du typhus qui dépend spécialement d'une altération du sang. La fièvre jaune se rattache aux affections des voies digestives, et la peste aux altérations du sang et aux lésions des ganglions lymphatiques. Cette dissémination n'empêche pas de reconnaître les liens qu'ont entre elles ces différentes maladies, ce qu'elles ont de commun sous le rapport de l'état fébrile ; mais elle est indispensable si le siége des phénomènes caractéristiques est pris en sérieuse considération. »

Partant de là l'auteur divise les fièvres essentielles en trois ordres. Le premier comprend *les fièvres continues*, et renferme deux genres seulement : *l'éphémère* et *la synoque*. L'histoire de cette dernière, qui avait presque disparu des traités classiques, est tracée de la façon la plus complète et basée sur des documents aussi nombreux qu'intéressants. M. Gintrac, en les réunissant, en les commentant et en en faisant sortir une description fidèle de cette fièvre, nous paraît avoir comblé une véritable lacune et avoir fait un travail éminemment utile. — L'ordre deuxième comprend *les fièvres périodiques*, et renferme cinq genres : *les intermittentes*, *les subintrantes*, *les rémittentes*, *les subcontinues*, *les pernicieuses*.

Quant à l'ordre troisième, qui se compose de *la fièvre hectique*, nous avons été vraiment surpris de le rencontrer ; l'admission de cette fièvre dans les essentielles est directement opposée aux idées que l'auteur a exposées sur ce point, et la contradiction est d'autant plus frappante que dans les quelques pages qu'il a consacrées à son histoire, il déclare à plusieurs reprises que cette fièvre est toujours symptomatique. Il y a là une erreur de lieu incontestable.

Les fièvres éruptives ont trouvé leur place parmi les exanthèmes aigus. C'est à leur description et à celle des *maladies cutanées chroniques* (nous employons ici l'expression de l'auteur), que sont consacrés les deux volumes qui ont paru l'année dernière. Ne pouvant entrer dans les détails que renferment ces nombreux articles qui constituent pour ainsi dire autant de monographies, nous voulons au moins qu'on puisse se faire une idée de la manière dont M. Gintrac a compris et traité ce sujet si vaste et si difficile, et dans ce but, nous transcrivons purement et simplement sa classification ; elle se sépare assez du reste de toutes celles qui ont été proposées, pour que nous soyons autorisé à la faire connaître dans son ensemble. Mais avant tout, et quel que soit notre éloignement pour les idées qui ont guidé l'auteur, un sentiment de justice nous porte à déclarer hautement que les chapitres consacrés à l'étude de la variole et de ses dérivés, de la rougeole et de la scarlatine, constituent une œuvre aussi utile que remarquable. Le lecteur trouvera, traitées avec tous les détails qu'elles comportent, toutes les questions qui ont trait à l'histoire de ces fièvres, et lorsqu'on considère le travail immense que l'auteur a dû s'imposer pour réunir et consulter tant de matériaux divers, on n'est point surpris de l'intervalle considérable qui a séparé la publication de ces deux derniers volumes de celle de leurs aînés.

M. Gintrac divise toutes les affections de la peau en deux ordres : le premier comprend les exanthèmes aigus; le second, les maladies cutanées chroniques. Le premier ordre est partagé en six groupes qui ont été établis d'après les *affinités spéciales* ou les *traits de ressemblance* que présentent les divers états morbides. Au premier groupe appartiennent la variole, la varioloïde, la varicelle, la vaccine.

Au second, la scarlatine, la rougeole, la rubéole, la roséole aiguë.

Dans le troisième, ont pris place le purpura, les sudamina, la miliaire sporadique, la miliaire puerpérale, la miliaire épidémique ou suette miliaire, la suette anglaise.

Le quatrième est consacré à l'herpès, l'hydrargyrie, l'eczéma aigu, le pemphigus aigu.

Le cinquième réunit l'érysipèle, le sclérème aigu, l'érythème aigu, l'urticaire aiguë, le lichen aigu, le strophulus.

Le sixième enfin renferme l'ecthyma aigu, le furoncle, l'anthrax, la charbon, la pustule maligne.

Les défauts de cette classification sont trop évidents pour que nous nous y arrêtions.

La division des affections chroniques ne nous semble pas beaucoup plus heureuse. L'auteur en fait deux classes, selon qu'on les considère au point de vue anatomique ou au point de vue étiologique. Il est ainsi conduit à la division suivante, qui est tout artificielle : *maladies cutanées chroniques considérées au point de vue anatomique*. Ici sont rangées dans autant de sections les maladies de l'épiderme et des ongles, les maladies du système pileux, celles des follicules sébacés, celles des organes sudorifères ; puis viennent les maladies du pigment cutané, les maladies du réseau vasculaire cutané, celles du système nerveux cutané, et enfin les maladies du derme.

La deuxième classe, *maladies cutanées chroniques considérées au point de vue étiologique*, renferme deux familles : les maladies chroniques parasitaires (zoo et phyto-parasitaires), et les maladies cutanées chroniques diathésiques. Cette dernière famille renferme cinq genres : *les herpétides* (elles sont érythémato-papuleuses, squameuses, vésiculeuses ou pustuleuses), *les syphilides*, *les scrofulides* (érythème, eczéma, impétigo, ecthyma, ulcères, onyxis, lupus tuberculeux, lupus hypertrophique); *les cancrides* (kéloïde, cancroïde, squirrhe cutané, encéphaloïde cutané, cancer mélanique cutané); *les arthritides* (plique, pellagre, acrodynie, éléphantiasis des Grecs, radesyge, maladie du Dithmarsen, de l'Estonie, du cherlievo, du Canada, d'Irlande; sibbens, yaws, ulcère contagieux de Mozambique, bouton d'Alep, bouton de Bistara). Nous ne saurions comprendre en vérité ce que cette réunion de choses disparates et hétérogènes a à faire avec l'arthritis, pas plus que nous n'avons réussi à saisir dans quel ordre d'idées, dans quelle doctrine M. Gintrac a puisé les éléments d'une telle classification. Mais à une époque où l'attention est fortement éveillée sur la pathologie cutanée nous n'avons pas cru devoir la passer sous silence.

Malgré les quelques desiderata que nous avons été amené à signaler, nos lecteurs, nous l'espérons, auront pu se convaincre que l'ouvrage du médecin de Bordeaux mérite l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la médecine, de tous ceux qui pensent que ces progrès dépendent avant tout d'œuvres consciencieuses et savantes. Pour nous, nous ne pouvons émettre qu'un vœu, c'est que M. Gintrac ne nous fasse pas attendre trop longtemps l'achèvement de son œuvre.

Dr JACCOUD.

VI

VARIÉTÉS.

La commission administrative de la Société centrale, dans sa séance du 7 septembre dernier, a statué sur les demandes suivantes d'admission : MM. les docteurs Woillez, Duhomme, Raoux, Guéneau de Mussy, Naudin, Costilhes, Bouland (Pierre), Coizeau (Jean-Benjamin), Coizeau (François-Antoine), Carteaux, Bonnefin, Jeanne (Léon), de Paris; — Jules Mesnier, de Châtillon (Seine); — Isidore Dukerley, Monnerau, médecins de l'armée.

— Un don de la somme de 100 francs a été fait à l'Association générale par M. le docteur Hervez de Chégoin, et un autre de 50 francs a été remis par un anonyme.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale de Paris, vient de se constituer à Saint-Denis (île de la Réunion).

— Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le corps de santé militaire : M. Secourgeon, médecin principal de 1re classe à l'hôpital de Toulon, est passé à l'hôpital de Perpignan. M. Wahu, médecin principal de 2e classe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains, est passé à l'hôpital de Nice. — M. Artigues, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Besançon, est passé à l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

— On écrit de Carlsruhe, le 4 septembre : « Le congrès international des chimistes a tenu aujourd'hui sa deuxième séance générale. On a délibéré sur les moyens convenables pour arriver à une application uniforme des désignations *atomes* et *molécules*. M. le professeur Kopp (de Giessen) ayant été obligé de quitter le congrès, notre illustre confrère M. Dumas a été élu président de l'assemblée.

— L'Empereur vient de rendre un décret déclarant d'intérêt public les trois sources d'eaux minérales dites du *Pavillon*, des *Bains* et du *Quai*, qui alimentent l'établissement de Contrexéville (Vosges).

— L'hospice des Ménages, rue de Sèvres, et l'hospice Devillas, rue du Regard, vont être transférés l'un et l'autre dans la commune d'Issy, près Paris.

— Par décret du 31 août, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : au grade d'officier, M. Heysch, médecin-major de 1re classe; au grade de chevalier, MM. Mouillé, médecin-major de 1re classe, et Odigier, pharmacien-major de 1re classe.

— Par décret du 31 août, l'asile d'aliénés fondé à Bassens, près Chambéry, est reconnu comme établissement public; cent places y seront réservées aux crétins et idiots les plus infirmes des départements de la Savoie et de la Haute-Savoie. Une subvention de 400,000 francs est affectée au payement de la dette et aux frais de construction et d'organisation de l'asile public d'aliénés de Bassens.

— Pendant qu'on s'occupe en France de la révision du *Codex*, un travail analogue se prépare en Amérique. La convention nationale de Washington vient de recevoir les travaux envoyés par différentes Sociétés des États-Unis, pour être réunis à ceux de la commission chargée de reviser et de publier la pharmacopée officielle.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE. — 184e à 186e livraisons. Lésion du pédoncule cérébral droit et de la couche optique correspondante chez une pintade, par *Viaud-Grand-Marais*. — Examen des organes auditifs d'un sourd-muet aliéné, par *Hélie*. — Notice sur l'angine couenneuse, par *Botte* — 187e et 188e livraisons. Observation de grossesse tubaire, par *Hélie*. — Accouchement laborieux, par *Aubinais*. — Notice sur Levret, par *le même*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Décembre. Ascite consécutive à une hépatite chronique; guérison par deux injections iodées dans le péritoine, par *Molinier*. — Fleurs et feuilles d'*echium pustulatum* substituées aux fleurs de bourrache et aux feuilles de pulmonaire, par *Timbal-Lagrave*. — 1860. — Janvier. Observation de kélotomie, par *Janot*. — Considérations sur les constitutions médicales et sur les maladies qui ont régné dans la dernière campagne d'Italie, par *Gouzy*. — Note sur les procédés employés par les chimistes pour constater l'empoisonnement par le phosphore, par *Filhol*. — Février. Observations de fièvres pernicieuses, par *Lanelongue*. — Arnica (suite). — Mars. Fièvres pernicieuses (fin). — Corps étranger fourchu introduit dans le rectum et retiré au dix-huitième jour, par *Raffy*. — Observation sur la préparation de la pommade de Gondret, par *Bodart*. — Avril. (Manque) — Imperforation du rectum avec fistule recto-vaginale; opération; guérison partielle, par *Naudin*. — Arnica (suite).

MONTPELLIER MÉDICAL. — 1860. — Janvier. Considérations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale, par *Dupré*. — De l'efficacité du traitement arabique dans les syphilis invétérées et dans plusieurs autres maladies diathésiques rebelles, par *Benoît*. — Considérations et observations sur les grossesses triples, par *Dunol*. — Février. Fluxions de poitrine (suite). — Des vomitifs dans le croup, par *Quissac*. — Traitement arabique (fin). — Mars. Études sur l'emphysème vésiculaire des poumons, sur l'asthme, et sur leur guérison par le bain d'air comprimé, par *Bertin*. — Observations cliniques sur l'orchite rhumatismale, par *Bouisson*. — Grossesses triples (suite). — Avril. Fluxions de poitrine, etc (fin). — Orchite rhumatismale (fin). — Autoplastie de la main, par *Benoît*. — Mai. Clinique (fin), par *Girbal*. — Emphysème vésiculaire, etc. (suite). — De la guérison des loupes et de quelques autres kystes sans opération sanglante, par *Courty*. — Juin. Emphysème vésiculaire, etc. (fin). — Observation de rhinoplastie latérale (procédé de M. Bouisson), par *Puech*.

REVUE D'HYDROLOGIE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — No 10. Recherches sur l'alcalinité comparée des eaux sulfureuses des Pyrénées, et sur la composition chimique des atmosphères médicamenteuses utilisées dans les principaux établissements thermaux des Pyrénées, par *Filhol*. — Les thermes de Pompéie, par *Breton*. — Eaux minérales de Condillac, par *Socquet*. — 11. Étude sur l'action hydrothérapique et l'action médicamenteuse du bain de mer, par *Durand-Fardel*. — Eaux sulfureuses des Pyrénées (fin). — 12. Les eaux des sources de Salins et les eaux mères comparées à l'eau de mer, par *Dumoulin*. — De l'emploi des eaux thermo-minérales salines ou ferrugineuses dans le traitement des plaies, par *Cabasse*. — 3e année. — No 1. De l'emploi des eaux minérales alcalines dans le traitement des maladies de la peau, par *Willemin*. — Des fomentations d'eau thermo-minérale chlorurée sodique de Bourbonne dans les affections des os et des articulations, par *Tamisier*. — 2. Eaux de Salins (fin). — L'emploi en thérapeutique de la pression atmosphérique diminuée, par *Brehmer*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — No 24. Méthode anesthésique (suite). — Maladies saisonnières de l'enfance (suite).

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS. — 1860. — Mars. Mémoire sur la chlorose et ses complications, par *Heylen*. — De l'emploi du pessaire à réservoir d'air globuleux, par *Kums*.

Livres.

DE LA DIPHTHÉROÏDE, OU DE L'INFLAMMATION ULCÉRO-MEMBRANEUSE CONSIDÉRÉE A LA BOUCHE, A LA VULVE, A LA PEAU, SUR LES PLAIES, par le docteur *Boussage*. In-4 de 91 pages. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

DU DIAGNOSTIC DES MALADIES DES YEUX A L'AIDE DE L'OPHTHALMOSCOPE, ET DE LEUR TRAITEMENT, par le docteur *Guérineau*. In-8, avec 7 planches. Paris, Asselin. 7 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 21 SEPTEMBRE 1860. N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 28 juillet au 8 août 1860.

134. MÉREAU, Adolphe, né à Lussac-les-Châteaux (Vienne). [*De l'héméralopie, ou cécité nocturne considérée surtout au point de vue de l'étiologie et du traitement.*]

135. SALVA, Ernest, né à la Basse-Terre (Guadeloupe). [*Du gaz acide carbonique comme analgésique et cicatrisant des plaies.*]

136. MILNE EDWARDS, Alphonse, né à Paris (Seine). [*Études chimiques et physiologiques sur les os.*]

137. TOUCHARD, Auguste, né à Sillé-le-Guillaume (Sarthe). [*Étiologie physiologique et prophylaxie de la phthisie pulmonaire.*]

138. GRÉNIER, P.-M.-S., né à Bordeaux. [*Essai sur les luxations de l'ostragale.*]

139. MASSON, Camille, né à Caen. [*Essai sur l'histologie du tubercule pulmonaire.*]

140. GUICHARD, H., né à Lons-le-Saulnier (Jura). [*Etude sur le pemphigus congénital.*]

141. CHAUVINEAU, Prudent, né à Sanxay (Vienne). [*De l'hémorrhagie puerpérale.*]

142. JOUSSELIN, Émile, né à Rochefort-sur-Loire (Maine-et-Loire). [*Alimentation des enfants en bas âge, sevrage, soins hygiéniques.*]

143. NOEL, René-F.-A., né à Port-Louis. [*De l'accouchement prématuré artificiel et des cas qui le réclament.*]

144. LOPES, Henrique, né à Mouranhâo (Brésil). [*Des fractures du radius et du rôle physiologique et pathologique du ligament interosseux de l'avant-bras.*]

145. MARTINET, Edmond-Léonce, né à Piney (Aube). [*De la philosophie positive en médecine; d'un nouveau topique désinfectant.*]

146. FOSSE, Léon, né à Vauvert (Gard). [*De la contracture essentielle.*]

147. VILLENEUVE, Jules, né à Ambaliet (Tarn). [*De la diarrhée des adultes et de son traitement.*]

FEUILLETON.

LA SAVOIE MÉDICALE.

(Suite et fin. — Voir les numéros 22, 24, 33 et 34.)

Il peut paraître superflu d'étaler aux yeux du lecteur les *richesses minérales* de la Savoie. Le diamant d'Aix, les perles d'Évian, de Salins, de Saint-Gervais, sont connus de quiconque a envoyé se promener un nombre raisonnable de catarrheux, de rhumatisants, de dyspeptiques et d'eczémateux. Néanmoins, nous croyons pouvoir assurer, modestie à part, qu'une bonne partie de nos confrères ne soupçonnait pas plus que nous, avant l'exposition de 1855, la quantité de sources répandues sur le territoire savoisien. La grotte de Cyrène serait sise de ce côté, qu'il ne faudrait pas beaucoup s'en étonner.

Omnia sub magna labentia flumina terra
Spectabat diversa locis.....

Un chimiste distingué de Chambéry, M. Calloud, avait été chargé par une commission spéciale de former, pour l'exposition universelle, une collection de toutes les eaux minérales du pays. Il a rendu compte de sa mission à la Société médicale de Chambéry dans un excellent rapport que nous possédons, et au moyen duquel nous venons de rafraîchir, d'accroître même l'impression ressentie, il y a cinq ans, au Palais de cristal. « Il y a, dit le rapporteur, peu de localités qui n'aient leur source merveilleuse, laquelle reste, *à cause de la profusion*, ou inconnue ou négligée, et dont les propriétés utiles ne s'établissent que localement, et attendent, pour être au rang de celles des eaux déjà réputées, les bonnes attentions de la science et les faveurs de la renommée. » Mais à compter seulement les sources qui ont figuré à l'exposition, l'aubaine est assez respectable : vingt-huit échantillons ! Et, dans ces échantillons, quelle variété ! Du chaud, du froid, du tempéré, des principes sulfureux, de l'acide carbonique, des carbonates alcalins, des sels purgatifs, des bromures, des iodures, des chlorures, du fer, etc.

148. Diamantopulos, Georges, né à Messembrie (Grèce). [*De l'ulcère simple chronique de l'estomac.*]

149. Long, Ernest-Louis, né à Avèze (Gard). [*Considérations sur la chorée, ses causes, sa nature, son traitement.*]

150. Jomand, Jules, né à Lyon (Rhône). [*Du café.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Bourbon.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 20 septembre 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SYMPHYSÉOTOMIE, — CHLOROSE CHEZ LES ENFANTS, — MYDRIASE DOUBLE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : COMMOTION CÉRÉBRALE.

L'obstétrique, la pathologie interne et la chirurgie ont occupé la courte, mais substantielle séance de l'Académie. Nous ne sommes pas assez sûr de nos connaissances dans les deux premières branches pour faire un examen en règle des communications de MM. Foucault (de Nanterre) et Nonat, cependant nous nous permettrons d'en dire quelques mots.

M. Foucault semble regretter l'abandon dans lequel est tombée une opération obstétricale sanglante qui aujourd'hui, en France du moins, ne compte que de rares partisans et ne présente que des indications au moins aussi rares : nous voulons parler de la *symphyséotomie.*

Pour justifier la confiance qu'il accorde à ce grave expédient, l'honorable praticien a rapporté l'observation d'une femme qui a dû subir la section de la symphyse et qui n'en est pas morte par bonheur, malgré quelques péripéties opératoires non sans gravité par elles-mêmes. La hardiesse a donc été couronnée d'un succès qu'à la vérité nous avons entendu qualifier par une des autorités les plus compétentes de *succès malheureux,* en ce sens qu'il pourrait encourager d'autres praticiens à répéter une entreprise aussi hasardeuse.

La réussite ne justifie pas toujours le moyen. Aussi, tout en s'inclinant devant le résultat obtenu, il est permis de se demander si l'on n'aurait pas pu dans l'espèce recourir à une ressource moins extrême, à un procédé de délivrance moins périlleux. En l'absence d'expérience personnelle suffisante et en nous guidant uniquement sur les principes généraux de l'intervention chirurgicale, il nous semble que la symphyséotomie ne devait pas être pratiquée. L'enfant était mort, le corps était sorti des voies génitales; la tête seule séjournait dans le bassin. Il ne restait donc plus qu'à s'occuper de la vie maternelle, et il nous semble qu'on la mettait en question sans nécessité en agissant comme on l'a fait. Au contraire, on était en droit de tout tenter sur le fœtus, qu'on pouvait désormais considérer comme une masse inerte, une tumeur, et traiter en conséquence. L'extirpation, fût-ce par morceaux menus, était permise, et les procédés ne manquent pas pour arriver à une telle fin.

Nous ne croyons pas que le fait de M. Foucault change l'opinion des chirurgiens. Nous sommes heureux qu'il ait sauvé sa malade, et nous en félicitons sincèrement cette dernière.

— Il y a bien longtemps qu'on discute sur la chlorose et sur l'anémie, et cependant il ne semble pas que le sujet soit épuisé ni que les auteurs soient encore prêts de s'entendre sur tous les points de cette vaste et importante question. Aussi, un médecin des hôpitaux, laborieux et instruit, M. Nonat, a-t-il jugé opportun de faire de ces deux maladies une étude nouvelle et de poser à ce propos onze questions qu'il a cherché à résoudre. Le titre seul de son travail, *De la chlorose chez les enfants*, et une observation recueillie sur son propre fils suffisent pour prouver que la chlorose, aux yeux de l'auteur, n'est pas l'apanage du sexe féminin ; qu'elle n'attend pas la puberté pour se produire et qu'elle n'est point régie directement par la fonction ovarique et la menstruation. M. Nonat admet les résultats fournis par l'hématologie moderne et accepte la diminution des globules comme un fait avéré. Mais cet appauvrissement de la masse solide du sang n'est pour lui qu'un effet. Aussi, voulant pénétrer plus profondément dans l'étiologie, il cherche la cause de cet effet et croit l'avoir trouvée dans l'*affaiblissement de la force d'hématose*. Cette interprétation ramène le travail de M. Nonat dans la sphère de juridiction de la physiologie : aussi, c'est comme physiologiste que nous nous permettrons de demander à notre savant confrère ce que c'est que la force d'hématose. Nous ne devons considérer l'hématose que comme un acte et non point comme une force ; dans le langage physiologique exact, qu'il faut bien se résoudre à accepter et à suivre, cet acte n'est pas autre chose que le changement du sang noir en sang rouge, et son siége est le poumon. Nous voulons bien encore ranger dans l'hématose le changement inverse dont les capillaires sont probablement le théâtre, c'est-à-dire le changement du

---

Voici d'abord les eaux *thermales* proprement dites : la source d'*alun* ou de *Saint-Paul* (à Aix), 46 degrés centigrades, pas un de moins ; — la source dite de *soufre* (*ibidem*), qui marque, s'il vous plaît, 44 degrés, contient de l'acide sulfhydrique libre, et ne fournit que *mille sept cent vingt-huit* litres par vingt-quatre heures ; — l'*Échaillon*, eau saline purgative, 8 grammes de principes minéralisateurs par litre, température de 43 degrés ; — *Saint-Gervais*, combinaison puissante d'éléments salins et d'éléments sulfureux, 40 à 42 degrés ; — *Salins*, près Moutiers. Les eaux de Salins « sont, dit M. Calloud, *de toutes les eaux salées thermales connues* les plus fortement minéralisées en chlorure de sodium... ; elles laissent bien loin derrière elles, sous le rapport de la richesse de la minéralisation, les eaux si estimées de Balaruc, de Bourbonne-les-Bains, de la Bourboule et de Salces. » Elles contiennent, en effet, 17gr,50 de principes minéralisateurs (dont 10gr,22 de chlorure de sodium) pour 1000 grammes de liquide. Vrai marais salant ; à telle enseigne qu'on en tirait du sel de cuisine avant la création de l'établissement thermal, qui ne date que de 1840. Température, 38 degrés, la chaleur d'un bain servi à point, en tenant compte du léger refroidissement qui a lieu dans les tuyaux de conduite. Cette source a eu des caprices. En 1848, sous prétexte de tremblement de terre, elle s'est insurgée, et a quitté le canal des bains ; c'est M. de Cavour qui l'a mise à la raison. Cet homme d'État est capable de tout ; — les eaux de *Brides*, d'une température de 36 degrés, et paraissant venir de la même source que celles de l'Échaillon. La même révolution souterraine qui a mis la source de Saint-Gervais en insurrection a découvert celle de Brides, dans un effondrement du sol, tant les fins de la Providence sont impénétrables. — Les eaux sulfureuses, sulfhydriquées, sulfhydratées et alcalines de *la Caille* marquent 28 degrés ; — celles du *Petit-Bornand*, sulfureuses, sulfhydratées et salines ; — celles enfin de *Bromines* et de *Menthon*, d'une température de 18 degrés seulement, sulfureuses, sulfhydriquées, sulfhydratées et alcalines. Il n'y a guère que l'empereur de Chine qui puisse mériter une aussi longue liste d'épithètes flatteuses.

Huit sources sulfureuses froides avaient fourni des échantillons :

sang rouge en sang noir, tout en regrettant qu'il n'y ait pas un mot spécial pour désigner cette métamorphose; mais il nous est impossible d'aller plus loin, et nous ne pouvons donner au terme d'hématose une extension telle qu'il devienne synonyme de diminution ou d'augmentation, de production, insuffisante ou de génération exagérée des globules rouges. Ce sont là des actes d'ordre tout différents.

Tout en applaudissant aux efforts faits par M. Nonat pour déterminer la nature de la chlorose, 1° nous ne saurions reconnaître l'existence d'une force spéciale, dite d'hématose, dans un acte fort analogue aux actes chimiques; 2° nous nous élevons contre toute assimilation entre l'hématose et la production en excès ou en défaut des globules; 3° nous demandons qu'on nous prouve l'affaiblissement chez les chlorotiques de l'acte de l'hématose, ce mot étant pris dans le sens littéral; 4° enfin nous croyons que, si l'affaiblissement de la force d'hématose signifie simplement le défaut de production suffisante des globules rouges, on a moins avancé la solution qu'on ne croit, et qu'on a seulement traduit en termes nouveaux une proposition généralement acceptée. En effet, si l'on posait au premier venu la question suivante : Pourquoi, dans la chlorose, y a-t-il diminution de globules? il pourrait répondre sans se compromettre : C'est que les globules susdits ne sont plus produits aussi abondamment que dans l'état normal et que la force qui les engendre est affaiblie.

— En arrivant à la lecture de M. Gosselin, le terrain se raffermit sous nos pieds. Le chirurgien de l'hôpital Beaujon a basé son travail sur deux observations relatives à une maladie rare, la mydriase double. Dans un cas, l'affection étant survenue spontanément, dans l'autre elle était survenue à la suite d'une angine maligne et coïncidait avec une paralysie du voile du palais. Les symptômes étaient, du reste, ceux qu'on observe dans la dilatation permanente de l'iris, n'occupant qu'un seul œil; milieux et membranes étaient sains, mais il y avait presbytie, impossibilité de lire des caractères fins ou de distinguer des objets petits ou rapprochés; au contraire, récupération à peu près complète de la vue quand les objets étaient regardés à travers le trou minime fait à une carte par une piqûre d'épingle. La pupille était largement dilatée; l'iris, insensible aux excitations lumineuses obéissait encore et sans hésitation au courant galvanique. Aussi l'électricité et la strychnine furent les agents d'une guérison complète dans le second cas, et d'une très grande amélioration dans le premier.

M. Gosselin a insisté particulièrement sur le diagnostic de la mydriase double, qu'on pourrait confondre et qu'il croit avoir été déjà confondue avec l'amblyopie. Cette méprise, qui suppose un examen bien superficiel, aurait de graves inconvénients si elle se prolongeait; car la rétine, saine au début, pourrait peut-être, à la longue, souffrir d'une exposition trop vive à la lumière et du défaut de protection que l'iris lui fournit contre cet agent. L'amblyopie consécutive pourrait en résulter. La presbytie d'une part, de l'autre l'épreuve de la carte perforée, mettraient sans peine à l'abri de l'erreur; car, par malheur, les vrais amaurotiques ne voient ni de près ni de loin. Le succès obtenu par l'électricité, dans le cas de mydriase consécutive à l'angine grave, fait supposer à M. Gosselin que l'affaiblissement de la vue qui survient dans ces circonstances est une paralysie plutôt qu'une anesthésie; en d'autres termes, que les fibres musculaires de l'iris sont en cause, et non point la rétine elle-même. Cette hypothèse est tout à fait erronée, comme on peut s'en convaincre en lisant le bon travail de M. Maingault (1).

Sans renfermer rien de neuf, la note de M. Gosselin présente de l'intérêt, ne fût-ce qu'en raison de la rareté de la mydriase double, sans amaurose ni lésion des nerfs orbitaires. Le traitement qui a été mis en usage est logique; mais pour éviter les illusions trop grandes qu'on pourrait se faire sur sa valeur, il est utile de reproduire ici une phrase tirée d'un bon article sur ce sujet.

« Le résultat des observations de Demours, dit Mackenzie (2), est que sept cas sur neuf marchent vers la guérison, même sans aucun traitement, point qu'il importe de ne pas perdre de vue, lorsqu'on veut apprécier l'efficacité des remèdes, et enfin que l'on ne peut guère qu'accélérer la cure, surtout par l'emploi des stimulants internes. »

Je ne veux pas dire, Dieu m'en garde, qu'on a eu tort de traiter le mal, et qu'il eût mieux valu en confier la cure à cette excellente nature médicatrice. La bonne dame est fort puissante à la vérité, et en général assez bien intentionnée, mais elle a souvent des caprices et des absences; aussi fait-on prudemment de l'aider sans attendre qu'elle le demande.

— L'abondance des travaux qui nous parviennent et la nécessité de mettre nos lecteurs au courant des nombreuses questions qui s'agitent chez nous et à l'étranger nous forcent

(1) *De la paralysie diphthérique*, 1860, p. 31.
(2) *Traité pratique des maladies de l'œil*, 4e édition, traduite et annotée par Warlomont et Testelin, 1857, t. II, p. 602.

à leur tête, celle de *Challes*. Sous le rapport de la richesse en sulfure sodique, les eaux de Challes, suivant M. Calloud, sont aux eaux de Bonnes comme 30 est à 1, différence énorme, il faut l'avouer. La différence est, relativement à Cauterets, de 22 à 1; relativement à Baréges, de 16 à 1; à Labassère, de 12 à 1; à Luchon (Reine), de 11 à 1; à Cadéac, de 7 à 1. Viennent ensuite les sources de *Cruet* (sulfureuses, sulfhydratées); *Marlioz* (sulfureuses, sulhydriquées, sulfhydratées); *Chamonix* (de plus en plus fort : sulfureuses, sulfhydriques, sulfhydratées et alcalines); *la Golaise* et *Suandaz* (sulfureuses, etc., et salines); *Lorney* (sulfureuses et alcalines); enfin *La Boisserette* (analogue à Challes).

Voulez-vous des eaux alcalines simples? Voici *Coëse*, tirée de l'oubli par le docteur Dubouloz; *Évian*, la coquette, aimée des malades, adorée des gens bien portants; *Saint-Simon*, près d'Aix, et digne d'un si glorieux voisinage. Vous plaît-il des eaux alcalines ferrugineuses, avec acide carbonique libre ou acide carbonique combiné? On vous en comptera sept : *la Boisse*, *Planchamp*, *Albens*, *Mathonay*, *Eaux-Rouges*, *Saint-Simon*, déjà nommé, et *Amphion*. A propos de cette dernière station, écoutez l'histoire du pauvre nocher des enfers racontée par lui-même :

..... Depuis la découverte
De ce liquide universel,
Souverain remède à tout mal,
La porte qui, sans cesse ouverte,
Conduit les hommes au trépas,
Prodige qu'on ne connaît pas,
Pour toujours va rester fermée.....
La Parque en est fort alarmée,
Cerbère en sèche de dépit,
Le vieux Pluton s'est mis au lit.
. . . .
Ne tirant là-bas plus d'aubaine
De cette disette de morts,
Sagement il me prit envie
De conduire ici les vivants
(A qui Dieu donne de longs ans!)
Puisqu'il me faut gagner ma vie.

à négliger, à notre grand regret, des sources scientifiques auxquelles nous voudrions puiser plus souvent et parmi lesquelles nous mettons la Société de chirurgie au premier rang. Depuis bien longtemps nous n'avons pas parlé des travaux importants qui donnent aux séances de cette réunion un si véritable intérêt au double point de vue de la science et de l'art.

Nous n'avons pas la prétention de faire connaître, même en résumé, les diverses communications qui ont été produites dans ces derniers mois, et nous nous contenterons de signaler quelques faits et quelques discussions qui suffiront pour attester que le zèle pour la science ne se ralentit pas dans le cénacle du palais de l'Abbaye.

Commotion cérébrale. — Plusieurs séances ont été presque exclusivement consacrées à discuter l'existence de cet état pathologique décrit par nos ancêtres et sur lequel, depuis bien des années, on n'est pas encore parvenu à s'entendre. Les termes du débat et les dissidences radicales qui se sont manifestées prouvent qu'on est aujourd'hui moins que jamais disposé à admettre, sur la foi de l'autorité, des espèces nosologiques indécises, privées de la base solide de l'anatomie pathologique.

C'est à propos d'un rapport de M. Deguise fils que la discussion a pris naissance. A peine s'il est nécessaire de poser la question : aussi serons-nous bref.

A la suite d'une chute d'un lieu élevé ou d'une violence portant directement sur le crâne, le blessé perd immédiatement connaissance et tombe dans la résolution. Il ne reprend pas ses sens et meurt au bout d'un temps plus ou moins long. L'autopsie faite, on ne trouve dans les centres nerveux aucune lésion appréciable ou seulement que des lésions qu'on regarde comme insignifiantes et incapables d'expliquer la mort. On dit alors que le malade a succombé à la commotion cérébrale.

On n'attend pas toujours la nécropsie pour porter le diagnostic, et, en se fondant sur les symptômes observés, on reconnaît la nature du mal à sa marche, aux phénomènes négatifs, à l'absence des signes qui caractérisent d'autres états morbides qui ont une anatomie pathologique. Il est bon de noter toutefois que la symptomatologie de la commotion est des plus infidèles, et que, dans un très grand nombre de cas, le diagnostic a été démenti à l'amphithéâtre.

La commotion cérébrale continue pourtant à avoir ses défenseurs; mais, comme s'ils reculaient eux-mêmes devant cette idée choquante d'une mort violente sans cause matérielle, ils admettent bravement que les fibres nerveuses de l'encéphale ont subi un ébranlement, un tassement, une modification intime et moléculaire qui n'ont pas laissé de traces, d'où il résulte que, pour expliquer un fait déjà très extraordinaire, la cessation de la vie sans altération anatomique, on crée une hypothèse qui attend encore sa démonstration, car personne, à notre connaissance du moins, n'a prouvé le tassement des molécules nerveuses, et personne n'aura la prétention de donner comme des faits positifs un ébranlement et une modification moléculaire qui ne sont, en somme, que des mots jusqu'à ce jour vides de sens.

Si au moins les cas de mort survenus dans ces conditions étaient communs, on pourrait, en les comparant, en les groupant, en les critiquant, arriver à en faire une étude convenable et fructueuse; mais par malheur ces faits sont d'abord très rares, puis la plupart d'entre eux remontent à une époque où les investigations anatomiques étaient très imparfaites. Enfin les autopsies n'ont presque jamais été faites assez complétement pour qu'on soit certain que la mort n'avait pas sa cause dans la lésion d'un viscère autre que l'encéphale.

C'est pourquoi deux opinions bien distinctes se partagent les chirurgiens : les uns admettent la commotion classiquement décrite, et s'efforcent de démontrer que les cinq ou six observations que possède la science sont probantes et suffisantes. Les fauteurs de cette affirmation sont peu nombreux. Nous n'avons compté à la Société de chirurgie que MM. Deguise fils et Banchet. Le premier a cité un cas curieux tiré de sa pratique, mais avec une concision beaucoup trop grande suivant nous. Le second, ayant réuni des matériaux pour une thèse de concours, a rassemblé une demi-douzaine de faits qu'il trouve probants. Les autres, en majorité à la Société, ne se hasardent pas à nier la commotion d'une manière générale, mais ils contestent la valeur des observations publiées, et s'étonnent, avec quelque raison, de ne plus voir se produire d'exemples nouveaux à l'époque actuelle, alors qu'on fait plus d'autopsies que jamais, et que chacun comprend toute l'importance que présenterait un seul fait affirmatif bien authentique. MM. Chassaignac, Giraldès et Gosselin ont parlé dans ce sens. Tous les membres qui se sont tus convenaient implicitement qu'ils n'avaient jamais observé la fameuse commotion mortelle, sans quoi ils auraient certainement grossi la liste de ceux qui l'admettent.

Une troisième opinion existe, quoiqu'elle ne se soit pas produite dans la discussion; elle consiste dans la négation

---

Et l'omnibus que conduit maintenant Caron est toujours plein, à ce que dit le rimeur de la Nymphe des eaux.

L'auteur du rapport dont nous parlions plus haut, M. Calloud, avait dressé pour la grande exposition de Turin, en 1858, une *Carte de l'hydrologie minérale de la Savoie*, dont il a fait don à la Société médicale de Chambéry. Mais il paraît que le cadeau n'a guère profité à ses collègues; la carte est restée à Turin, on ne sait en quelles mains, et les réclamations les plus persistantes n'ont pu l'en retirer. Après tout, M. Calloud, bon Français, a de quoi se consoler. Le Piémont a l'étiquette, la France a le liquide.

Une importante question agite en ce moment le corps des médecins hydrologues de la Savoie, plus particulièrement les médecins d'Aix. Dans cette célèbre station, le service médical repose depuis six ans sur un système très différent du système français, et dont nos nouveaux confrères sont unanimes à préconiser les avantages. Il s'agit de savoir si l'annexion fera tomber un ordre de choses longtemps désiré, demandé avec instance, et qui fonctionne mieux encore qu'on n'avait osé l'espérer. Il ne faut pas oublier que des circonstances particulières motivent l'intervention de la localité sur ce point d'administration générale. Quand l'avenir de l'établissement cessa d'être lié aux intérêts du Casino d'abord, puis à ceux du chemin de fer Victor-Emmanuel, ce furent les habitants d'Aix et de la Savoie qui se chargèrent des travaux de captage des eaux et de l'exploitation des sources aux conditions stipulées avec la compagnie du chemin de fer. Le fonds social étant estimé à 900,000 fr., la province de *Savoie-Propre* dut en fournir les deux tiers, y compris une cote de concours de 100,000 francs à la charge de la ville de Chambéry, et de 60,000 francs à la charge de la ville d'Aix.

A Aix, il n'y a pas d'inspecteur. Tous les médecins reçus dans les universités du royaume et domiciliés dans cette station forment une commission médicale consultative attachée à l'établissement, et qui a un président, un vice-président et un secrétaire. *Tous* sont appelés, à tour de rôle, à exercer les fonctions de la présidence. Chaque année le président sortant doit remettre au secrétaire royal près l'établissement un rapport contenant la statistique générale de la saison, le mouvement des malades, un compte rendu

pure et simple de la commotion portée jusqu'au point de donner la mort.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que ces dissidences radicales se manifestent, et il serait temps qu'elles eussent un terme. Ce n'est pas en affirmant d'un côté et niant de l'autre, qu'on arrivera à concorder, et tout indique qu'il faut changer de voie. Tout a été dit pour ou contre les observations de Littre et consorts. Il n'y a donc pas à y revenir. Pour complaire aux partisans de la commotion, je veux bien admettre avec eux que ces observations sont exactes en fait. Elles prouveraient que la mort peut survenir après une chute ou une violence portant sur le crâne sans que l'encéphale soit désorganisé. C'est là le seul fait acquis au débat. Mais elles ne prouveraient nullement que le blessé est mort par le cerveau, pour employer le langage de Bichat. L'intégrité de ce viscère serait même de nature à faire croire qu'il n'est pour rien dans l'issue funeste. N'est-il pas assez singulier, en effet, que l'on cherche précisément la cause de la mort dans un organe qu'on déclare absolument indemne?

Mais je ne veux pas aller plus loin, car je regarderais comme aussi téméraire dans l'état actuel de la science de nier la commotion que de l'admettre; ce que je veux dire, c'est qu'il ne faut plus se payer de mots creux comme ceux de lassement et d'ébranlement des fibres nerveuses. Lorsque se présenteront des cas de mort qu'on pourrait, par les causes et les symptômes, rapporter à la commotion classique, il faudra faire les autopsies avec un soin minutieux, en examiner tous les viscères et en particulier le cœur, avec l'attention la plus scrupuleuse; ouvrir tous les vaisseaux de l'encéphale, examiner la moelle, le bulbe, les nerfs pneumogastriques, en un mot tous les organes dont la lésion peut être la cause d'une mort plus ou moins prompte.

Il sera nécessaire de se défier encore des résultats nécropsiques constatés vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, car certaines lésions, pour être fugaces, n'en sont pas moins et réelles et graves. Les suffusions séreuses, les replétions vasculaires, sont dans ce cas. Les congestions sanguines violentes, l'apoplexie séreuse, sont réputées capables de causer la mort, et quelles traces parfois laissent-elles à l'autopsie? M. Chassaignac, peu partisan de la commotion cérébrale, énonçait avec réserve que la mort qu'on lui attribue pourrait peut-être bien être due à une violente congestion des vaisseaux intra-crâniens. Comment les commotionnistes pourraient-ils réfuter cette théorie, et que pourraient-ils m'opposer si je disais que la mort survient soit par paralysie et dilatation temporaire des vaisseaux veineux avec suffusion séreuse consécutive, soit par contraction prolongée ou effacement des artérioles et des artères cérébrales suspendant la circulation encéphalique, soit par troubles de l'hématose ou de la circulation cardiaque, s'il me plaisait, en un mot, de tirer de mon cerveau une hypothèse quelconque qui vaudrait bien la leur?

Quand une question posée depuis longtemps vient à être de nouveau débattue par une réunion de chirurgiens distingués et d'observateurs éminents, et qu'elle reste aussi indécise après qu'avant la discussion, on peut craindre que les termes de cette dernière soient mal posés, et affirmer que des faits nouveaux et bien observés sont seuls capables de dissiper les ténèbres.

C'est la signification, non sans importance à nos yeux, qu'a présentée le débat dont nous venons de rendre compte.

(La suite au prochain numéro.)

AR. VERNEUIL.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDES SUR LA CHLOROSE, ENVISAGÉE PARTICULIÈREMENT CHEZ LES ENFANTS. — Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de médecine, par le docteur A. NONAT, médecin de la Charité.

Je veux chercher dans ce travail, bien moins à écrire une monographie qu'à élucider les points les plus obscurs de l'histoire de la chlorose, et à ramener les esprits vers une doctrine plus conforme à la saine observation, et plus en rapport avec l'enseignement des faits.

Dans ce but, je me propose d'étudier successivement et, s'il se peut, de résoudre les questions suivantes :

1° Qu'est-ce que la chlorose?

2° La chlorose diffère-t-elle de l'anémie?

3° Quels sont les principaux caractères distinctifs de ces deux états morbides?

4° Y a-t-il réellement deux variétés de chlorose : l'une idiopathique, l'autre symptomatique?

5° La chlorose est-elle exclusivement propre à la femme?

6° La chlorose peut-elle être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention des menstrues?

7° Est-il vrai que la chlorose ne se manifeste pas avant l'âge de la puberté?

8° De la chlorose chez les enfants.

9° Influence de la chlorose sur le développement organique et sur la constitution.

---

clinique, et une relation du service de l'hôpital pendant l'année écoulée. Le délégué du gouvernement, qui souvent prend part aux travaux de la commission, peut apprécier, sinon tout le mérite, du moins la sincérité de rapports qu'il a concouru à préparer.

Voilà l'économie générale du système, tel que nous le trouvons exposé dans un excellent *compte rendu* de M. Veyrat (pour 1856). L'établissement d'Aix voudrait, sous ce rapport comme sous plusieurs autres, échapper à la législation française. Y réussira-t-il? Nous lui dirons franchement notre pensée. Non, le gouvernement ne reconnaîtra jamais une organisation exceptionnelle (même à titre d'essai, comme on l'a demandé) pour un de ses établissements thermaux; nulle part il ne voudra supprimer son agent responsable. A nos yeux, tout ce que les esprits pratiques doivent tendre à réaliser, c'est la *combinaison* du régime d'Aix avec le régime français, et alors l'espérance pourrait aller plus loin que ne la portent nos confrères. Il s'agirait, non plus de conserver un bien local, mais de rendre ce bien général en le pliant aux exigences amenées par l'annexion. Pour notre compte, après avoir parcouru une bonne partie des *comptes rendus* des présidents de la commission consultative, après nous être renseigné auprès de personnes compétentes et désintéressées, nous demeurons convaincu que l'existence d'une commission offre de très sérieux avantages. Elle entretient l'esprit de confraternité, adoucit les aspérités de la concurrence, multiplie les aperçus scientifiques et administratifs, éclaire et mûrit les opinions et assure aux rapports annuels une perpétuité en même temps qu'une diversité d'intérêt que peuvent rarement mettre dans les leurs nos inspecteurs français. Ce qu'il y aurait donc à faire, ce serait de placer auprès de chaque inspecteur une commission prise parmi les médecins de la station. Le rapport sortirait toujours de la même plume, mais l'agent du gouvernement ne serait ici que l'interprète de la majorité; il s'éclairerait des mêmes lumières et s'aiderait du même appui que le président transitoire de la commission d'Aix. Nous n'y mettons qu'une restriction: nous voudrions que la condition de séjour dans la station hydrominérale fût plus sévère et soumise à des garanties sérieuses de sincérité. Tout le monde sait que nos thermes de France sont l'objet d'une foule de tenta-

10° Influence du développement organique sur l'état chlorotique.

11° Existe-t-il un traitement spécifique de la chlorose?

La plupart des traités classiques de médecine décrivent plutôt qu'ils ne définissent la chlorose. Leur définition, calquée sur celle de Fr. Hoffmann, n'est qu'une énumération sommaire des principales altérations fonctionnelles et de quelques-uns des signes extérieurs qu'on observe dans cette affection. Ce défaut de précision dans la définition de la chlorose, résulte nécessairement du vague, de l'incertitude, qui planent toujours sur sa nature, sur son véritable caractère nosologique. Il n'est douteux pour personne aujourd'hui qu'il n'y ait dans la chlorose une diminution très sensible des globules du sang; et c'est là ce qui constitue essentiellement l'expression anatomique de la maladie.

Mais à quoi tient cette lésion? quelle en est la cause fonctionnelle? C'est ici qu'est la difficulté, et qu'on voit la discorde se mettre dans le camp des pathologistes.

Suivant M. Bouillaud qui s'est, à mon avis, le plus rapproché de la vérité, « la chlorose est due à une prédisposition native, originelle, prédisposition organique, dit-il, aussi réelle qu'elle est difficile à définir. » J'adopte les premiers termes de cette définition; je crois, avec M. Bouillaud, que la chlorose tient à une prédisposition native, originelle, pour me servir des mêmes expressions; mais j'ajoute que cette prédisposition que l'éminent nosographe renonce à définir, est liée à un abaissement de la force d'hématose.

Je m'explique :

Je nomme *force d'hématose* la résultante des forces ou fonctions qui concourent à la sanguification ou à la confection du sang.

La force d'hématose est corrélative de la richesse du sang; elle s'évalue par la proportion des globules. La proportion des globules sanguins doit donc être considérée comme l'expression ou la mesure de la force d'hématose.

La force d'hématose, comme le degré de globulisation du sang, est variable suivant les espèces animales, et dans chaque espèce, suivant les âges, les sexes et certaines conditions individuelles.

Dans l'espèce humaine, la force d'hématose a des bornes physiologiques qu'elle ne doit dépasser, ni en plus, ni en moins.

La force d'hématose est plus élevée chez l'homme que chez la femme.

Dans les deux sexes, elle s'accroît avec l'âge jusqu'à l'entier développement de l'organisme; dès lors, elle reste stationnaire, ou, du moins, ses variations ne paraissent plus recevoir de l'âge une influence marquée.

Si cette force d'hématose est exagérée, les globules sont en excès dans le sang, et il se produit un état morbide connu sous le nom de *pléthore;* si, au contraire, la force d'hématose est abaissée, la proportion des globules sanguins est aussi diminuée; et il se manifeste alors un état pathologique opposé : la *chlorose.*

Je définirai donc la chlorose, une *maladie caractérisée* fonctionnellement *par un abaissement de la force d'hématose,* et anatomiquement par *une diminution dans la proportion des globules du sang.*

Beaucoup de médecins admettent que la chlorose et l'anémie sont deux états identiques; ils arguent de la similitude des symptômes, de l'analogie de la marche des deux affections, de l'identité de causes et de l'efficacité des mêmes moyens de traitement. Ils seraient dans le vrai, si toutes ces preuves étaient parfaitement fondées, mais elles ne sont pas justifiées par une observation clinique rigoureuse.

Entre les symptômes de la chlorose et ceux de l'anémie, il y a plutôt une apparente analogie qu'une ressemblance réelle; et, pour ne parler que des troubles nerveux, ils sont plus fréquents, plus étendus, plus profonds et surtout beaucoup plus rebelles dans la chlorose que dans l'anémie.

Ceux qui voient deux affections identiques dans la chlorose et dans l'anémie, prétendent que le sang présente, dans les deux cas, les mêmes changements dans sa constitution (Grisolle, *Pathol. int.*, t. I, p. 189). C'est une erreur, qui a sa source dans les analyses que les chimistes ont faites du sang, et dans lesquelles on trouve sans cesse confondues les expressions de chlorotiques et d'anémiques. D'accord avec MM. Andral et Gavarret, je crois que dans la chlorose il y a seulement diminution dans la proportion des globules, tandis que dans l'anémie la diminution porte presque toujours simultanément sur toute la masse du sang.

Ainsi donc, la plupart des analyses et en particulier celles de Fœdisch, dans lesquelles on trouve un abaissement simultané des globules et de la fibrine, n'appartiennent pas au sang des chlorotiques, mais bien à celui des anémiques. On ne saurait, en conséquence, les invoquer comme un argument en faveur de l'identité des deux affections.

Cette différence ressort bien plus encore de l'étude des causes des deux affections.

L'anémie est un accident; elle est le résultat de pertes de sang plus ou moins abondantes; ou bien elle est produite par les troubles profonds que subit la nutrition sous l'influence d'une maladie toxique, virulente, infectieuse ou organique. Dans l'anémie, la force d'hématose demeure intacte; elle ne subit aucune altération.

Mais dans la chlorose, cette force est abaissée; aussi la chlorose est-elle inhérente à la constitution et s'apporte-t-elle en naissant; c'est une maladie congénitale, une sorte d'idiosyncrasie. C'est, si l'on veut, une manière d'être résultant d'un fonctionnement défectueux des organes chargés de la sanguification.

On peut produire artificiellement l'anémie; il suffit pour cela d'épuiser un animal par la saignée; mais, comme l'a dit avec raison M. Trousseau, n'est pas chlorotique qui veut!

Quant à l'identité de traitement, je ne l'admets pas non plus, la chlorose réclamant l'emploi du fer, l'anémie guérissant, au contraire, sous la seule influence d'un bon régime.

Tout ce qui vient d'être dit tend donc à démontrer que la chlo-

---

tives d'exploitation de la part de médecins étrangers à la localité, et dont l'autorité ne nous paraîtrait pas acquise par un an, ni même par deux ans de séjour.

Un mot sur la géographie médicale de la Savoie, mais un mot seulement pour indiquer le nouveau terrain livré à notre observation.

La population est grande et forte dans une bonne partie de la Savoie; ce n'est que dans certaines vallées qu'elle est dégradée par le crétinisme. Parmi les divisions administratives sardes, la Savoie occupe le deuxième rang sous le rapport de la taille des conscrits; deux de ses provinces, le Chablais et le Faucigny, priment toutes celles des États. Le chiffre moyen des réformes, pour toute la Savoie, est de 11,80 pour 100 (la taille requise est de 1m,541).

Relativement à la *mortalité*, nous croyons pouvoir garantir l'exactitude des chiffres suivants : En Maurienne, 1 pour 35; Tarentais, 1 pour 41; Chablais et Genévois, 1 pour 43; Faucigny, 1 pour 44.

Inutile de dire qu'on rencontre surtout le crétinisme dans la Tarentaise et la Maurienne. Mais nous devons signaler la fièvre palustre endémique qui désole les vallées du Gelon, et qui se rencontre aussi près des marais du Bourget, de la Chantagne et d'Annecy. Il faudra chercher pourquoi le croup, nous parlons du croup vrai, qui était autrefois presque inconnu en Savoie, y est devenu assez fréquent dans ces dernières années. On remarquera aussi que la pellagre y fait défaut, bien que le maïs et les châtaignes soient la base de l'alimentation dans certaines localités.

Ce sont là les principaux sujets d'études qui nous viennent en mémoire. Il y en a bien d'autres susceptibles de rendre spécialement précieuse à la médecine une acquisition si heureuse pour le pays tout entier.

A. Dechambre.

rose et l'anémie sont deux états morbides différents. Ils peuvent se compliquer l'un l'autre, et il n'est pas rare de les rencontrer simultanément chez le même sujet. Cet état complexe constitue la *chloro-anémie;* on l'observe chez les individus primitivement chlorotiques, qui ont subi d'abondantes déperditions sanguines, ou qui sont atteints d'affections organiques avancées.

De la définition que j'ai donnée de la chlorose et do l'opinion que j'ai émise sur la nature de cette affection, il ressort évidemment que la chlorose, à mes yeux, est une maladie essentielle, idiopathique, et qui mérite une place spéciale dans le cadre nosologique. Quant aux chloroses dites symptomatiques, je les range, à titre d'espèces, dans la classe des anémies, c'est-à-dire parmi les altérations du sang qui reconnaissent pour cause l'introduction dans l'économie d'un principe toxique ou virulent.

Hoffmann déclare nettement que c'est folie de soutenir que l'homme peut être atteint de chlorose.

Dans une discussion académique toute récente (5 juin 1860), M. Trousseau a déclaré formellement que « la chorose est une maladie presque exclusive à la femme. » Je ne crois pas me tromper en disant que M. Trousseau est *presque* le seul aujourd'hui de son opinion.

Dans le même discours, M. Trousseau a professé que la chlorose peut être la conséquence de la suppression ou de la rétention des règles. Je ne saurais adopter une pareille manière de voir; pour moi, la chlorose, loin d'être la conséquence d'une anomalie ou d'un dérangement des menstrues, en est, au contraire, assez généralement la cause. Les faits qui servent de base à la doctrine opposée sont des faits mal observés ou mal interprétés. Ils se rapportent tous à des cas où la chlorose, restée latente ou méconnue, n'a été constatée qu'à l'occasion des troubles de la menstruation.

En considérant la chlorose ainsi que je le fais, comme un appauvrissement de sang, toujours et uniquement déterminé par une insuffisance de la force d'hématose, il devient clair que la chlorose doit précéder et précède constamment le dérangement de la menstruation, et qu'en aucune manière elle ne peut en être le résultat.

Hoffmann prétend que la chlorose ne se montre jamais avant la puberté. C'est une opinion que se sont efforcés de soutenir ceux qui regardent la chlorose comme une conséquence de la rétention ou de la suppression du flux menstruel.

Pour nous, la chlorose est une maladie de tous les âges, et même, contrairement à l'opinion généralement accréditée, elle est plus commune dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie.

Cette proposition m'amène naturellement à l'objet principal de ce travail, à l'étude de la chlorose chez les enfants. Ce qui va suivre servira comme de démonstration à la plupart des idées qui précèdent.

De la chlorose chez les enfants. — La chlorose chez les enfants n'a pas encore été l'objet de recherches spéciales et suivies; entrevue par Sauvages, niée par les auteurs du *Compendium*, signalée par M. H. Roger, elle a été de ma part le sujet d'études persévérantes depuis plus de huit années.

Les observations que j'ai recueillies seulement en ville forment maintenant un contingent de 68 cas, répartis de la manière suivante :

1° *Relativement au sexe :*

Garçons	27 cas.
Filles	41
Total......	68 cas.

2° *Relativement à l'âge :*

a. Au-dessous de 1 an	3 cas.
b. De 1 an à 2 ans.....	17
c. De 2 ans à 3 ans.....	6
d. De 3 ans à 4 ans.....	5
e. De 4 ans à 5 ans.....	4
f. De 5 ans à 6 ans.....	6
g. De 6 ans à 7 ans.....	4
h. De 7 ans à 8 ans.....	7
i. De 8 ans à 10 ans.....	5
j. De 10 ans à 15 ans.....	11
Total.......	68 cas.

Ces chiffres prouvent : 1° que la chlorose s'observe dans l'enfance et qu'on la rencontre dès les premiers mois de la vie; 2° qu'elle est commune aux enfants de l'un et l'autre sexe; 3° qu'elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Il résulte aussi de ces données numériques que le nombre des enfants chlorotiques est assez considérable. Je regrette de n'avoir pas les éléments nécessaires pour en fixer exactement la proportion relative, mais je suis certain que je n'exagérerais pas si, en m'en rapportant uniquement à mes souvenirs, j'établissais approximativement que les huit dixièmes des enfants sont affectés de chlorose.

La chlorose est essentiellement héréditaire. J'ai eu maintes fois l'occasion de la constater simultanément chez la mère et chez l'enfant, et très souvent je l'ai rencontrée chez plusieurs ou chez tous les enfants de la même famille; j'ai pu compter ainsi jusqu'à six, sept et même huit enfants chlorotiques dans la même lignée.

Les mauvaises conditions hygiéniques, de nourriture et d'habitation, ont une influence immense sur la marche et l'évolution des phénomènes chlorotiques, qu'elles aggravent toujours; mais on ne saurait, à mon avis, les faire figurer dans la pathogénie proprement dite de la chlorose.

Ainsi qu'il résulte de mes observations, la chlorose se manifeste chez les enfants *toujours* par le bruit de souffle pathognomonique; *assez souvent* par la décoloration des téguments, par l'abattement des forces, l'inaptitude aux mouvements et par divers troubles digestifs. Mais les accidents nerveux, qu'on observe si fréquemment chez les jeunes filles chlorotiques après l'âge de la puberté, sont très rares chez les enfants.

La chlorose exerce une influence fâcheuse sur le développement régulier de l'organisme. Les sujets chlorotiques ont une enfance pénible, traînent même quelquefois une vie languissante, subissent à un très haut degré l'action des causes morbifiques, et sont plus exposés que les autres à tous les dérangements de la santé. En raison du défaut de réaction, les maladies, chez ces enfants, présentent un caractère remarquable d'adynamie, et les convalescences se montrent d'une lenteur inusitée.

On comprend que ces effets doivent être très variables dans leur intensité, et toujours proportionnés au degré d'abaissement de la force d'hématose.

Si la chlorose exerce une action funeste sur le développement organique, celui-ci, par contre, exerce sur l'état chlorotique une action généralement avantageuse. Quelquefois, en effet, lorsque l'enfant vit d'ailleurs au sein de conditions favorables, au fur et à mesure que celui-ci se développe et grandit, ses organes acquièrent plus de vigueur, ses fonctions s'accomplissent avec plus d'énergie et de régularité; la force d'hématose, jusqu'alors incomplète, se ranime et s'élève progressivement au taux physiologique. En même temps, le sang recouvre ses qualités vivifiantes et reprend la proportion normale de ses éléments plastiques. C'est ainsi que tout rentre dans l'ordre et que la chlorose guérit spontanément et par les seules ressources de la nature.

Mais si cette révolution salutaire ne s'opère point à l'époque de la puberté, celle-ci s'établit péniblement, et cette difficile période est traversée par mille accidents divers. Ces accidents s'observent particulièrement chez les filles à cause de la fonction nouvelle qui marque, chez elles, l'époque de la puberté. Chez celles qui sont atteintes de chlorose, la menstruation s'établit difficilement, et quelquefois même au milieu des orages les plus violents pour la santé.

Existe-il quelque remède véritablement curatif de la chlorose? Je ne le pense pas. A mes yeux, le fer lui-même est impuissant à guérir la chlorose, c'est-à-dire à remédier avec une entière efficacité à l'insuffisance de la force d'hématose, à corriger la disposition organique vicieuse d'où dépend l'abaissement de la force qui fait le sang. Cet état défectueux de l'économie ne peut être modifié que par le développement successif et régulier de l'organisme; c'est donc, comme nous l'avons déjà dit plus haut, spontanément et par les ressources de la nature que la chlorose guérit le plus souvent.

Que si jusqu'à présent on a exagéré l'efficacité des martiaux

dans la chlorose, c'est qu'on a perdu trop tôt les malades de vue, et qu'on a pris des améliorations passagères pour des cures complètes; c'est qu'on a généralement confondu la chlorose avec l'anémie; c'est encore parce qu'on n'a guère observé la chlorose et étudié les effets du fer que sur des sujets ayant dépassé l'âge de la puberté. Qu'en résultait-il? C'est qu'à cet âge, la chlorose guérissant souvent d'elle-même, on attribuait à la puissance du remède ce qui était un bénéfice de nature.

Mais, en étudiant la chlorose chez les enfants, on ne tarde pas à se convaincre de la non-spécificité des préparations ferrugineuses. En effet, chez tous les enfants qu'il m'a été donné d'observer, je me suis assuré, par une longue expérimentation, que le traitement habituel de la chlorose ne fait qu'améliorer l'état de la constitution sans relever complétement la force d'hématose. Toutefois, si le fer n'est pas le spécifique de la chlorose, il en est jusqu'à présent le meilleur palliatif. En conséquence, on ne saurait trop se hâter de soumettre à cette salutaire médication les enfants qui présentent les signes habituels de l'état chlorotique.

Le fer réduit, étant dépourvu de saveur, m'a paru la préparation la plus convenable pour les sujets en bas âge.

Il est superflu d'ajouter que l'action des ferrugineux doit être secondée par un régime approprié, une nourriture saine et substantielle, et par toutes les conditions d'une bonne hygiène : habitation salubre, promenades et exercices au grand air, etc.

Dans les cas de chlorose compliquée, on doit se conduire suivant les indications spéciales, et combattre les complications avant d'attaquer la chlorose.

Je suis d'avis qu'il faut s'abstenir des préparations ferrugineuses chez les enfants tuberculeux ou fortement prédisposés à la phthisie pulmonaire; et, sous ce rapport, je partage entièrement l'opinion de M. Trousseau.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La chlorose est une affection native, originelle, qui procède fonctionnellement d'un abaissement de la force d'hématose.

2° La chlorose est essentiellement distincte de l'anémie. Ces deux états morbides diffèrent l'un de l'autre par leur étiologie, par l'altération du sang, par la marche des symptômes, et par le traitement qui leur convient.

3° La chlorose constitue une unité morbide; elle est toujours idiopathique, et les diverses chloroses symptomatiques décrites par les auteurs doivent se rapporter aux différentes formes d'anémie.

4° La chlorose n'appartient pas exclusivement à la femme; on l'observe aussi chez l'homme, mais un peu moins fréquemment.

5° Loin d'être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention des règles, elle est, le plus souvent, la cause de ces accidents.

6° La chlorose n'est pas une maladie propre à l'âge de la puberté; on la rencontre à toutes les périodes de la vie.

7° Elle est très fréquente chez les enfants, où elle n'a pas été suffisamment observée jusqu'à ce jour.

8° La chlorose exerce une influence préjudiciable sur le développement de l'organisme; elle joue un grand rôle dans la production des maladies, et elle contribue à ralentir leur marche et à prolonger la durée de la convalescence.

9° Le fer n'est point le spécifique de la chlorose au même titre que le mercure dans la syphilis et le quinquina dans les fièvres intermittentes. La chlorose guérit spontanément avec l'âge, par suite du développement régulier de l'organisme. Néanmoins, il est nécessaire d'administrer les préparations ferrugineuses, qui constituent jusqu'à présent la médication auxiliaire la plus efficace.

Recherches sur la coloration bleue et verte qu'on observe au voisinage des plaies et qu'on a souvent confondue avec la véritable suppuration bleue des auteurs, par M. Chalvet, interne des hôpitaux. (Extrait des *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1860.)

La couleur ordinaire du pus de bonne nature est, comme tout le monde le sait, d'un blanc cendré un peu jaune. On l'a comparée avec raison à la flanelle de santé légèrement sale. Cependant il n'est pas rare de voir le pus des suppurations les plus satisfaisantes colorer en jaune d'ocre ou en jaune verdâtre les linges qui en sont imbibés.

Nous sommes tout à fait de l'avis de ceux qui font dériver ces diverses teintes d'une modification des matières colorantes de la bile et du sérum du sang; rien n'est plus facile à constater. Je n'ai rappelé ce fait que pour signaler le point de départ peut-être des nombreuses dissidences qui règnent encore au sujet d'autres colorations particulières qui ont souvent piqué la curiosité des chirurgiens et des chimistes, je veux parler des colorations bleues et vertes que l'on observe quelquefois sur les linges des pansements de certaines plaies.

Pour mieux faire comprendre où en était la question lorsque j'ai commencé ces quelques recherches, je vais rappeler en peu de mots l'histoire de ce phénomène que les auteurs ont en général décrit sous le nom de *suppuration bleue*.

On a compris dans l'histoire des suppurations bleues les observations de Méry et de Lemery, relatives au développement des champignons *plats* et *blanchâtres* que l'on voit quelquefois apparaître sur les bandes et les attelles qui composent les appareils des fractures (*Dic. des sc. méd.*, art. Champignon des plaies). Il est facile de voir que le développement de ces cryptogames n'a rien de commun avec le sujet qui nous occupe. J'en dirai autant des observations d'urines et de sueurs bleues rapportées par M. Simon (*Compte rendu* de Berzelius, 1849) et par M. Duméril (*Arch. de pharmacie*, t. XXXIX, p. 48). Déjà les urines bleues avaient été attribuées par Julia Fontanelle (*Jour. de chimie méd.*, 1825), Morgon, Cantin (*Journ. de chimie méd.*, 1833) et Dranty (*Journ. de chimie méd.*, 1837), à la présence du bleu de Prusse (cyano-ferrate ferrique), qui se formerait de toute pièce dans l'économie, ou bien aux dépens des préparations martiales ingérées par les malades.

On a expliqué de la même façon l'origine de certains cas de sueurs bleues. En 1841, la question change complétement de face. Ce ne sont plus des urines bleues que M. Persoz soumet à l'analyse, mais bien des linges imprégnés d'une coloration bleu-verdâtre que M. Nonat lui avait envoyés de l'Hôtel-Dieu.

M. Persoz, voyant sans doute une analogie entre les urines bleues de Julia Fontanelle et autres, n'hésita pas à admettre que cette coloration singulière des linges des pansements était due à la présence du bleu de Prusse, qui prenait naissance par l'action du pus sur la rouille qui se serait trouvée accidentellement dans les compresses (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1841, p. 142).

Dans la même séance, M. Dumas rapporte que, dans un cas de brûlure par la potasse concentrée, il vit cette coloration se manifester pendant plusieurs jours, ce qu'il attribue à la formation spontanée d'une certaine quantité d'acide hydrocyanique dans le foyer de suppuration.

L'année suivante (*Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 534), M. Conté fit l'analyse d'une matière bleu-verdâtre fixée sur les linges qui couvraient un cancer du sein. Il combattit l'opinion de MM. Persoz et Dumas en démontrant que ces foyers de suppuration ne produisaient pas d'acide hydrocyanique, et que les linges, trempés dans une solution de sulfate de fer de commerce, prenaient une teinte bleu-noirâtre, lorsqu'on les mettait au contact du pus, tandis que les linges qui ne contenaient que le fer que dépose la lessive des blanchisseuses prenaient une teinte bleu-verdâtre, semblable à celle que présentent les linges qui recouvrent un cancer ulcéré. De là l'origine d'une nouvelle interprétation sur la nature de la suppuration bleue. Nous verrons bientôt que cette opinion doit être abandonnée.

En 1850, un journal allemand (*Gaz. des hôp. civils et militaires*, n° 91, 1850) émit l'idée que la coloration bleue et verte de certaines urines pourrait bien tenir à la présence de l'indigo développé dans l'organisme humain sous l'influence de l'usage de certains végétaux.

Je n'ai pas encore observé d'urine ayant présenté spontanément cette coloration. Il n'est pas très rare d'observer des urines qui se colorent en bleu sous l'influence de l'acide azotique, surtout lorsqu'il renferme de l'acide hypoazotique, ainsi que le fait observer M. Gubler (*Bulletins de la Société de biologie*, 1854); encore dans les cas auxquels je fais allusion, s'agissait-il d'urines de cholériques, renfermant une quantité considérable de matière colorante de la bile. Or, personne n'ignore que les acides concentrés peuvent donner transitoirement du bleu par leur mélange avec la bile, mais cette coloration n'a rien de stable et ne peut à aucun titre être conservée dans l'historique du phénomène qui fait l'objet de cette communication.

Dans le *Dictionnaire* en 30 vol., P.-H. Bérard adopte la critique de M. Conté, contre MM. Persoz et Dumas, et il ajoute que la coloration bleue des pièces de certains pansements pourrait bien tenir à la formation d'une matière colorante organique. M. Pétrequin, tout en admettant que le sulfure de fer donne quelquefois au pus une couleur verdâtre spéciale, ne se refuse pas à croire que la coloration bleue que l'on observe sur les linges qui entourent les plaies ne puisse avoir la même origine que le bleu du tournesol.

M. le docteur Veiss (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1849), rendant compte de quelques opérations pratiquées par M. Sédillot, rapporte trois cas de suppurations bleues. Je crois utile d'indiquer ici les circonstances où ce phénomène a été observé.

La première observation est celle d'un officier, auquel M. Sédillot fit l'extirpation d'un sarcocèle en 1845. Au moment où les linges s'imbibèrent d'une sérosité *bleu-clair*, la surface de la plaie sécrétait un liquide aqueux, contenant peu de corpuscules de pus. La santé du malade ne fut influencée ni en bien ni en mal par cette apparition insolite.

La deuxième observation est relative à un amputé de cuisse très affaibli. La *suppuration* resta bleue pendant plusieurs jours. Toutes les pièces du pansement en étaient imprégnées. La marche de la lésion ne présenta rien de particulier.

La troisième observation se rapporte à une malade opérée d'un cancer du sein et de l'aisselle. L'appareil fut coloré en bleu pendant un certain temps, sans que l'état général se trouvât modifié.

M. Veiss fait remarquer ensuite que ce phénomène a été observé chez des malades qui portaient des affections très diverses et qui différaient beaucoup par l'âge, puisqu'ils étaient compris entre vingt-cinq et quarante-quatre ans.

Ces suppurations bleues n'ont été observées ni au commencement ni à la fin de la suppuration de la plaie. Nous verrons que cette remarque a bien son degré d'importance.

M. Veiss déclare ignorer complétement les conditions étiologiques d'un pareil phénomène.

En 1850, M. Sédillot, dans un mémoire inséré aux *Bulletins de la Société de biologie*, ajouta six nouveaux cas à ceux déjà publiés par M. Veiss, et précisa mieux que ses devanciers les conditions de développement de la suppuration bleue.

Le travail de ce professeur résume en même temps l'état de la question à cette époque.

D'après les recherches de M. le professeur Fée, M. Sédillot rejette l'idée de la production d'un champignon qu'on avait appelé *Agaricus nosocomiorum* (champignon des plaies).

Finalement, M. Sédillot attribue cette coloration à une réaction toute chimique qui se passe dans la sérosité du pus et de la lymphe sécrétée par la plaie.

Voici l'ensemble des faits qui ont conduit M. Sédillot à cette conclusion :

Ayant observé la coloration bleue dans les cas les plus opposés, sans que le pronostic ait été aggravé pour cela, M. Sédillot pensa avec raison que cette coloration se produisait autour de la plaie, mais que les surfaces suppurantes n'entraient pour rien dans son développement.

Après avoir réfléchi aux circonstances au milieu desquelles on l'observe le plus communément, il ne tarda pas à s'apercevoir que les malades chez lesquels on avait observé ces colorations avaient en général été traités par des fomentations émollientes, et que c'étaient les pièces du pansement les plus éloignées de la plaie qui étaient surtout colorées. De plus, il remarqua que l'intensité de la coloration n'était pas en rapport avec l'abondance du pus sécrété.

Pour vérifier par l'expérience l'exactitude de ses propositions, M. Sédillot imbiba successivement des compresses avec de la sérosité du pus, du sang. Puis il appliqua ces compresses mouillées sur la peau des parties enflammées (des articulations affectées d'ostéite aiguë), en ayant soin de recouvrir le tout avec du taffetas gommé, afin d'empêcher l'évaporation. Au bout de cinq jours le linge fut coloré par une substance bleue, jouissant des mêmes propriétés que celle qui porte le nom de suppuration bleue et verte, c'est-à-dire qu'elle était soluble dans l'eau, qu'elle prenait une teinte pelure d'oignon sous l'influence des acides, tandis que l'ammoniaque lui restituait sa couleur primitive.

Les mêmes expériences furent reprises par MM. Roucher et Hepp (*Bull. de la Société de biologie*, 1850, p. 80), qui obtinrent les mêmes résultats, en conservant des linges imbibés du même liquide sous des cloches dont la température était maintenue entre 26 et 30 degrés de chaleur.

M. Roucher, après avoir établi l'identité des deux matières bleues et vertes, développées sur les pièces des pansements et sur les linges de ses expériences, reconnaît à cette matière des propriétés qui s'accordent on ne peut mieux avec ce que nous avions constaté avant même de connaître les travaux de ces auteurs.

Ainsi, cette matière colorante est parfaitement soluble dans l'eau à la température ordinaire; son résidu après l'évaporation, colore encore assez bien l'alcool, l'éther et le chloroforme. Elle résiste aux acides qui la font passer au rose pâle; les solutions alcalines la ramènent à sa coloration bleu-verdâtre initiale.

M. Roucher s'appuie, du reste, sur cette propriété commune à la couleur bleue du tournesol, pour ne pas partager exclusivement l'opinion de M. Sédillot, et *soupçonner* pour cette matière colorante une origine végétale.

A l'examen microscopique, MM. Roucher et Hepp ont constaté dans la solution de cette substance des corpuscules arrondis, assez semblables aux *granules purulents*, avec cette différence, que ces granules résistent à l'action des acides énergiques.

Disons ici par anticipation, que ces granules sont pour nous de nature végétale, qu'ils sont susceptibles de germer à leur façon et de se transformer en une série d'algues microscopiques dont les conditions d'existence et de reproduction sont encore mal définies.

MM. Ch. Robin et E. Verdeil, qui publiaient alors leur grand ouvrage (*Chimie anat.*, etc., t. III, p. 532 et 534), rejetèrent la manière de voir de M. Sédillot et de M. Roucher.

M. Verdeil déclara que la matière colorante de la bile présente les mêmes particularités de changement de coloration sous l'influence des réactifs, et M. Robin vit dans ces analogies une raison suffisante pour admettre une identité d'origine entre ces diverses matières colorantes.

Pour ne pas revenir sur cette opinion, nous dirons ici que nous ne comprenons pas que quelques vagues analogies entre certaines propriétés chimiques de ces matières colorantes suffisent pour autoriser un rapprochement absolu entre la *matière bleue et verte des linges qui recouvrent certaines plaies et la biliverdine modifiée.*

Cependant nous aimons mieux croire à l'existence de sources multiples pour ces colorations anormales, que de penser que des hommes aussi compétents que ceux que nous venons de citer aient pu se tromper à ce point, et émettre des idées si différentes.

M. Robin ne suit pas toujours le même ordre d'idée, pour expliquer le mode de production du pus bleu. Dans une autre direction, se fondant sur les travaux de M. Conté, il admet aussi que le pus fétide ne donne pas naissance à de l'acide cyanhydrique. Cependant il ajoute que ces colorations ne s'observent que sur les plaies qui produisent du pus fétide, et que les plaies récentes n'en donnent pas.

Il est vrai que l'on n'a pas encore publié d'observation de pus bleu fourni par des plaies récentes, mais il est très exagéré de dire que les plaies fétides ont seules le privilége d'engendrer ce phénomène, puisque dans certains cas, et j'en possède une observation, les surfaces ulcérées ne laissaient exsuder qu'une sérosité inodore, ne tenant en suspension que quelques rares corpuscules de pus.

S'appuyant d'abord sur ce fait qu'une faible solution de sulfate de fer mêlée à une petite quantité de blanc ou de blanc jaunâtre, produit une coloration plus ou moins verte par simple mélange, puis sur cet autre fait, que le pus fétide renferme de l'hydrogène sulfuré ou du sulfhydrate d'ammoniaque, M. Robin conclut qu'il se forme en pareil cas du sulfure de fer sur les compresses renfermant des sels ferriques, et il en fait la source des colorations variées que l'on observe sur les linges des pansements.

Il est incontestable que ces réactions peuvent avoir lieu et colorer diversement le pus, mais nous pensons que les teintes infinies que l'on rencontre sur les compresses souillées de pus n'entrent nullement dans la question de la suppuration bleue proprement dite; c'est-à-dire de cette production si spéciale qui frappe d'étonnement ceux qui l'observent pour la première fois.

Dans sa thèse inaugurale soutenue en 1854, M. Delore conclut, avec les travaux de M. Coutaret, que cette coloration est due à une modification de l'hématine pour les mêmes raisons que M. Robin l'avait attribuée à une modification de la biliverdine.

M. Coutaret s'efforce de démontrer que les deux couleurs bleue et verte sont produites par une seule et même substance. Pour cette démonstration, M. Coutaret procède ainsi : il dissout à froid dans de l'eau distillée la matière colorante extraite des linges ; il ajoute un peu d'alcool, et jette sur un filtre ; puis, faisant évaporer la liqueur filtrée pour chasser l'alcool, il agite le résidu dans du chloroforme, afin d'*entraîner* la matière colorante, qui reste à l'état de poussière au fond du vase lorsqu'on fait évaporer de nouveau le chloroforme. Alors cette matière dissoute dans l'éther est verte, tandis qu'elle est bleue si on la redissout dans l'eau. Je dois dire tout de suite, pour ne pas avoir à y revenir, que j'ai constaté le même phénomène dans mes recherches, mais je ne l'ai pas interprété de la même façon.

La solution de cette substance colorante dans un liquide alcalin ou parfaitement neutre, comme l'eau distillée, donne une liqueur bleu-verdâtre avec prédominance du bleu. Si, au contraire, la liqueur est légèrement acide, et c'est la condition ordinaire de l'éther des laboratoires, la partie bleue passe au rose tendre, qui se décolore progressivement sous l'influence de la lumière, et alors le vert donne seul sa nuance à la solution. C'est ainsi, je présume, que l'on a pu voir la matière en question bleue dans l'eau et verte dans l'éther.

Je ne prétends pas dire que ces colorations n'aient pas une provenance de même nature, bien loin de là; j'ai des raisons pour croire que la matière bleue est une modification de la matière verte, au même titre que le bleu du tournesol est une modification de la matière colorante de certains lichens. Mais un fait qui ne me paraît plus contestable c'est l'impossibilité de ramener au vert le bleu, que je considère comme son dérivé. J'avoue que je n'ai pas la moindre notion sur le mécanisme de cette transformation. On ne saurait voir intervenir une action semblable à celle que l'on provoque dans l'industrie pour la fabrication du bleu de tournesol, puisque les milieux dans lesquels se développe la coloration bleue et verte des linges m'ont constamment présenté une réaction neutre ou légèrement acide.

Dans la séance du 22 septembre 1853, il fut communiqué à la Société de biologie une note sur la suppuration bleue, au nom de M. Hiffelsheim. Dans ses conclusions, dont quelques-unes ne sont pas absolument conformes à ce ~~que~~ nous avons observé, M. Hiffelsheim attribue cette coloration bleue à la présence d'un principe immédiat.

Pour compléter ces indications bibliographiques, je citerai une note que M. Bergouhnioux fit insérer dans les *Bulletins de la Société de biologie* (1858, p. 141). L'auteur de cette note avait déjà pris rang de date dans la Gazette des hôpitaux de la même année, pensant avoir indiqué le premier que la matière colorante du pus était une modification de la matière colorante de la bile.

Je n'ai pas besoin d'insister sur cette prétention de priorité. Nous sommes convaincu, cependant, que les recherches de M. Bergouhnioux sont exactes, et qu'il a observé le même phénomène de coloration, sans doute, que ceux étudiés par MM. Ch. Robin et Verdeil; mais nous avons la conviction que ces cas sont les moins fréquents, et que le plus souvent les matières colorantes, soit de la bile, soit du sang, sont complétement étrangères à la manifestation de ce produit.

Depuis cette époque on n'a rien publié sur cette question. Nos maîtres, dans les hôpitaux, ont souvent attiré l'attention de leurs élèves sur ce phénomène; mais aucun d'eux, que je sache, n'a émis d'opinion personnelle sur ce sujet.

On voit par ce sommaire historique que trois opinions principales ont successivement régné sur l'origine de la suppuration bleue et verte des auteurs. Dans la première, qui est la plus ancienne, elle serait due à la présence d'un sel de fer; dans la deuxième, à une modification de la biliverdine, de l'hématine ou de la sérosité; dans la troisième, enfin, on suppose à cette coloration une origine végétale sans préciser davantage son mode de production.

Ces diverses opinions ont été formulées par des hommes trop compétents en pareille matière pour qu'il nous soit permis de critiquer le résultat de leurs analyses. Tout ce que nous pouvons dire c'est que les six cas où nous avons constaté une abondante production de bleu et de vert dans les appareils de pansement, nous semblent incontestablement se rapporter à une végétation parasitaire.

(*La fin prochainement.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. SÉNARMONT.

Physiologie. — *De l'action comparée de l'alcool, des anesthésiques et des gaz carbonés sur le système nerveux cérébro-spinal*, par MM. *Lallemand*, *Perrin* et *Duroy*. — Des expériences nombreuses exécutées par les auteurs de ce travail permettent d'établir une ligne de démarcation bien tranchée entre l'alcool et les anesthésiques, chloroforme, éther, amylène d'une part, et les gaz carbonés, acide carbonique, oxyde de carbone d'autre part, au point de vue de l'action physiologique qu'ils déterminent.

1° L'alcool, le chloroforme, l'éther et l'amylène agissent primitivement et directement sur les centres nerveux, dans la substance desquels ils viennent s'accumuler, sans subir aucune transformation préalable.

2° Les gaz carbonés exercent primitivement une influence spéciale sur le liquide sanguin : l'acide carbonique donne au sang artériel la couleur du sang veineux ; l'oxyde de carbone altère l'état et les propriétés physiologiques des globules sanguins. Il semble alors qu'il est difficile de ne pas admettre que les phénomènes d'insensibilité développés par l'inhalation de ces gaz ne sont que l'effet consécutif et secondaire de l'altération du sang. On sait, en effet, que l'innervation ne s'accomplit qu'à la condition de l'excitation physiologique du système nerveux par le fluide sanguin. On sait encore que quand le sang ne peut se révivifier au contact de l'oxygène, comme dans les asphyxies par obstacle mécanique à la respiration, ou dans le croup, il survient un état anesthésique qui annonce l'imminence du danger et la cessation prochaine de la vie.

Ainsi les anesthésiques dépriment et éteignent les fonctions du système nerveux; leur action progressive suspend ensuite la respiration, qui est sous l'influence de la moelle allongée. Ils déterminent donc une anesthésie primitive et une asphyxie consécutive ou indirecte.

L'acide carbonique et l'oxyde de carbone modifient les propriétés du sang, et l'empêchent d'entretenir l'innervation. Ils produisent primitivement l'asphyxie ou l'arrêt de l'hématose, et déterminent une anesthésie consécutive ou indirecte.

Ces corps ne sont donc que des *pseudo-anesthésiques*. (*Comm.* : MM. Flourens, Pelouze, Rayer, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — *Mémoire concernant l'influence du climat d'Alger sur les affections chroniques de la poitrine*, par *P. de Pietra-Santa*. — Nous avons publié dans notre dernier numéro (p. 603) une analyse de ce travail. (*Comm.* : MM. Serres, Pouillet, Rayer, Bienaymé.)

THÉRAPEUTIQUE. — *Sur une affection très commune et non décrite des gencives, qui occasionne la perte des dents*, par M. *Marchal* (de Calvi). — L'auteur propose de donner à cette affection le nom de *gingivite expulsive*, rappelant par cette épithète un de ses effets, qui est d'ébranler et enfin de chasser les dents de l'alvéole.

Cette affection est généralement suppurante, souvent ulcéreuse, quelquefois végétante, d'autres fois simple.

Elle est ou tout d'abord générale ou pendant un temps partielle, le plus souvent bornée aux languettes gengivales interdentaires; quelquefois purement intra-alvéolaire; alors la dent est ébranlée, et on ne voit rien au dehors.

Elle débute quelquefois par un petit phlegmon, qui s'abcède, s'ouvre, et laisse la dent déchaussée ; d'autres fois, par une inflammation simple, sans tumeur phlegmoneuse ni abcès.

Les causes de la gingivite expulsive sont, avant tout et par-dessus tout, l'hérédité; puis le froid, surtout le froid humide; la présence du tartre autour et au-dessous des gencives ; la grossesse et l'allaitement; le mauvais état de l'estomac, c'est-à-dire l'irritation gastrique hypérémique qui résulte des excès habituels de régime.

Le meilleur remède, c'est l'iode employé topiquement. M. Marchal se sert généralement de la solution aqueuse, à des degrés divers, en commençant par la solution de Lugol pour les bains iodés. Il arrive successivement à des solutions très concentrées. (*Comm.* : MM. Serres, Velpeau, Jobert, de Lamballe.)

ANATOMIE. — M. *G. Lambl* présente une note accompagnée d'une figure sur une particularité que présente la colonne vertébrale chez une femme de race hottentote dont le squelette est conservé dans le Musée d'histoire naturelle de Paris. Cette particularité, dont le trait dominant est qu'à la cinquième vertèbre lombaire l'arc est détaché du corps de la vertèbre au point de la portion inter-articulaire, c'est-à-dire entre l'apophyse articulaire supérieure et l'inférieure, entraîne quelques modifications dans d'autres parties du squelette, et paraît avoir été en rapport avec un certain état des parties molles, état signalé, d'ailleurs, chez d'autres femmes également du continent africain, mais appartenant à des races différentes. (*Comm.* : M. Serres.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Lemaire* sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Garchy (Nièvre). — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Carville*, médecin de la maison centrale de Gaillon, sur l'épidémie qui a régné dans cet établissement en 1859. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Jacquemier* et *Devilliers* fils, qui se présentent comme candidats pour la section d'accouchement. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Pize* (de Montélimart), qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. *Larrey* présente l'exposé des titres de M. le professeur *Middeldorpf* (de Breslau) à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger.

M. *Gibert* dépose sur le bureau une note de M. le docteur *Anselmier* sur la désinfection du baume de copahu par le goudron. (*Comm.* : MM. Guibourt et Gibert.)

Lectures et mémoires.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Foucault* (de Nanterre) lit en son nom et au nom de M. le docteur *Daireaux* (de Rueil) une observation de symphyséotomie pratiquée dans un cas de rétrécissement du bassin.

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-quatre ans, rachitique, primipare, arrivée au terme de sa grossesse. Le travail commença régulièrement; bientôt on reconnut une présentation de l'extrémité inférieure et une étroitesse notable du bassin. Après des tentatives infructueuses d'extraction et l'application du forceps, la tête étant invinciblement retenue au détroit supérieur, MM. Foucault et Daireaux se trouvèrent dans l'alternative de choisir entre : 1° la décollation de l'enfant; 2° la céphalotripsie ; 3° la symphyséotomie.

« La décollation est une opération qui, bien que permise, conseillée et indiquée par l'art, paraît être barbare et répugne toujours; dans ce cas, elle fut encore repoussée par nous, parce qu'elle ne nous offrait pas le moyen de débarrasser notre patiente, et qu'ensuite il nous aurait fallu recourir au céphalotribe, instrument dangereux, ou à l'opération césarienne, pour retirer la tête écrasée ou coulant dans la cavité utérine. »

Pour ces motifs, MM. Daireaux et Foucault se décidèrent à pratiquer la symphyséotomie, et, grâce à un écartement de 4 centim., ils purent retirer l'enfant, mort depuis plus d'une heure. Bien que la vessie eût été pincée et perforée dans une étendue de 2 centimètres par le rapprochement des pubis, la guérison fut assez rapide, et deux mois après l'opération la malade pouvait reprendre son métier de blanchisseuse. (*Comm.* : MM. Laugier, Cazeaux, Danyau.)

OPHTHALMOLOGIE. — M. *Gosselin* lit une *Note sur la mydriase binoculaire spontanée*. Après être entré dans les détails de deux cas qu'il a récemment observés, l'un à l'hôpital, l'autre dans sa pratique particulière, l'auteur croit pouvoir établir que « la mydriase double spontanée peut se présenter sous deux formes : l'une prolongée, l'autre temporaire.

» La première, qu'on peut appeler aussi primitive, est assez rare; elle est caractérisée par une dilatation énorme des pupilles, et paraît se comporter comme la mydriase unilatérale, c'est-à-dire ne guérir qu'incomplétement, et laisser à sa suite une presbytie, que diminuent, mais n'effacent pas tout à fait les efforts d'accommodation du muscle ciliaire et des muscles extrinsèques de l'œil.

» La seconde, qui est quelquefois consécutive aux angines graves, et peut-être à certaines maladies fébriles, est caractérisée par une dilatation modérée des pupilles, et paraît susceptible de guérir sans laisser de traces. Son degré de fréquence ne peut pas être établi dans l'état actuel de la science, parce qu'on l'a confondue probablement avec d'autres maladies des yeux. L'une et l'autre sont facilement prises pour une amaurose incomplète, lorsqu'on s'en tient au trouble de la vue indiqué par les malades, et surtout à l'impossibilité de lire et de regarder de près. Mais elles s'en distinguent essentiellement par la facilité que conservent les malades de voir distinctement de loin, ce qui n'a pas lieu dans l'amaurose; par la possibilité de voir de près avec une carte percée d'un trou, ce qui n'a pas lieu non plus dans l'amaurose et enfin par le retour de la contraction sous l'influence de l'électricité.

» J'ai tenu à faire connaître ces résultats pour appeler désormais l'attention sur ces cas de trouble de la vision, avec dilatation modérée et immobilité des pupilles, pour lesquels le traitement par les excitants (électricité, sulfate de strychnine) me paraît spécialement indiqué. »

PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur *Nonat*, donne lecture d'une note intitulée : *Études sur la chlorose, envisagé particulièrement chez les enfants*. (Voir aux *Travaux originaux*.)

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. *Blache*, *Barth* et *Bouillaud*.

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'iritis des enfants syphilitiques, par M. le docteur Jonathan Hutchinson, chirurgien du Metropolitan Free Hospital de Londres.

Plusieurs circonstances donnent à cette forme d'iritis une importance plus grande que ne semble le comporter son peu de fréquence. En raison de sa marche insidieuse, elle peut aisément passer inaperçue, et une pareille méprise entraînerait facilement les conséquences les plus sérieuses. Abandonnée à elle-même, cette affection aboutit en effet presque inévitablement à l'abolition de la vision, et c'est là un malheur qu'il est facile de prévenir du moment que la nature de la maladie est reconnue à temps.

L'iritis syphilitique des enfants a été d'abord décrite par M. Lawrence, dans la première édition de son ouvrage sur les maladies syphilitiques des yeux. MM. Dixon, Jacob, Maunselle et Evanson, et M. Walken en ont ensuite fait connaître quelques exemples. En réunissant ces observations, qui sont au nombre de six, à celles qu'il a recueillies lui-même, M. Hutchinson arrive à un total de 21 cas, dont les traits les plus saillants sont retracés brièvement dans le résumé suivant.

L'iritis syphilitique des enfants s'observe bien plus fréquemment chez les petites filles que chez les garçons. Sur 19 observations où le sexe des malades a été noté, il n'y a que 5 garçons et 14 enfants femelles.

La plus grande fréquence de cette affection tombe sur l'âge de 5 mois. Le sujet le plus jeune avait 7 semaines au début de l'iritis, le plus âgé 16 mois.

Les cas dans lesquels l'iritis occupe les deux yeux à la fois et ceux dans lesquels un seul œil est affecté sont à peu près également fréquents. Dans le tableau de M. Hutchinson, l'iritis était double dans 9 cas, simple dans 11 ; il est probable, toutefois, que cette dernière série comprend des cas dans lesquels une iritis passagère de l'œil supposé sain a passé inaperçue, et d'autres dans lesquels l'œil sain s'est pris postérieurement à l'époque où les malades ont été perdus de vue. L'intervalle qui sépare l'apparition successive de l'affection dans les deux yeux, peut en effet être assez considérable, et le traitement mercuriel efficace contre une iritis simple n'empêche nullement toujours l'autre œil de se prendre consécutivement.

L'iritis syphilitique, chez les jeunes enfants, est rarement compliquée, et ne s'accompagne pas de la plupart des symptômes graves qui caractérisent la même affection chez les adultes. Dans la grande majorité des observations, il n'existait aucun trouble de la cornée, complication très fréquente de l'iritis des sujets adultes, et la photophobie, indice de l'inflammation du muscle ciliaire ou des tissus voisins, ne s'est également montrée qu'un petit nombre de fois. L'absence de toute congestion de la sclérotique a été aussi très remarquable dans plus de la moitié des observations, et dans presque toutes la douleur paraissait manquer totalement. Toutefois, dans un petit nombre de cas, la zone rosée dénotant la congestion scléroticale, était très prononcée, l'œil très sensible à la lumière et la cornée trouble. En règle générale, néanmoins, l'affection est très insidieuse.

Malgré cette absence des symptômes frappants d'une inflammation aiguë, l'épanchement de lymphe plastique est ordinairement très abondant, et entraîne avec une grande facilité l'occlusion de la pupille.

Le traitement mercuriel triomphe très facilement de l'iritis syphilitique des enfants, et permet d'obtenir aisément la résorption complète de la lymphe épanchée, pourvu qu'il soit employé à temps. Ce résultat a même été obtenu dans des cas où les produits d'exsudation, de date assez ancienne, paraissaient s'être parfaitement organisés.

Toutefois, ce traitement n'a presque aucune utilité prophylactique. Un grand nombre de sujets y avaient été soumis précédemment pour des accidents de syphilis héréditaire autres que l'iritis. Dans un cas, l'iritis apparut d'un côté en plein traitement mercuriel dirigé contre la même affection de l'œil du côté opposé. M. Hutchinson dit avoir fait plusieurs observations analogues chez des adultes, et avoir même vu l'iritis se déclarer avec une grande activité, alors que le malade était affecté de salivation mercurielle.

Les enfants affectés d'iritis syphilitique sont souvent malingres et cachectiques, mais on en voit également qui jouissent en apparence d'une excellente santé générale. Il est certain que parmi les enfants affectés de syphilis héréditaire, ceux dont la nutrition générale est le plus altérée ne sont pas les plus prédisposés à l'iritis; la diathèse se manifeste bien plutôt chez eux dans les organes de l'assimilation, sur les muqueuses ou sur la peau.

Les enfants atteints d'iritis syphilitique présentent presque toujours en outre l'un ou l'autre des accidents qui appartiennent à la syphilis héréditaire. Voici la liste des symptômes qui existaient lors de l'apparition de l'iritis dans les cas réunis M. Hutchinson :

Psoriasis généralisé.	9 fois.
Eruption papuleuse.	2
Psoriasis palmaris.	1
Erythema marginatum.	2
« Desquamation de la peau. »	1
Chute des cils et *linea tarsi*.	2
Coryza.	10
Stomatite et aphthes.	4
Condylomes à l'anus.	5

Dans deux cas, l'iritis ne s'accompagnait pas d'autres accidents syphilitiques, mais dans ces observations comme dans presque toutes les autres, on trouvait dans les antécédents des accidents suspects qui avaient cessé d'exister.

La plupart des enfants atteints d'iritis syphilitique sont nés à une époque peu éloignée de celle où leurs parents avaient contracté des accidents primitifs. Une fois, la mère avait contracté un chancre trois mois seulement avant l'accouchement. Dans deux autres cas cet intervalle avait été de quatre et de six mois; cinq fois il n'était probablement pas de plus d'un an, et cinq fois il était d'environ deux ans. Deux fois, l'affection primitive du père devait remonter à six ou sept ans. L'iritis syphilitique des jeunes enfants, comme celle des adultes, appartient par conséquent à la série des accidents secondaires et non à la période tertiaire. (*Medical Times and Gazette*, 14 juillet 1860.)

Note sur un cas d'hypertrophie de la glande coccygienne de Luschka, par M. le professeur Heschl (de Cracovie).

« La glande coccygienne de Luschka, à peine découverte, a déjà sa pathologie. » Si cette phrase de M. Heschl est un peu prétentieuse, le fait auquel elle fait allusion n'en est pas moins intéressant, ne fût-ce que pour faire ressortir une fois de plus l'importance des études anatomiques pour l'intelligence des faits pathologiques. Nous avons donné tout récemment (voir *Gazette hebdomadaire*, 1860, n° 16, p. 268) un extrait du mémoire de M. Luschka sur la glande coccygienne; il serait inutile de revenir sur ces détails anatomiques. Disons seulement que les recherches de M. Heschl ont confirmé de tous points les faits annoncés par M. Luschka.

Ce savant anatomiste avait déjà émis cette opinion, que c'est probablement dans la glande coccygienne que se développent certains kystes congénitaux du périnée. Le fait observé par M. Heschl confirme en partie cette manière de voir; il s'agit d'un fœtus à terme qui présentait, outre une imperforation rectale et une duplicité du vagin et de l'utérus, une tumeur du volume d'une noix, située au niveau du sommet du coccyx auquel elle était rattachée

par quelques filaments blanchâtres. Son siége correspondait par conséquent exactement à celui de la glande coccygienne.

Cette tumeur présentait à l'extérieur une grande analogie avec une glande salivaire; sa surface présentait des lobules circonscrits par des sillons superficiels; elle avait une coloration grisrosé, une consistance assez notable; la forme était à peu près arrondie avec un léger aplatissement antéro-postérieur. En l'incisant, on constata qu'elle renfermait plusieurs petites cavités, ayant le volume d'un grain de chênevis à celui d'un haricot, et remplies d'une masse cholestéatomateuse qui présentait, à l'examen microscopique, les éléments habituels de l'épithélium pavimenteux. Ces cavités étaient formées par du tissu connectif; la tumeur était par conséquent un kyste fœtal, dont la structure faisait encore voir son analogie avec l'organe dont l'hypertrophie et la dégénérescence lui avaient donné naissance.

M. Heschl ajoute à cette observation un détail qui ne manque pas d'intérêt au point de vue du développement de la glande coccygienne. Chez un embryon de trois mois et demi, cette glande était représentée par une alvéole ovalaire (longue de 1/10e de ligne, large de 1/6) à parois formées par du tissu couenneux embryonnaire, et renfermant un amas de cellules à noyaux. Il semble résulter de là qu'à cette époque du développement embryonnaire, la glande coccygienne est encore simple, et que sa segmentation en alvéoles multiples ne s'opère que plus tard (*Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, nº 14, 1860).

De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes, par M. le docteur MAROTTE, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Il est peu de névralgies qui ne s'accompagnent, à l'occasion, de phénomènes accessoires, d'accidents épiphénoméniques, comme les appelle M. Marotte. De ces phénomènes, les uns, communs à tous les tissus, consistent dans de simples modifications de la circulation, de la chaleur et des sécrétions cutanées ou muqueuses; les autres constituent des troubles spéciaux en rapport avec les fonctions de chaque tissu, de chaque organe.

Dans la pluralité des névralgies ainsi accompagnées, la douleur n'est pas seulement le fait caractéristique, elle est aussi le fait dominant, celui qui fixe plus spécialement l'attention. Les épiphénomènes ne sont pas, en général, assez intenses, assez importants, ou n'ont pas des apparences assez spéciales pour obscurcir les caractères distinctifs de la maladie. Mais il y a des cas où les symptômes surajoutés acquièrent de telles proportions, ou revêtent si bien la physionomie d'une des affections propres à l'organe atteint de névralgie, que le diagnostic présente des difficultés sérieuses, malgré la présence des douleurs.

La névralgie lombo-utérine est une de celles qui s'accompagnent le plus souvent d'épiphénomènes de nature à dérouter le médecin, de nature aussi à entraîner des conséquences sérieuses. C'est ce qui a engagé M. Marotte à faire de ces épiphénomènes une étude plus détaillée qu'on ne l'avait fait jusque-là, soit dans l'état de vacuité, soit dans l'état de grossesse.

Parmi les épiphénomènes qui s'observent dans l'état de vacuité, l'un des plus importants est la leucorrhée, phénomène si fréquent chez les femmes de nos villes populeuses, si souvent lié aux affections utérines, que son origine névralgique reste souvent douteuse. Il est probable même que, dans bon nombre de cas où elle est prononcée, la névralgie n'en est pas la seule cause, l'état de faiblesse ou de chloro-anémie, terrain si favorable aux névralgies, pouvant la produire de toutes pièces. Mais il y a des cas où la leucorrhée est si évidemment liée aux douleurs quant à son origine, à ses exacerbations et à ses retours, que le doute n'est plus permis.

Voici quels sont, d'après M. Marotte, les principaux caractères propres à cette leucorrhée :

1º La nature séro-muqueuse ou muqueuse de l'écoulement. La leucorrhée névralgique consiste, en effet, dans une sécrétion transparente, visqueuse, analogue à une solution épaisse de gomme ou d'amidon.

2º Le rapport qui existe entre son apparition et ses variations de quantité et celle des douleurs; elle paraît, s'exaspère ou cesse même complétement avec celles-ci. Si la malade est sujette à des flueurs blanches, le flux peut ne pas cesser quand les douleurs disparaissent, mais il augmente toujours avec elles. L'absence de toute lésion utérine et l'existence d'une névralgie lombo-utérine complètent les éléments du diagnostic.

La leucorrhée épiphénoménique n'exige pas, en général, d'autre traitement que celui de la névralgie qu'elle accompagne; il y a cependant des cas où la chronicité de l'affection douloureuse, la faiblesse et l'anémie se réunissent pour lui donner le caractère d'un élément qui survit à sa cause, et qu'il est nécessaire de combattre par le fer, les astringents ou autres agents spéciaux, tels que les préparations de matico associées aux stupéfiants.

A côté de la leucorrhée vient se placer une sécrétion inusitée dans les organes génitaux, celle de gaz dont la nature n'a pas encore été déterminée, et qui s'échappent du vagin, chez certaines femmes atteintes de névralgies lombo-utérines. Cette excrétion gazeuse est un fait rare; elle n'est ni permanente, ni abondante comme l'excrétion liquide; elle se fait de temps en temps, tout à coup, et comme par une explosion qui soulage la malade, car leur expulsion est souvent précédée de malaise. Il est des femmes qui n'ont présenté ce phénomène qu'une fois; il s'est répété plusieurs fois chez d'autres. Il faut remarquer, au reste, que M. le docteur Neucourt dit avoir entendu des femmes bien portantes se plaindre de l'expulsion de gaz par la vulve, ce phénomène peut donc se produire en l'absence de la névralgie lombaire.

Lorsque le toucher et l'examen au spéculum, plus probant encore, ont été pratiqués chez les femmes atteintes de cette névralgie, l'utérus n'a présenté habituellement aucune modification dans son volume, sa consistance ou sa couleur; il ne paraissait être, en un mot, le siége d'aucune congestion active, ainsi que cela se passe dans les régions visibles, à l'œil par exemple. Il y a cependant des cas où l'on trouve le col gonflé et rouge, les lèvres du museau de tanche entr'ouvertes. Cela s'observe principalement dans les névralgies aiguës. La congestion se propage même au vagin et à la vulve si ces parties sont douloureuses. Elle se rencontre aussi à l'état chronique, surtout au moment où les règles s'établissent, et plus souvent encore lorsqu'elles se suspendent. Habituellement transitoire comme la névralgie qui l'amène, elle n'entraîne alors aucune modification organique de l'utérus ou de son col. M. Marotte croit cependant que des névralgies répétées ou passées à l'état chronique, surtout lorsqu'elles sont liées à la menstruation, peuvent amener à la longue un engorgement ou un état fongueux, lequel peut entretenir à son tour l'affection douloureuse : c'est ainsi que certaines dysménorrhées, certaines ménorrhagies, seraient entretenues par un cercle vicieux d'influences pathologiques.

Ces congestions se distinguent de la métrite à l'état aigu par l'absence de toute réaction fébrile, par l'absence de chaleur locale manifeste, par la disproportion des phénomènes congestifs avec la douleur, qui est vive, exacerbante, et a des retentissements dans les autres foyers nerveux du bassin et de l'abdomen.

A l'état chronique, la chose est moins facile; cependant l'absence de chaleur et de quelques-unes des lésions qui occupent, soit le corps, soit le col, dans la métrite chronique, le retentissement habituellement moins marqué sur la santé générale, et enfin les résultats du traitement peuvent mettre sur la voie.

Parmi les épiphénomènes produits par la névralgie lombo-utérine dans l'état de vacuité, l'un des plus curieux et des plus importants est la métrorrhagie.

Il y a des cas où la perte de sang est peu considérable, et constituée soit par un peu de sang pur, soit par de la sérosité sanguinolente; ce sont les moins nombreux, mais en même temps ceux où il est le plus difficile de rattacher l'écoulement sanguin à sa véritable origine, parce qu'il se lie habituellement alors à des douleurs sourdes et sans élancements marqués.

Les pertes de sang assez abondantes pour constituer de véritables hémorrhagies peuvent constituer une véritable complication en devenant une source d'affaiblissement par leur quantité et leur durée.

Qu'elles soient abondantes ou modérées, les métrorrhagies épiphénoméniques ont des caractères spéciaux. Leur cours est toujours irrégulier; elles augmentent, diminuent ou cessent d'un jour à l'autre, et souvent dans la même journée, en dehors de toute raison apparente, tant qu'on n'a pas saisi leurs relations avec les douleurs. En effet, à de rares exceptions près, ce sont les douleurs qui règlent le cours de l'écoulement sanguin. L'hémorrhagie se suspend complétement lorsque les accès sont séparés par des intervalles d'analgésie complète; s'ils sont simplement rénitents, il y a simple rémission dans le flux sanguin.

L'irrégularité, la *mobilité* d'un écoulement sanguin devront donc toujours faire soupçonner son origine nerveuse. Il existe d'ailleurs *ordinairement* un rapport *proportionnel* entre les divers modes de l'écoulement sanguin et ceux de la douleur névralgique sous toutes ses formes; les névralgies les plus douloureuses s'accompagnent, toutes choses égales d'ailleurs, d'une perte plus abondante.

L'influence réciproque de la menstruation et des névralgies, un des points les plus importants de leur histoire, laisse beaucoup à désirer. On peut dire, d'une manière générale, que l'époque menstruelle rappelle ordinairement les douleurs lorsqu'elles sont récemment apaisées, et les exaspère lorsqu'elles existent. Il y a cependant des exceptions lorsque l'écoulement sanguin est abondant; l'exacerbation n'a pas lieu; la douleur diminue, disparaît même pour un temps, tout le temps que dure l'évacuation sanguine, qui semble ainsi juger la douleur.

En même temps qu'elles s'exaspèrent, les douleurs prennent souvent un caractère ténesmoïde, qui suppose une contraction spasmodique du tissu fibro-musculaire de l'utérus, et devient ainsi l'origine de certaines dysménorrhées. Ceci s'observe surtout chez les jeunes filles nouvellement réglées, chez les femmes qui perdent peu de sang et n'ont pas eu d'enfants, et plus spécialement lorsque la névralgie dont elles sont atteintes est chronique.

Dans la grande majorité des cas, les névralgies lombo-abdominales ont pour effet d'exagérer le flux menstruel. Lorsque les névralgies s'accompagnent d'une hémorrhagie épiphénoménique, l'époque menstruelle est, en général, marquée par une augmentation du flux sanguin, qui persiste autant ou un peu plus que les règles ordinaires.

Les erreurs de diagnostic auxquelles ces divers épiphénomènes peuvent donner lieu ne sont pas également faciles à éviter dans les névralgies accidentelles et passagères, et dans les névralgies chroniques. Les premières tranchent tellement sur le fond habituel de la santé par leur invasion plus ou moins rapide, par l'intensité des symptômes; les épiphénomènes sont tellement liés à toutes les circonstances d'invasion, d'intensité, de durée, que les méprises sont difficiles. Il n'en est pas de même des névralgies chroniques. Leur existence est inconnue plus souvent qu'on ne pense; on attribue à des métrites, à des ovarites, à des inflammations péri-utérines imaginaires, etc., les douleurs qu'elles provoquent; on leur attribue la dysménorrhée et les ménorrhagies, dont les douleurs sont la cause unique ou principale. Le point abdominal surtout a donné lieu à de fréquentes méprises; il a fait croire à des ovarites qui n'existaient pas.

Il n'y a pas jusqu'à la péritonite généralisée qui ne puisse être simulée par les névralgies lombo-abdominales. Elle peut s'accompagner d'un pouls dur, petit, fréquent, celui qui accompagne toutes les douleurs excessives et qui ressemble au pouls de la péritonite. On peut alors attribuer à la violence de l'inflammation l'absence de chaleur de la peau, et même les sueurs froides qui accompagnent ces névralgies, portées à un haut degré, ou dans la période la plus intense de leur accès. La péritonite intense et généralisée ne comportant pas habituellement ces appareils fébriles à symptômes développés, et en quelque sorte exubérants, l'excès même du mouvement fébrile, et surtout la langue, la plénitude et le développement du pouls doivent mettre en garde contre son existence lorsqu'ils existent. On doit tenir compte, en outre, de la marche souvent périodique des douleurs dans la névralgie, l'existence des points d'émergence, de la superficielle sophisticale constatée par la proéminence de la peau, etc.

L'étendue que nous avons déjà donnée à cette analyse, nous force d'être bref sur les épiphénomènes de la névralgie lombo-abdominale dans l'état de grossesse, décrits par M. Marotte dans la deuxième partie de son mémoire. Ces épiphénomènes ne diffèrent d'ailleurs pas, dans leur essence, de ceux qui viennent d'être passés en revue : on y retrouve, en effet, comme phénomènes fondamentaux, des douleurs, des hémorrhagies, des contractions utérines. L'existence incontestable de points douloureux dans le corps de l'utérus devient la cause de douleurs vives provoquées par les mouvements de l'enfant. L'hémorrhagie, si elle est convenablement traitée et à temps, peut ne pas être suivie de l'expulsion du fœtus; mais il est plus fréquent que la perte et la contraction utérine qui l'accompagnent ordinairement provoquent l'avortement. La névralgie peut enfin rendre l'accouchement horriblement douloureux, et le ralentir ainsi jusqu'après la dilatation du col, ou encore être la cause de tranchées très douloureuses après la délivrance. (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

(Suite. — Voir les numéros 32 et 34.)

Sur les rétrécissements de l'urèthre.

Le traitement des rétrécissements permanents a été, de la part de M. Thompson, l'objet d'un soin particulier; nous exposerons ses idées principales sous les deux chefs suivants : 1° moyens de franchir l'obstacle; 2° moyens de le faire disparaître.

1° Pour franchir, et même pour explorer un rétrécissement organique, il préfère, sauf quelques exceptions, des sondes métalliques dont la partie courbe représente les trois dixièmes d'un cercle de 3 pouces 1/4 de diamètre. Telle est aussi à peu près la courbure que nous avons conseillé de donner aux algalies, parce que nous avions surtout en vue les obstacles situés dans la partie profonde du canal; mais nous avons été surpris de la voir recommander à propos des rétrécissements qui ne siégent que dans la région spongieuse, et même assez rarement, d'après les propres recherches de l'auteur, à l'union de cette région avec la membraneuse. Il est évident que plus l'instrument sera courbé, plus, dans la portion droite du canal, on courra risque de presser en dehors de l'axe.

Quoi qu'il en soit, si une sonde du plus petit diamètre ne passe pas, il fait uriner le malade, et, si le jet est d'une certaine force, il en conclut que l'obstacle provient d'un pli de la muqueuse ou d'une fausse route, et comme c'est sur la paroi supérieure qu'il a le moins de chances de les rencontrer, il longe d'abord cette paroi; s'il ne réussit pas, il longe les autres. Lorsque l'instrument est serré en un point, il presse doucement, et lorsqu'après quinze ou vingt minutes il n'a pas encore franchi l'obstacle, il suppose qu'une congestion peut s'être produite, et il remet ses tentatives ultérieures à trois ou quatre jours plus tard, et ainsi de suite tant qu'il n'a pas passé. *Festina lente*, dit-il. Sauf le choix de l'instrument, nous approuvons complétement cette pratique. Cependant on conviendra qu'elle est bien lente s'il y a rétention. Aussi, après s'être élevé avec juste raison contre l'emploi de la force, l'admet-il jusqu'à un certain point, à la condition d'être dans le rétrécissement, d'aller très graduellement et de bien connaître l'anatomie. Enfin, il propose pour les cas rebelles à toutes ces manœuvres une sonde métallique qu'il nomme *cathéter-sonde pointu*. Cet instrument a la plus grande ressemblance avec la sonde conique de Boyer. La Gazette hebdomadaire en a déjà fait la remarque en 1857. M. Thompson a répliqué que Boyer avait imaginé sa sonde pour la dilatation; il se trompe, Boyer l'a imaginée « pour sonder les hommes dont l'urèthre est tellement rétréci qu'il ne peut admettre ni les bougies,

ni les sondes ordinaires les plus fines. » (*Mal. chir.*, 4e édit., t. IX, p. 238). Ce journal a, en outre, fait quelques objections et signalé quelques procédés auxquels l'auteur ne paraît pas avoir fait attention. Comme ces procédés, qui n'étaient qu'indiqués, sont les nôtres, nous allons en dire quelques mots.

Deux circonstances peuvent rendre le cathétérisme difficile : ou bien l'orifice du rétrécissement est en dehors de l'axe du canal par le fait même de sa formation ou par une fausse route pratiquée à côté; ou bien il est trop étroit et trop dur. Dans les deux cas nous nous servons d'abord d'une sonde ou bougie élastique droite, conique à son extrémité, et comme elle est nécessairement assez fine, elle n'éprouve aucun frottement dans la partie du canal antérieure au rétrécissement.

Si elle ne s'engage pas, nous en concluons que l'orifice est excentrique, et nous prenons une autre bougie pareille, mais assez fortement coudée à 5 ou 6 millimètres de son extrémité, et non à 16 ou 17, comme le conseille et le figure M. Brodie. Ledran avait donné ce conseil, mais d'une manière beaucoup trop générale (*Op. de chir.*, 1745). En explorant successivement et méthodiquement toute la circonférence du point rétréci avec ce bec, on finit, je puis dire constamment, par trouver l'orifice et le franchir. Les bougies tortillées qu'on a imaginées depuis ne réussissent que par l'excentricité de leur bec, et la preuve, c'est qu'elles ne conservent presque toujours que leur dernière courbure quand on les retire, et heureusement, car, même dans les rétrécissements alternes, leur spirale ne ferait qu'augmenter et multiplier les frottements. On ne fait donc que par hasard avec elles ce qu'on fait méthodiquement avec les bougies coudées. Depuis quelques années, M. Ch. Phillips a encore voulu donner à ce procédé un air de nouveauté en remplaçant les bougies élastiques par des bougies de baleine : c'est un autre perfectionnement à contre-sens. Elles sont trop roides. Si on les introduit droites et qu'on franchisse l'obstacle, leur pointe s'arrête à la courbure du canal; c'est ce qui est arrivé à l'auteur (*Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 570). Si elles sont coudées ou tortillées et qu'on tarde à les engager dans le rétrécissement, on produit presque nécessairement au-devant des éraillures qui peuvent se terminer par des épanchements urineux, ce qui est aussi arrivé à l'auteur (*Gazette des hôpitaux*, 1858, et *Traité*, p. 204). Dans les cas que nous supposons, la difficulté dépend moins de l'étroitesse du passage que de son excentricité. A quoi bon cette roideur? Et d'ailleurs, si, après s'être engagé, l'instrument en gomme élastique n'est pas assez résistant, on peut le fortifier au moyen d'un fil métallique qu'on introduit dans son intérieur lorsqu'il est creux, ou d'un tube métallique qu'on glisse sur lui lorsqu'il est plein.

Quand la pointe de la bougie s'engage dans le rétrécissement et ne peut le franchir à cause de son étroitesse et de sa dureté, on peut la fortifier comme nous venons de le dire; mais cela ne suffit pas toujours. M. Thompson pense que la dilatation s'opère par un travail d'absorption; nous croyons, nous, que c'est par la simple distension du tissu fibrifié. Partant de là, nous nous sommes dit : « Lorsqu'une bougie est arrêtée dans un rétrécissement, on n'a pas assez fait attention qu'elle ne l'est pas seulement par l'obstacle qui se trouve à son extrémité, mais par la somme des résistances éprouvées par toute la partie de son cône engagée... Si l'on pouvait immédiatement annihiler toute autre résistance que celle qui s'exerce à son extrémité, celle-ci pourrait très probablement pénétrer plus avant... (*Rech. sur les rétrécissements*, p. 86; 1845). Il nous suffit, pour arriver à ce résultat, de substituer à cette bougie une autre plus volumineuse et à cône moins allongé qui dilate la portion de l'obstacle franchie par la première; puis nous revenons à celle-ci, puis à la grosse et ainsi de suite, jusqu'à ce que tout soit franchi, ce qu'on peut toujours, avec de la patience, faire en une séance quand la nécessité est pressante.

Ces deux procédés ne nous ont fait défaut depuis vingt ans que dans un seul cas où deux chirurgiens qui nous avaient précédé avaient creusé une fausse route très profonde. Nous avons pu, grâce à nos procédés, sonder il y a dix-huit mois un malade de Hambourg qui, pendant six ans, avait vainement parcouru les différentes universités d'Allemagne et n'avait pas été plus heureux pendant cinq mois qu'il avait passés à Paris. Il nous avait été adressé par le professeur Wolff (de Bonn). Il y a deux ans, nous fûmes également assez heureux pour réussir sur un confrère de Mayence affecté d'un rétrécissement traumatique. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il ne nous était pas venu sans motif. M. Thompson nous range parmi ceux qui ont adopté l'opinion de M. Syme, relative à la *non-existence de rétrécissements imperméables;* nous lui ferons observer que la première édition de M. Syme date de 1849, et que voici ce que nous disions p. 84 de nos *Recherches* de 1845 : « A mesure qu'on se fera une idée plus exacte de la texture des rétrécissements, de la nature des difficultés qu'on rencontre, et qu'on se persuadera davantage qu'il est presque toujours possible de réussir avec un procédé innocent, simple et expéditif, *les rétrécissements infranchissables deviendront infiniment rares.* » M. Syme soutint d'abord qu'il n'y en a pas, sauf « les cas rares, exceptionnels, où l'urèthre, divisé par une violence, s'est oblitéré. » Toutefois, il convient, dans sa deuxième édition, qu'il en a rencontré trois dans lesquels il fut obligé d'ouvrir l'urèthre au-devant du rétrécissement pour guider la pointe de l'instrument (1).

2° Une fois le rétrécissement franchi, reste à rétablir le calibre du canal.

La dilatation, pour notre auteur, est le traitement le plus doux, le plus désirable et le plus généralement applicable. L'expérience l'a conduit à ne pas laisser les sondes ou bougies en place, et il cite un passage vraiment bien pensé à cet égard extrait d'un ouvrage, *On stricture of the urethra*, publié par Luxmoore en 1809. Il reconnaît aussi que, parfois, on n'avancerait pas par cette méthode si l'on ne laissait une bougie en place pendant quelque temps. Il conseille dans tous les cas de porter la dilatation aussi loin que possible et de la maintenir à ce degré à l'aide d'instruments passés à des intervalles de plus en plus longs. Nous ne saurions trop applaudir à ces préceptes. Nous en dirons autant des avantages qu'il attribue, pour la dilatation rapide, à un système de cathéters métalliques cylindriques dans la majeure partie de leur étendue, diminuant insensiblement de trois numéros vers leur extrémité, et se terminant par un bec bien arrondi. Nous avions préconisé un système semblable dans la *Gazette médicale* de 1853, p. 398, et dans nos *Recherches* de 1856, p. 440, raison nouvelle pour regretter que l'auteur ait si peu consulté ce dernier ouvrage.

Autres revendications, et nous sommes heureux que cette fois ce ne soit pas pour nous : 1° M. Thompson donne comme récemment introduit dans la pratique par M. Th. Wakey, de *Free Hospital*, un appareil de tubes dilatateurs qu'on fait glisser les uns sur les autres. Cette idée appartient à Béniqué (*De la rétention d'urine*, p. 72; 1838); elle est donc née en France : nous convenons, toutefois, qu'elle n'y a pas fait fortune. L'inventeur lui-même l'abandonna bientôt pour un système de cathéters cylindriques multipliés à l'excès. La filière centimétrique y était divisée en soixante numéros. 2° Il attribue à M. Holt, de *Westminster Hospital*, une méthode de dilatation par rupture à l'aide d'un instrument qui est précisément celui de M. Perrève : les lames de ce dernier ne s'écartant pas au moyen d'une vis, c'est celui de M. Michelena (Thèses de Paris, 1847), et avant ce dernier celui de M. Rigaud. Quant à cette rupture, il ajoute qu'il l'a vu pratiquer six fois et n'avoir observé qu'une seule fois un peu de fièvre; il conclut en conséquence qu'elle expose moins à des troubles généraux que la simple surdistension. Nous avons rapporté un cas où l'autopsie démontra qu'il y avait rupture du rétrécissement, ce qui n'a pas empêché la mort de survenir en cinq heures. Il est vrai qu'on n'avait pas employé le chloroforme comme le fait de M. Holt.

En France, la cautérisation des rétrécissements est tombée depuis quelques années dans un grand discrédit, et nous nous félicitons d'y avoir contribué : nous nous sommes élevé contre cette méthode dès 1839 (*Gazette médicale*, 1839, p. 262). En Angleterre,

(1) Nous ne revenons pas ici sur la ponction de la vessie, mais nous devons convenir que nous avons eu tort de reprocher à M. Thompson de ne pas avoir cité Riolan comme ayant pratiqué la taille périnéale dans un cas de rétention d'urine. Nous trouvons dans l'ouvrage de M. Thompson, que nous examinons actuellement, que c'était une simple ponction périnéale, et, en revoyant le texte, nous constatons qu'il a raison.

M. B. Phillips, qui l'avait d'abord chaudement préconisée, l'a maintenant abandonnée : « Il y eut un temps, dit-il, où j'avais la ferme conviction que le caustique était l'agent curatif le plus certain dans le traitement de la stricture; une plus longue expérience m'a prouvé que cette conviction n'était pas fondée (*On strict.*, 2ᵉ édit., 1840). M. Wade la vante encore, et, au lieu du nitrate d'argent, il emploie la potasse caustique, à l'exemple de Whateley. M. H. Smith a récemment écrit en faveur de son adjonction à la dilatation; mais il estime que sa valeur est beaucoup moindre que le prétend M. Wade. Il ne la réserve donc que pour les cas où les bougies ne peuvent passer et pour ceux où elles passent, mais ne peuvent porter la dilatation à un degré convenable. Nous l'avons toujours dit, ce qui a trompé, c'est que la cautérisation ramollit les tissus et rend ainsi la dilatation plus facile; mais qu'on attende un peu et l'on verra le rétrécissement revenir plus étroit et plus dur qu'auparavant. La raison en est bien simple; au tissu fibreux primitif on substitue un tissu fibreux de cicatrice, et puis, pour peu qu'on agisse en deçà ou au delà, on étend le mal en ulcérant ou simplement en enflammant les tissus sains. M. Thompson n'a cru pouvoir se prononcer qu'en expérimentant l'action du nitrate d'argent et de la potasse sur des muqueuses visibles. Or, après avoir essayé le nitrate d'argent et agi avec des fragments de potasse qui ne dépassaient pas 1/36ᵉ de grain, il est arrivé à cette conclusion, que le premier est inutile, pour ne pas dire plus, et qu'on ne peut hésiter, quant à la seconde, de la caractériser de procédé dangereux et impropre à l'extrême. Pour être juste, nous ferons remarquer qu'il n'aurait probablement pas obtenu des effets aussi marqués avec de si petites quantités si, au lieu d'expérimenter sur des muqueuses saines, il eût agi sur un tissu aussi dur que l'est celui des rétrécissements; mais nous devons ajouter aussi qu'il n'a tenu compte que des effets primitifs. Au point de vue de la rétraction consécutive, nous avons cité des expériences qui avaient malheureusement été faites sur des parties de l'urèthre, les unes malades, les autres saines.

En résumé, notre auteur n'admet le nitrate d'argent que comme moyen de diminuer l'irritabilité ou la disposition hémorrhagique de la muqueuse, et il rejette à peu près complétement l'usage de la potasse. Nous sommes parfaitement d'accord.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Dʳ AUG. MERCIER.

VI

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — 1860. — Janvier. Guérison accidentelle d'une hydrocèle par extravasation de la sérosité dans le péritoine, par *Dubroca*. — Des injections iodées dans les cavités séreuses naturelles, par *Jousset*. — Février. Fibroplastie du testicule, castration; tumeur blanche du pied, amputation, par *Chatard*. — Injections iodées (suite). — Mars. Injections iodées (suite). — Avril. Fièvre quotidienne hémoptysique, par *Dégranges*. — Observations de tumeurs érectiles traitées par le perchlorure de fer, par *Appia*. — Injections iodées (fin). — Mai. Quelques observations de maladies graves de l'utérus traitées par la méthode de Lisfranc. — Polype naso-pharyngien ayant complétement détruit la voûte palatine, par *Chatard*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 12. Lettres médicales de l'armée d'Italie, par *Bertherand*. — Ténia en Algérie (suite). — Médecine du Prophète (suite). — 1860. — N° 1. Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent, par *Ehrmann*. — Constitutions et maladies des pays marécageux (suite). — Ténia en Algérie (suite). — Eaux thermales sulfureuses de Hammam-Sian en Kabylie, par *Gilet*. — 2. Effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels (suite). — Adhérence congénitale du pénis au scrotum; incision et autoplastie par glissement, par *Bertherand*. — Ténia en Algérie (suite). — Eaux de Hammam-Sian (fin). — Médecine du Prophète (fin). — 3. Oblitération des artères de l'encéphale (suite). — Le bouton de Biskra à Laghouat, par *Manoha* et *Arnould*. — Maladies paludéennes (suite). — Ténia en Algérie (fin). — 4. Oblitération des artères de l'encéphale (suite). — Bouton de Biskra (fin). — Maladies paludéennes (suite). — Maladies de l'armée d'Orient, par *Cazalas*. — 5. Analyse du sang dans l'éléphantiasis des Arabes, par *Fégueux*. — Cas de prolapsus du cordon ombilical, par *Faure*. — Notice sur un médecin algérien du XVIIIᵉ siècle, par *Leclerc*. — Maladies de l'armée d'Orient (suite).

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — Nᵒˢ 8 et 9. Topographie médicale de Smyrne, par *Chassaud*. — 10. Topographie médicale de Smyrne (suite). — Observation d'hydrophobie maligne, par *Mühlig*. — 11. Topographie médicale de Smyrne (fin). — Études sur l'aliénation mentale en Turquie, par *Mongeri*. — 12. Aliénation mentale en Turquie (suite). — De l'empoisonnement par l'atropine, par *Roux*. — 4ᵉ année. — N° 1. Topographie médicale de la ville de Derna (ancienne Cyrénaïque), par *Laval*. — Aliénation mentale en Orient (suite). — 2. Sur un très grand polype de la cavité de la matrice opéré par excision, par *Sarell*. — Observation de névralgie ciliaire, par *de Hübsch*. — Aliénation mentale en Orient (suite).

L'ÉCHO MÉDICAL SUISSE. — N° 12. De l'ablation des polypes utérins par l'écraseur linéaire, par *Ancelon*. — Eau minérale de Saxon (fin). — Notice pharmacologique sur le cornouiller mâle, par *Landerer*. — De la rumination humaine, par *Delaharpe*. — 1860. — N° 1. Observation de myélite aiguë, suivie d'épanchement pleurétique, par *Monnerat*. — Sirop alcoolique d'écorces d'oranges amères, par *Mouchon*. — Considérations théoriques et pratiques sur la dysenterie épidémique, par *Guillaumot*. — De l'emploi du papier huilé pour remplacer le taffetas ciré ou l'étoffe de gutta-percha dans les pansements, par *Gautier*. — 2. Exposition et appréciation des projets de concordat pour la libre pratique de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire en Suisse, par *Cornaz*. — Relation d'une épidémie de rougeole, par *Zuercher*. — Note sur le collodion, par *Eymael*. — 3. Asphyxie par submersion avec des lésions de la face produites après la mort, et prises pour des violences exercées pendant la vie, par *Mercier*. — Analyse de la source sulfureuse des Ponts-de-Martel, par *Kopp*. — Sur l'emploi topique de l'huile de croton, par *Rougel*. — 4. Des polypes du rectum, par *Ancelon*. — Analyse de l'eau ferrugineuse de la Brévine, par *Pagenstecher*. — Injections dans le vagin et l'utérus, par *Dor*. — Un mot sur le traitement des varices, par *Lambossy*. — 5. Encore un cas de tétanos traumatique guéri par le tartre stibié à hautes doses, par *Cornaz*. — Notices pharmacologiques, par *Landerer*. — Observation d'abcès urineux traumatique suivi de guérison, par *Morin*. — Deux cas de morve chez l'homme, par *Reynier*. — 6. Rapport médico-légal sur un cas d'infanticide, par *Mercier*. — De la nature de la dysenterie, par *Guillaumot*. — Guérison d'engelures invétérées par une solution de pierre infernale, par *Eymael*. — Note sur l'huile de ricin pressée et filtrée à froid, par *Bourne*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — N° 18. Chlorose (suite). — Exutoires (suite). — 19. Note sur l'accouchement physiologique, par *Boëns*. — Exutoires (suite). — 20. Chlorose (suite). — 21. Hypnotisme et magnétisme, par *Liégey*. — Chlorose (suite). — 22. Deux visites à Lariboisière, par *Liégard*. — Croup; trachéotomie, mort, par *Boëns*. — 23. Application de l'électricité dans un cas d'épilepsie, par *Ceysens*. — Cas remarquable de suette chronique scorbutique, par *Liégey*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Décembre. Doctrines médicales (fin). — Quelques mots sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les hypophosphites alcalins, par *Denobele*. — Syphilide à forme de varicelle, par *Raikem*. — Observation de pemphigus, par *Kempen*. — Observation de thoracocentèse, par *Hamer*. — 1860. — Janvier. Quelques observations sur les résections osseuses, par *Adelmann*. — Des véritables causes du rhumatisme articulaire aigu, par *Scoky*. — Note sur les bières, par *Eymael*. — Février et mars. Épidémies de fièvres intermittentes et de choléra, par *Decaisne*. — Épidémies de fièvre intermittente, de dysenterie et de choléra, par *Duprez*. — Épidémie de fièvre typhoïde et de dysenterie, par *Merchie*. — Hernie crurale étranglée guérie par l'infusion de café, par *Verbist*. — Fracture comminutive du crâne, avec enfoncement; guérison, par *Fivé*. — Empoisonnement par l'inhalation de camphre, par *Journez*. — Avril. Épidémies de fièvre typhoïde, de dysenterie et de choléra, par *Lacoste*. — Fièvre intermittente, choléra; épidémie de suette, par *Decoudé*. — Fièvre intermittente, fièvre typhoïde, choléra, par *Fromont*. — Fièvre intermittente, dysenterie, fièvre typhoïde, par *Dechange*. — Mai. Quelques réflexions sur les fièvres intermittentes qui ont été observées dans la pension de Malines en septembre 1859, par *Dechange*. — Épidémies de fièvres intermittentes et de choléra, par *Gosse*. — Choléra, fièvre typhoïde, dysenterie, par *Delhaie* et *Binard*. — Application de l'acupressure dans un cas d'amputation de la jambe, par *Limauge*.

Livres.

ESSAI PRATIQUE SUR LES SIROPS ALCOOLIQUES, par *Émile Mouchon*. In-8 de 143 pages Paris, F. Savy. 2 fr. 50

BEITRÆGE ZU EINER MONOGRAPHIE DER GICHT (Monographie de la goutte), par *Braun*. 1ʳᵉ livraison. Grand in-8. Wiesbade, Kreidel. 2 fr. 75

DIE ORTHOPÆDIE DER GEGENWART ODER DIE HEILGYMNASTIK, DIE CHIRURGISCHEN OPERATIONEN UND DIE MECHANIK ALS ORTHOPÆDISCHES HEILMITTEL (L'orthopédie de notre époque, ou la gymnastique médicale, les opérations chirurgicales et la mécanique comme traitement orthopédique), par *J.-A. Schilling*. Grand in-8. Erlangue, Enke. 9 fr. 50

LEHRBUCH DER KINDERKRANKHEITEN (Traité des maladies des enfants), par *A. Vogel*. Grand in-8. Erlangue, Enke. 14 fr. 50

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE expire le 30 septembre 1860, et qui n'ont pas encore donné d'ordre contraire, sont prévenus qu'il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre 1860.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 28 SEPTEMBRE 1860. N° 39.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 8 au 15 août 1860.

151. FUREY-SOULEZ, J.-C., né à la Pointe-à-Pître (Guadeloupe). [*Étiologie de la pellagre.*]

152. RIEZ, Ch., né à Ponthierry (Seine-et-Marne). [*De la chlorose des anciens* (morbus virgineus).]

153. RICHET, Louis-Claude, né à Belleville (Seine). [*Du rhumatisme articulaire aigu, de ses complications et de son traitement.*]

154. BARROIS, G.-F., né à Perthes (Haute-Marne). [*Des flexions de l'utérus.*]

155. BOURDESOL, Paul-G., né à Châteauroux (Indre). [*Parallèle entre la paralysie générale des aliénés et la paralysie générale d'origine saturnine.*]

156. PEYRON, Ernest-Louis, né à Marines (Seine-et-Oise). [*Diagnostic différentiel des maladies du cœur et de la chloro-anémie.*]

157. WHITEREAD, W.-R., né à Virginie (États-Unis). [*De l'œdème et de ses variétés.*]

158. DEPETON, Salvat, né à Saint-Martin-de-Hinx (Landes). [*Des cas les plus pratiques en accouchements dans lesquels la vie de la mère et de l'enfant serait sérieusement ou fatalement compromise sans l'intervention de la médecine.*]

159. FÉNELON, Jean-F., né à Oajaca (Mexique). [*Des vices de conformation du bassin.*]

160. SAILLARD, Francis, né à Ancenis (Loire-Inférieure). [*De la fièvre pernicieuse pneumonique.*]

161. VENDENGEON, E.-Alfred, né à Nantes). [*De l'élimination du pus dans le péritonite.*]

162. BRIÈRE, Ferdinand-Désiré, né à Chaumont (Orne). [*De l'éclampsie puerpérale.*]

163. GUINGUE, Marie-H., né à la Souterraine (Creuse). [*Des tumeurs adénoïdes du sein.*]

164. FERRIÈS, André, né à Pamiers (Ariége). [*Considérations sur le coryza chronique et l'ozène.*]

165. RITH, Émile-Eugène, né à Grand-Courbe-de-Morteau (Doubs). [*Quelques mots sur les plaies par armes à feu.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

BOURBON.

FEUILLETON.

Notice anatomique sur le squelette de la VÉNUS HOTTENTOTE du Muséum de Paris.

M. le docteur Lambl (de la Faculté de Prague) vient de lire à la Société allemande de Paris, et à l'Académie de médecine (séance du 10 septembre), une très intéressante note sur certaines dispositions anatomiques du squelette connu, au Muséum du Jardin des plantes, sous le nom de *Vénus hottentote.* Avant de publier ce travail, qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer, nous croyons devoir dire quelques mots de l'origine de ce squelette.

On désignait sous le nom de *Vénus hottentote*, en 1814 et 1815, une femme Bojesmane (ou *Boschémane*) qui faisait en quelque sorte partie de la ménagerie ambulante d'un certain Réaux. Cette femme mourut le 1er janvier 1816, à l'âge de trente-trois ans, victime de sa passion pour l'eau-de-vie, liqueur pour laquelle sa race tout entière a un goût prononcé. Elle était douce, caressante, lascive, d'une agilité remarquable, et dansait avec grâce et légèreté.

Son cadavre fut disséqué par le docteur Emmanuel Rousseau. Le Muséum d'histoire naturelle en possède le squelette, le cerveau et les parties génitales; on prit en outre le moule en platre du corps entier. Ce moule est exposé dans les galeries d'anthropologie.

La Vénus, qui était petite et grasse, était surtout remarquable par ses fesses renflées en une énorme protubérance graisseuse et par une prodigieuse longueur des nymphes; c'est ce développement des nymphes qui a donné lieu à la fable du *tablier des Hottentotes*. Les seins, semblables à des calebasses, présentaient des auréoles énormes; le nombril était placé très bas; le nez était singulièrement plat; des lèvres énormes recouvraient des dents très prognathes; les pommettes étaient larges, aussi saillantes que le nez, en sorte que la partie supérieure de la face était tout à fait plane; les cheveux étaient groupés en petites houppes soyeuses et contournées, éparses sur la surface du cuir chevelu, et nette-

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 27 septembre 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : NOUVEAU PLESSIMÈTRE. — PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE A L'ALIÉNATION MENTALE. — PARASITES DES ANIMAUX DE LA SOCIÉTÉ D'ACCLIMATATION. — LARYNGOSCOPIE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : FIBROMES INTERSTITIELS DE LA PAROI ABDOMINALE ; COMPRESSION DIGITALE. — PHLÉBITE OBLITÉRANTE DE LA VEINE FÉMORALE AU PLI DE L'AINE A LA SUITE DE LA COMPRESSION ARTÉRIELLE DANS CETTE RÉGION.

Tout le monde connaît la plessimétrie, et beaucoup l'estiment et s'en servent. Les uns, toutefois, frappent sur leur doigt index gauche avec un, deux ou trois doigts de la main droite et se déclarent satisfaits; les autres font usage d'une petite plaque d'ivoire que je me crois dispensé de décrire et prétendent s'en trouver bien. Quelque minimes que soient le poids, le volume, la longueur et la largeur de cet engin d'exploration, M. le docteur Cros les trouve exagérés et propose un instrument qui n'est autre que le plessimètre ordinaire réduit à sa plus simple expression. L'auteur affirme que sa petite plaque a tous les avantages de l'ancienne sans en avoir les inconvénients. Nous ne demandons pas mieux que de le croire sur parole, et nous ne voudrions pas discuter *de minimis*. M. Cros est grand partisan du plessimétrisme, nous partageons son avis; mais nous croyons qu'il aurait bien fait de ne pas porter son nouveau-né à si haute tribune et mieux fait encore de supprimer de sa lecture l'énoncé de grands principes philosophiques et scientifiques, qui, étonnés de se trouver invoqués en pareille occasion, ont nui au côté solide de la communication en lui donnant une teinte un peu trop solennelle.

— En revanche, le haut langage s'adaptait bien au sujet traité immédiatement après par un aliéniste distingué qui conduit volontiers à la tribune académique la physiologie, la philosophie, la psychologie, la politique, la morale, la religion même, sans préjudice de l'aliénation mentale. M. Voisin nous a habitué à voir ces matières brassées ensemble dans des mémoires assez nombreux déjà issus de ses méditations.

L'honorable médecin de Bicêtre avait, cette fois, pris pour thème des passions et des tendances qui, avouables et nobles même dans leurs degrés inférieurs, arrivent en s'exagérant jusqu'à figurer parmi les péchés capitaux. En effet, il a traité de *l'estime de soi* et du *sentiment de la dignité humaine*, puis de *l'amour de la gloire*, de *l'ambition* et enfin de *l'orgueil*. Si ce dernier défaut conduit les hommes à des excès regrettables et souvent aussi à l'aliénation mentale, il n'est pas moins dangereux de faire trop bon marché de la dignité personnelle et de ne pas la respecter suffisamment au moins dans la personne d'autrui. C'est le mépris de l'homme qui a conduit plus d'un conquérant à considérer ses semblables comme des choses sans valeur :

Chair à scalpel, chair à canon partout.

Aussi M. Voisin est-il reconnaissant à notre immortelle révolution, aux illustres philosophes, aux grands penseurs qui, relevant la créature à son rang véritable, ont proclamé *l'homme sacré pour l'homme*. Aussi s'élève-t-il avec énergie contre des dogmes qui, annihilant le corps pour exalter l'âme et subordonnant d'une manière exorbitante la matière à l'esprit, ont abruti le genre humain et en ont fait la proie de tous les despotismes terrestres.

En se faisant le défenseur chaleureux de la valeur morale de l'homme, l'orateur a courageusement émis des propositions d'une orthodoxie médiocre, mais empreintes en revanche d'un caractère incontestable d'élévation et de noblesse. Nous aimerions à entendre souvent de semblables professions de foi sortir de la bouche des savants, qui sont ou du moins devraient être les véritables apôtres de notre XIXe siècle.

M. Voisin a terminé en citant un certain nombre de cas tirés de sa pratique et relatifs à des aliénations caractérisées par l'orgueil. Il a rappelé que les commotions politiques et sociales avaient l'influence la plus directe sur les manifestations de cette sorte de vésanie. Lors de la rentrée des cendres de Napoléon Ier, plusieurs aliénés se croyaient empereurs. Pendant notre république de 1848, il y avait des dictateurs, des présidents et des consuls. Les événements d'Italie ont engendré des papes *in partibus*, et tout récemment enfin M. Voisin a donné des soins à un *Garibaldi*.

Il nous serait difficile d'examiner à fond et avec toute l'attention qu'elle mérite la communication de M. Voisin. L'arène est périlleuse, et nous n'aurions sans doute pas l'habileté nécessaire pour osciller sans glisser. Aussi regrettons-nous l'absence de notre ami Dechambre, qui, rompu aux questions de la philosophie et aux ressources de son prudent langage, aurait facilement fait ressortir le mérite de cette note, où le

---

ment séparées les unes des autres; pieds courts et de forme peu gracieuse; peau jaune plutôt que fuligineuse.

En observant le crâne, on voit tout de suite qu'il diffère beaucoup, par la forme, de celui des nègres ordinaires; il est plus déprimé et moins aplati sur les côtés. Le cerveau est remarquable par l'extrême simplicité de ses circonvolutions; il a été figuré par Tiedemann, et, quelques années plus tard, par M. Gratiolet, avec quelques rectifications.

Chez une autre femme Bojesmane, qui était à Paris en 1857, plus jeune et plus svelte que la *Vénus hottentote*, la protubérance des fesses était moins développée; elle était toutefois très apparente, comme l'atteste un moule en plâtre conservé au Muséum. Stinée, c'était le nom de cette femme, était, comme sa compatriote, extrêmement caressante; comme elle, elle avait un goût excessif pour l'eau-de-vie; elle se livra une fois aux contorsions les plus comiques pour atteindre avec sa langue quelques gouttes de liqueur qu'on avait laissé tomber sur son coude.

L'anomalie indiquée par M. Lambl, sur le squelette de la *Vénus hottentote* est réelle; il est toutefois certain qu'elle n'a aucun rapport avec l'énorme protubérance des fesses; Stinée, dont le torse était irréprochable, présentait en effet cette protubérance, et si elle l'avait moins développée, c'est qu'elle était plus jeune et plus maigre. Cet ornement bizarre, d'ailleurs, n'est pas le seul caractère distinctif des femmes Bojesmanes; leur race est peut-être la mieux définie de toutes celles dont le genre humain se compose; elle l'est par une multitude de particularités d'un haut intérêt, mais dont l'exposition dépasserait les limites d'une simple note.

Voici le travail de l'honorable M. Lambl :

A. D.

Le squelette de la *Vénus hottentote*, bien connu de tous les visiteurs de la galerie anatomique (nº 1603), est remarquable par une anomalie de la colonne vertébrale, intéressante en ce qu'elle contribue à expliquer l'attitude et la conformation du sujet.

Si l'on jette les yeux sur la partie du rachis où se nouent les rapports du tronc avec les extrémités inférieures, c'est-à-dire la

sacré se mélange au profane, où la psychologie côtoie la morale et les grands problèmes sociaux.

— Descendons des cimes de la médecine transcendante pour écouter M. Rufz, l'aimable et savant directeur de l'établissement zoologique de la Société d'acclimatation qui, prenant au sérieux sa mission, veut faire profiter la science médicale de l'important établissement confié à ses soins.

Il nous a entretenu des parasites qu'il a observés chez les animaux étrangers auxquels on a donné le bois de Boulogne pour nouvelle patrie.

C'est d'abord un sarcopte, qui, de concert avec une maladie cutanée très fréquente, s'est installé sur la peau des alpagas et des lamas; puis des sangsues ayant élu domicile dans la gorge de la cigogne noire; puis enfin un tænia venu de l'intestin d'une autruche. Ce dernier fait ne manque pas d'importance scientifique.

L'autruche, outre la rapidité de sa course et la valeur de ses plumes, semblait jouir, de par l'autorité de Buffon, d'un privilége assez marqué. Jamais sa surface extérieure ni ses cavités viscérales ne seraient souillées par le contact impur des animaux parasites. Un auteur moderne dont le nom nous échappe avait confirmé l'assertion du grand naturaliste. Pour expliquer cette immunité, il suffisait de faire une petite hypothèse et de dire que la chair de l'autruche déplaisait souverainement aux entozoaires et aux extrazoaires, si je puis m'exprimer ainsi.

Ce puritanisme de la part d'animalcules qui se montrent de coutume peu sévères sur l'hygiène des espèces qu'ils habitent et tourmentent, avait quelque chose de surprenant et j'ajouterais même d'humiliant pour l'homme, puisque certains naturalistes ont cherché à démontrer que la chair d'autruche pouvait honorablement figurer sur nos tables. Désormais, l'oiseau géant rentre dans la règle commune et le ver solitaire peut y croître et y embellir tout comme dans l'intestin d'un Suisse ou d'un Hollandais. M. Rufz rendra service à la science en continuant ces observations.

— Lorsque M. Czermak est arrivé en France, à peine si l'existence du laryngoscope était connue de quelques rares médecins qui suivent le mouvement scientifique à l'étranger. Aujourd'hui l'exploration du larynx est devenue familière à un bon nombre de praticiens.

M. Czermak, avant de quitter Paris, a donc fait des prosélytes et des élèves. M. Mourat Bourouillon est du nombre, c'est pourquoi il est venu communiquer à l'Académie deux observations intéressantes dans lesquelles l'examen direct de la glotte a démontré sur-le-champ la cause anatomique de l'aphonie.

Dans les deux cas, il s'agissait de végétations saillantes, de polypes du larynx insérés dans la région même des cordes vocales, affection beaucoup moins rare qu'on ne le croyait autrefois, comme du reste le savent bien les anatomistes d'amphithéâtre. Le diagnostic posé, on s'occupa du traitement. Pour l'un des deux malades, M. Mourat Bourouillon tenta une espèce de cathétérisme laryngé avec un gros cathéter d'étain et parvint à morceler la tumeur dont il ne reste actuellement que la moitié.

Peu satisfait de ce moyen, qui nous paraît en effet assez brutal, l'auteur se propose d'employer la galvano-caustique quand il aura rencontré un appareil convenable. Pour notre part, nous hésiterions beaucoup à porter le fil incandescent dans l'intérieur de la glotte, et nous engageons notre confrère à bien prendre ses précautions.

Le présentateur, voulant rendre la communication plus convaincante, a présenté à l'Académie les deux sujets dont il a rapporté l'histoire, et a dû, parmi les académiciens eux-mêmes, conquérir de nouveaux adhérents au laryngoscope.

Jusqu'où n'irons-nous pas, et quel organe peut se dire à l'abri de l'œil indiscret? Saluons néanmoins cette nouvelle conquête pour l'organicisme.

— Il nous reste un peu de place; profitons-en pour parler encore de la Société de chirurgie.

M. Huguier, qui, tout en suivant le mouvement général de la chirurgie, continue avec persévérance ses travaux spéciaux sur les maladies des femmes, a signalé une nouvelle variété de tumeurs qu'on pourrait dénommer *fibromes interstitiels de la paroi abdominale*. MM. Gosselin, Michon, Chassaignac et nous-même avons observé des cas de ce genre, ce qui porte à neuf le nombre des faits cités à cette occasion. Dans tous les cas, ces tumeurs ont présenté une grande similitude : elles se montrent chez des femmes jeunes et occupent le voisinage de l'arcade crurale, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, à laquelle elles adhèrent souvent, ainsi qu'à la crête iliaque, par un pédicule fibreux plus ou moins long et solide. Elles siégent dans l'épaisseur de la paroi abdominale, entre les couches musculaires situées en avant, le *fascia transversalis* et le péritoine, sur lesquels elles reposent en arrière en contractant quelquefois des adhérences. Elles n'ont

---

région lombo-sacrée, on aperçoit une courbure remarquable de la colonne; la partie lombaire est courbée en avant, formant une légère *lordose*, tandis que le sacrum a une direction presque *horizontale*. La cinquième vertèbre lombaire et la première sacrée ne se correspondent pas exactement. Il existe entre elles, à la place du cartilage intervertébral, un hiatus considérable, et, de plus, l'arc de la cinquième vertèbre lombaire est séparé du corps de la même vertèbre; là est la clef de la difformité.

Voici quelques mesures et quelques indications qui donnent une idée des changements survenus dans cette partie du squelette :

Quatrième vertèbre lombaire : diamètre antéro-postérieur normal, 7c,5; *apophyse articulaire supérieure* normale; *apophyse articulaire inférieure* normale, correspondant avec l'apophyse articulaire supérieure de la cinquième vertèbre; *apophyse épineuse*, normale; *apophyse transverse*, peu développée, mais normale.

Cinquième vertèbre lombaire : diamètre antéro-postérieur anormal, 8c,5; face antérieure du corps très haute, 2c,4, comparée à la face postérieure, 1c,4; l'arc de la cinquième vertèbre, détaché du corps de l'os, en est distant de 1-1c,5 en arrière; on distingue une petite saillie de la *portion interarticulaire* de la vertèbre, par laquelle auparavant l'arc était réuni avec le corps de la vertèbre. L'extrémité de l'apophyse épineuse est située plus d'un centimètre en arrière de l'apophyse épineuse de la vertèbre précédente.

Sacrum. Il suffit de signaler ici la disposition de la base, ou *face supérieure* de cet os, qui est inclinée énormément en avant, de manière que le plan, vu de profil, se rapproche beaucoup de la perpendiculaire. Il n'est pas difficile de comprendre qu'un squelette artificiel ne rende pas les relations naturelles des os d'une manière précise, parce que le montage, quel qu'il soit, ne peut jamais remplir les tissus mous, ductiles et élastiques des ligaments et des cartilages. Ainsi l'intervalle lombo-sacré (entre le corps de la cinquième vertèbre et le sacrum) dont nous parlions tout à l'heure, ne pouvait contenir sur le vivant un cartilage triangulaire dans le sens d'une section perpendiculaire; au contraire, il est plus que probable que, dans les circonstances telles que celles que nous venons d'exposer en détail, le corps de la cin-

de coutume aucune relation avec les viscères intra-pelviens et n'exercent sur leurs fonctions aucune influence marquée. Elles sont plus ou moins mobiles et proéminent plus ou moins, tantôt du côté de la cavité abdominale, tantôt au-dessous de la peau qu'elles soulèvent. Généralement indolentes et très dures au toucher, elles sont ovoïdes ou sphériques, à contour régulier, et composées de tissu fibreux parfait ou en voie d'évolution.

Dans le cas que j'ai observé avec mon ami le docteur Perret, nous n'osâmes rien entreprendre. Cependant l'opération est praticable et a donné des cures complètes entre les mains de MM. Huguier et Michon. Jusqu'à présent, l'extirpation s'est montrée fort innocente, quoique deux fois déjà le péritoine ait été ouvert. Les adhérences de la tumeur à la séreuse, adhérences impossibles à reconnaître d'avance, rendent cet accident fort imminent, à moins que leur constatation pendant le cours même de l'acte opératoire n'engage le chirurgien à laisser en place une couche du produit pathologique, ce qui assure la récidive ou du moins la continuation du mal.

Je ne parle que pour mémoire des différents modes de traitement dont il a été question, applications dites fondantes, séton, cautérisation, section du pédicule, etc. L'inefficacité de ces moyens est évidente par elle-même.

La hardiesse de nos collègues a été heureuse, et à l'avenir nous serons peut-être moins timides, et nous oserons attaquer à l'origine des tumeurs qui respectent, à la vérité, la santé générale pendant longtemps, mais qui sans doute doivent finir par éveiller des accidents et amener un dénoûment funeste.

Dans une autre séance il a été question de la *compression digitale* dans le traitement des hémorrhagies et des anévrysmes. C'est à propos d'une observation communiquée par M. Boinet et qui a été l'objet de critiques assez vives. Sans être irréprochable au point de vue scientifique, le fait nous a paru concluant, puisque l'hémorrhagie secondaire qui menaçait de faire prochainement périr le patient, a été bien et dûment arrêtée par la compression digitale pratiquée sur l'humérale au-dessous de l'aisselle. Les parties étaient en tel état qu'il ne restait que le choix entre le moyen qui a réussi et des expédients beaucoup plus graves par eux-mêmes.

La discussion engagée, on a cité d'autres faits pour ou contre la compression digitale qui n'en reste pas moins la méthode de choix qui devra toujours être essayée dans le traitement des anévrysmes.

M. Velpeau, ayant échoué par ce moyen, a utilisé une autre conquête moderne, l'injection coagulante. L'anévrysme était petit et siégeait sur la radiale; le perchlorure de fer en a fait justice, ce qui prouve bien que toutes les méthodes sont bonnes quand elles sont utilisées en temps opportun.

Puisqu'il est question de la compression digitale, qu'il me soit permis de rappeler un petit détail qui ne paraîtra peut-être pas sans intérêt; trois fois déjà j'ai observé le *phlébite de la veine fémorale* au pli de l'aine, c'est-à-dire au niveau du point où l'artère avait été comprimée. Deux fois c'était à la suite d'amputations pratiquées sur le membre inférieur, la compression n'avait pas été de longue durée, et cependant les jours suivants un gros caillot de quelques centimètres de longueur comblait la veine. Aucun accident consécutif n'a suivi ce phénomène. Dans un troisième cas, la compression beaucoup plus prolongée avait été mise en usage contre un anévrysme poplité. L'obturation de la veine constatée *de visu* paraît avoir eu une influence fâcheuse en favorisant sans doute un sphacèle du bout du pied qui, quelques mois plus tard, a provoqué un phlegmon sur la jambe suivi de mort. Il m'a paru utile de signaler cet inconvénient de la compression digitale, afin qu'on avise aux moyens propres à s'en garantir.

Ar. Verneuil.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Recherches sur la coloration bleue et verte qu'on observe au voisinage des plaies et qu'on a souvent confondue avec la véritable suppuration bleue des auteurs, par M. Chalvet, interne des hôpitaux. (Extrait des *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1860.)

(Suite et fin. — Voir le numéro 38.)

Il est indispensable que nous donnions ici un résumé de nos observations avant de formuler notre manière de voir sur cette question.

J'ai observé le premier cas de suppuration bleue dans le service de M. Becquerel, à l'hôpital de la Pitié, en avril de l'année 1857.

Il y avait alors au nº 14 de la salle Sainte-Geneviève une phthisique très avancée à laquelle il fut jugé nécessaire d'appliquer un vésicatoire volant entre les deux épaules. Ce vésicatoire suppura beaucoup. Vers la fin, les pièces du pansement étaient traversées par une abondante suppuration séreuse. Ce fut alors que les linges se couvrirent de larges taches bleues et vertes, qui se reproduisirent jusqu'à ce que l'on modifiât la sécrétion séro-purulente par

---

quième vertèbre correspondait à la face supérieure de la première sacrée, en glissant autant que la *ductilité* du cartilage lombo-sacrale le lui permettait, c'est-à-dire un peu au delà du promontoire, et en dépassant la partie antérieure de la base du sacrum.

Si l'on se fait une idée nette de cette disposition, qui permet à la dernière lombaire de glisser sur le sacrum, on pourra concevoir la déviation du *bassin*.

Le diamètre antéro-postérieur mesure 8c,5, si l'on prend la distance de la base du sacrum à la face postérieure de la symphyse; mais on n'obtient que 7c,5 en prenant la ligne directe de la face antérieure de la cinquième lombaire (saillante à l'intérieur en dedans du bassin) à la symphyse. Le diamètre antéro-postérieur est donc raccourci. Le bassin est rétréci dans le sens du diamètre antéro-postérieur de plus d'un centimètre. D'où il suit que la partie postérieure de la *linea armata* du bassin vu de face est cachée derrière le corps de la vertèbre lombaire déplacée.

Le diamètre transversal (12 centimètres) et les deux obliques (11 centimètres) n'offrent rien de remarquable; ce n'est que le diamètre antéro-postérieur de l'*excavation sacrée*, mesurant 11 centimètres, et l'angle de l'*arc du pubis*, qui surpassent un peu les dimensions normales. Du reste, il n'y a pas de traces d'anomalie particulière primitive, ni d'une affection pathologique quelle qu'elle soit.

La lésion décrite présente encore quelques particularités qui ne sont, pour la plupart, que des conséquences de la disjonction des surfaces articulaires lombo-sacrées. Il existe une lordose lombaire et une courbure de la colonne vertébrale plus prononcées qu'à l'ordinaire. Chaque vertèbre non-seulement présente un léger raccourcissement de la face postérieure du corps; mais les apophyses épineuses sont rapprochées l'une de l'autre plus que dans une colonne normale. Elles sont pourvues de faces articulaires sur les bords qui sont placés en face l'un de l'autre. C'est un phénomène qu'on voit quelquefois chez des saltimbanques et chez des personnes qui jouissent d'une mobilité extraordinaire de la portion libre de la colonne vertébrale, spécialement quand ces sujets

des applications de poudre d'amidon. Dans cette circonstance, M. Becquerel nous rappela ce qu'on avait écrit sur ce singulier phénomène sans émettre d'idée personnelle.

Nous avons rencontré le deuxième cas dans le service de M. Desprès, à l'hospice de Bicêtre, en mai 1859. Vers le milieu de la période de cicatrisation du moignon d'un amputé de la jambe, nous observâmes pendant plusieurs jours une production de matière verdâtre qui s'étalait sur les compresses en taches plus ou moins étendues. Examinée au microscope, cette coloration me sembla due à la présence de granulations infiniment petites, qui résistaient à l'action de l'acide chlorhydrique. Cette propriété me fit soupçonner une origine végétale à cette matière colorante, qu'on aurait pu qualifier de suppuration verte. Je dois dire que cette matière ne fut jamais associée au bleu, et qu'à ce moment on appliquait des compresses trempées dans l'eau fraîche sur les lèvres de la plaie.

Les quatre observations qui suivent sont prises dans le service de M. Guersant. On s'étonnera de l'enchaînement fort remarquable qu'a présenté la manifestation de ce phénomène.

Le premier cas se rapporte à un jeune homme de douze ans couché au n° 22 de la salle Saint-Côme depuis le 27 décembre 1859. Ce malade porte une brûlure profonde qui occupe le membre pelvien depuis les malléoles jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Cette vaste plaie est le résultat de l'immersion du membre dans un baquet de lessive. Le traitement a surtout consisté dans l'application de poudres d'amidon, de quinquina, de tannin diversement mélangées.

La cicatrisation a présenté des alternatives de bien et de moins bien sur lesquelles je n'ai pas à insister.

Quoi qu'il en soit, vers le 15 du mois de mars la plaie offrait une assez mauvaise teinte. Sa suppuration était séreuse, et mouillait au loin le pansement. Déjà depuis deux jours on avait remarqué çà et là quelques taches bleues et vertes. Le 18, M. Verneuil, qui remplaçait alors M. Guersant, substitua au pansement simple des applications de compresses trempées souvent dans l'eau, d'après la méthode anglaise. Le lendemain de ce pansement nouveau, la majeure partie des linges qu'on avait arrosés sur place étaient littéralement teints en bleu et en vert. Le bleu cependant dominait de beaucoup, et le vert circonscrivait souvent de vastes plaques bleues.

Pendant deux jours cette production insolite fut très abondante.

En étudiant avec soin la surface de la plaie, il nous a été facile de voir que le pus qui venait d'être sécrété ne présentait aucune teinte anormale. On constate en même temps que cette coloration n'est pas uniforme, qu'elle est disposée par îlots isolés, et que de là elle s'étend en surface, comme le ferait une accumulation de matière colorante que l'humidité viendrait à dissoudre.

Sur les points où l'épiderme est coloré par hasard, il est facile de s'assurer que c'est le linge qui a déteint sur les parties circonvoisines.

Ces particularités et d'autres plus significatives encore, sur lesquelles je reviendrai, nous conduisirent à penser que cette coloration singulière ressemblait plutôt à une production cryptogamique qu'à cette suppuration bleue et verte admise par les chimistes.

M. Verneuil nous ayant fait observer que ceux qui se sont occupés des suppurations colorées ont, en général, trop peu tenu compte des conditions du développement de ce phénomène pour s'en rapporter exclusivement à l'analyse chimique, nous avons cherché, dès lors, à vérifier ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans l'opinion qui nous paraissait le plus en rapport avec les faits.

Partant de l'idée d'une production végétale parasitaire, M. Verneuil prescrivit le 20 mars l'application topique d'un liquide composé d'une émulsion de quelques gouttes d'essence de térébenthine dans 500 grammes d'eau, avec addition de 15 grammes de sulfate de zinc.

Une seule application de ce liquide balsamique et astringent fit disparaître toute coloration bleue et verte. La surface ulcérée prit rapidement une teinte plus vive sous l'influence de ce même liquide. Nous avions eu soin de conserver les linges tachés de bleu et de vert pour des recherches ultérieures.

Le 9 avril la plaie était sèche, et avait une tendance à l'irritation. M. Verneuil suspendit les applications *parasiticides*, et les fit remplacer par l'application d'un linge huilé.

Le lendemain de cette substitution de topiques, je découvris une tache bleu-verdâtre au niveau d'une ulcération sus-malléolaire qui n'avait pas été couverte par le linge huilé. Je ne manquai pas de continuer l'expérience sur ce point, où je fis de nouveau des applications d'eau froide.

Bien que la suppuration fût peu abondante en cet endroit, où la cicatrisation tendait à se faire, la récolte du bleu et du vert fut abondante pendant trois jours. Au bout de ce temps, on réappliqua la solution balsamique, et la coloration anormale disparut du jour au lendemain.

Par intervalle nous avons vu apparaître quelques rares taches colorées au niveau des points en voie de cicatrisation, toujours là où s'épanchait beaucoup de sérosité et où le sulfate de zinc n'était pas directement appliqué.

Lorsque ces phénomènes de coloration eurent cessé à la salle Saint-Côme, je transportai à la salle Sainte-Pauline de la charpie et des compresses teintes que je tenais sous verre et à l'humidité. J'avais placé ces objets dans le sable du calorifère, et je faisais là des recherches diverses depuis une dizaine de jours, lorsque, à ma grande surprise, une malade couchée tout près du calorifère, et à laquelle M. Verneuil avait pratiqué la résection du coude trois semaines auparavant, présenta les mêmes phénomènes de productions colorantes que le malade précédent. L'état général n'offrait rien de spécial à l'époque de cette manifestation; le mieux qui s'était manifesté après l'opération ne se démentait pas, les bords de la plaie chirurgicale commençaient à se cicatriser; mais comme pour l'autre malade, nous pansions la plaie avec des compresses trem-

étaient habitués à fléchir le tronc en arrière outre mesure.

Le sacrum conserve une position presque horizontale, de sorte qu'il forme avec la colonne un angle de 90 degrés.

La lordose lombaire est compensée par une légère cyphose dorsale; le cou, à son tour, forme une courbure en avant. Le thorax est raccourci dans le sens vertical; ce diamètre (22 centimètres) ne surpasse le diamètre antéro-postérieur que de 2 centimètres.

Les deux fémurs présentent une courbure extraordinaire de la diaphyse en avant; celle-ci est plus prononcée que chez un individu normal, par suite de la proéminence de l'abdomen en avant.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Dr Lambl.

Par décrets des 29 août et 18 septembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Carret, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry ; M. Rey, médecin-major au 16e régiment de ligne.

— L'association des médecins du département de l'Aube, qui existe depuis plusieurs années, a voté dans sa dernière assemblée générale son agrégation à l'Association générale.

— Un jeune médecin très distingué, M. Lheureux, vient de succomber près du Mans, où il demeurait, victime d'un accident de chasse. M. Lheureux avait à peine trente-cinq ans.

— M. le docteur Brouilhet, maire d'Ayen (Corrèze), a succombé le 20 de ce mois à une affection organique du cœur.

— Le concours pour les prix de l'externat et la nomination aux places d'internes des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le lundi 22 octobre. On s'inscrit jusqu'au jeudi 4 octobre, à trois heures du soir.

pées dans l'eau fraîche. Dans ce cas, il nous fut aisé de faire une nouvelle provision de matière colorante pour continuer nos recherches.

La solution balsamique nous donna ici les mêmes résultats qu'à la salle Saint-Côme, c'est-à-dire que la coloration bleue et verte cessa de se développer sous son influence pour se manifester de nouveau lorsqu'on la remplaçait par l'eau simple.

Le 25 du même mois, c'est-à-dire trois jours après la cessation du phénomène chez le n° 26, une petite fille de sept ans, couchée au n° 22 de la même salle, offrit la même coloration bleue et verte dans la charpie et la compresse qui recouvraient une fistule parotidienne. Cette fistule avait été cautérisée vingt et un jours auparavant par le cautère électrique. A ce moment, le trajet fistuleux était rempli par des bourgeons charnus qui sécrétaient de la lymphe assez pour traverser les linges du pansement, et la salive ne sortait plus par la fistule, même pendant la mastication. Ici, comme dans les autres cas, les linges colorés étaient neutres au papier de tournesol.

La coloration cessa spontanément de se produire vers le quatrième jour de son apparition.

Le 27 avril, la voisine de gauche du n° 26, petite fille âgée de trois ans, portant au coude une plaie ancienne qui commençait à se cicatriser, donna aussi, pendant deux jours, du bleu et du vert. On pansait alors avec du digestif. Là s'arrêta cette étrange épidémie.

Dans tous ces cas, la matière colorante a présenté les mêmes propriétés physiques et chimiques.

Bien qu'il y eût alors dans les salles d'autres foyers de suppuration, quatre malades seulement ont offert cette particularité. Ces quatre malades portaient tous des plaies anciennes en plein travail de réparation. Ils produisaient, par conséquent, beaucoup de lymphe plastique, ayant perdu par son imbibition dans les linges son alcalinité par un commencement d'*acidification*. Le milieu était donc favorable au développement de ces végétations microscopiques que l'on voit se développer si rapidement dans les liquides albumineux.

En observant ces phénomènes cliniques, nous avons étudié parallèlement les principales propriétés de cette matière colorante. Nous avons constaté, comme tout le monde, qu'elle est très soluble dans l'eau, beaucoup moins dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Tant qu'elle reste neutre et alcaline, elle conserve la coloration qu'elle présente sur les linges des pansements; mais dès qu'on l'acidifie ou qu'elle s'acidifie spontanément, elle prend une teinte pelure d'oignon qui rappelle absolument l'action des acides sur la couleur bleue du tournesol.

La même solution rougie par un acide quelconque est ramenée au bleu par les alcalis. D'après ces faits, MM. Roucher et Hepp croient cette substance de nature végétale.

Elle jouit de propriétés colorantes assez considérables; il suffit d'une petite pièce de linge colorée pour foncer en couleur par le lavage une certaine quantité d'eau.

Elle est assez stable, beaucoup moins cependant que la matière colorante de la bile, et résiste aux acides forts qui ne la détruisent pas (Roucher).

Ces mêmes acides changent de coloration, mais ne troublent pas sa solution, preuve pour M. Roucher que cette matière n'est probablement pas de nature animale, et qu'il n'entre pas de substance albuminoïde dans sa constitution.

Exposés à la lumière solaire, les linges qui en sont imprégnés ne se décolorent qu'incomplétement. La solution alcoolique n'est influencée par les acides que lorsqu'on en verse en excès.

Je ne l'ai jamais vue passer au jaune brun sous l'influence des acides, ainsi que l'a observé M. Hiffelsheim. Cette dernière réaction ne se produit que lorsqu'on prend la solution filtrée du pus jaune-verdâtre des plaies ordinaires. Cette réaction de la couleur du pus ne doit pas être confondue avec celles de la matière colorante que nous étudions en ce moment.

Pour obtenir une solution de cette dernière, dégagée le plus possible de toute substance étrangère, nous avons eu soin de ne prendre que les morceaux de linge parfaitement colorés en bleu et en vert. Puis, nous les avons préalablement soumis à un filet d'eau sans malaxer. Par cette opération le pus et les grains de poussière sont entraînés; le lavage complet donne ensuite une teinture qui ne renferme que la matière colorante. C'est en opérant sur des solutions ainsi épurées que nous avons obtenu des réactions si constantes.

M. O. Reveil, que je ne puis assez remercier de la bienveillance avec laquelle il m'a fourni tous les renseignements nécessaires, a bien voulu vérifier par lui-même le point le plus délicat de ces recherches. Ainsi il a vainement tenté de produire des laques avec la matière colorante fournie par nos plaies. Puis il s'est assuré que non-seulement cette coloration n'est point due à la présence d'un sel de fer, mais encore que ce métal n'entre pas dans sa composition comme on l'a constaté pour les matières colorantes du sang et de la bile.

Ces caractères chimiques suffiraient à eux seuls pour isoler complétement cette matière de la variété de pus bleu analysé par M. Ch. Robin. Ce savant a toujours trouvé du fer dans les cas qu'il a eu l'occasion d'examiner. Or, d'après sa théorie sur l'origine des matières colorantes de l'économie (1), il est arrivé forcément à voir dans ce phénomène de coloration une simple modification de la biliverdine. La bile peut, en effet, donner naissance à une matière bleue qui tache le linge à la manière du pus coloré. Il suffit pour cela de traiter de la bile étendue d'eau distillée et filtrée, par quelques gouttes d'acide chlorhydrique affaibli. Bientôt le liquide prend une belle coloration verte qui se décompose en deux couches superposées par l'addition d'un peu d'éther.

La couche supérieure est bleue et l'inférieure d'un jaune orange. Si l'on isole la couche supérieure avec une pipette, on obtient une solution bleue qui jouit de propriétés diamétralement opposées à celles que nous a fournies la matière colorante que nous avons observée.

Si nous étudions la bile en masse, nous trouvons la même inversion dans les propriétés. Ainsi, pour n'en citer que quelques-unes, lorsqu'on met dans un tube une solution de matière colorante de la bile, un acide très étendu ne modifie pas sa coloration, tandis qu'elle transforme immédiatement celle que nous avons trouvée sur les linges de nos plaies.

L'ammoniaque fait passer la matière colorante de la bile au rouge orange, en l'altérant; nous avons vu que ce même réactif fait ressortir davantage la coloration verte et bleue de nos plaies sans l'altérer aucunement.

Afin de bien m'assurer que les éléments de cette coloration anormale ne sont pas renfermés dans le pus que fournit la même plaie, j'ai pris sur le même linge, à quelques millimètres de distance seulement, des morceaux de linge colorés en bleu et des morceaux colorés en jaune-verdâtre par le pus. Ces deux substances, dissoutes dans l'eau et filtrées avec le même soin, n'ont présenté aucune identité de réaction et se sont montrées aussi différentes que la matière colorante de la bile et la matière bleue en question.

Pour appuyer sur une démonstration rigoureuse la vérité de l'opinion que j'ai cherché d'abord à établir par exclusion, je n'ai plus qu'à faire connaître les résultats que j'ai obtenus par le mode d'investigation qui convient seul à l'étude des cryptogames inférieurs, l'examen microscopique. Je dois dire de suite que c'est dans la matière verte qu'il faut chercher les granules spéciaux qui décèlent la présence du cryptogame. La matière bleue se dissout dans le liquide qu'elle colore au point d'être imperceptible aux plus forts grossissements.

Quant aux granules de la matière verte, on ne peut bien les étudier qu'avec des grossissements compris entre 500 et 1000 diamètres. Le volume de ces petits corps ou spermaties varie primitivement de 0,0005 à 0,0007. Mais ces dimensions ne sont pas persistantes, ces corpuscules étant susceptibles de s'accroître et d'atteindre assez rapidement le volume d'un sporule ordinaire; puis on les voit se déformer, les uns à la manière des corpuscules du ferment, d'autres s'étalent en plaques par leur soudure et leur fusion successive.

(1) Ces diverses matières colorantes dériveraient les unes des autres par simple catalyse isomérique.

Sur quelques points, on voit apparaître des filaments confervoïdes d'une ténuité extrême.

Pour assister à ces métamorphoses, il faut tenir ces granulations dans l'humidité et à une température assez élevée pour tiédir l'eau.

Après bien des essais, je me suis arrêté au procédé suivant pour favoriser cette germination : je prends un brin de charpie verte, je la place dans un petit tube de verre et je l'imbibe avec une solution faiblement albumineuse ; puis j'ai soin de conserver toujours le petit tube dans la poche ou de l'exposer à la chaleur constante d'un calorifère, afin de mettre ces germes dans une température convenable pour leur développement.

Alors on ne tarde pas à remarquer, en général, que le brin de charpie se fonce en couleur. Puis, à mesure que le liquide albumineux s'acidifie, la charpie devient rouge ; mais je n'ai pas encore pu obtenir artificiellement le bleu intense qui se développe spontanément au voisinage des plaies. Je suis actuellement convaincu que la coloration verte que j'ai observée est le résultat du développement, dans les linges imbibés de sérosité, d'une algue inférieure du genre *Palmella*, et que le bleu procède du vert par une modification analogue à celle que subissent les algues primitivement vertes, qui colorent ensuite en rouge les eaux de certains bras de mer.

Je ne connais pas de faits de coloration bleue résultant d'une décomposition spéciale des granulations vertes d'algues microscopiques ; cependant des observations rapportées par M. Coquerel (*Société de biologie*, 1854), chirurgien de la marine impériale, et des indications bibliographiques données par le même auteur, tendraient à nous faire croire que la mer Bleue pourrait bien devoir son nom à la manifestation d'un phénomène de la nature de celui qui colore les eaux de la mer Rouge, des mers de la Chine et de Madagascar.

En ne considérant que leur mode d'envahissement et les circonstances spéciales qui les entourent, la plupart, je ne dis pas tous, des phénomènes de coloration attribués à une suppuration bleue et verte nous paraissent ne pouvoir être rapportés qu'à une végétation.

Dans les expériences, si faciles à répéter, de M. Sédillot, nous avons vu ces colorations se développer sur les plaies et loin des plaies, avec les mêmes caractères physiques et chimiques. Les choses se passeront ainsi toutes les fois que l'on opérera avec un liquide légèrement albumineux, non alcalin, et que l'on se placera dans des conditions de température convenables.

Si les colorations diverses sont plus lentes à se produire dans les expériences qu'au voisinage de certaines plaies, c'est que le milieu, le *sol*, si je puis m'exprimer ainsi, n'est pas également favorable à ces sortes de germinations.

Tout le monde sait, du reste, que les cryptogames inférieurs se développent avec une rapidité qui tient du prodige et qu'ils présentent dans leur régénération des particularités aussi variables que différentes, peuvent être les conditions dans lesquelles ils se trouvent placés. Il nous paraît donc plus rationnel et plus conforme à l'observation d'attribuer ces colorations à la présence d'un cryptogame dans le plus grand nombre des cas, plutôt que de chercher à les expliquer toujours par des réactions chimiques qui sont souvent invraisemblables, même en forçant les analogies.

Comment expliquer, en effet, ces apparitions et ces disparitions brusques et capricieuses de la suppuration bleue? Comment se rendre compte de ces intermittences que vient parfois interrompre une série de cas observés aux mêmes époques et en divers endroits?

Dans un travail sur le même sujet, publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON (numéro du 1er juin 1860), au moment où nous terminions ces recherches, M. Delore, soutenant la même opinion qu'en 1854, déclare qu'il n'avait pas rencontré un seul cas de suppuration bleue depuis plusieurs années, lorsqu'il lui a été donné d'observer ce phénomène chez cinq malades en peu de temps (1).

Je crois pouvoir dire que le printemps qui vient de finir a été fécond en suppurations bleues et vertes. On en a observé plusieurs cas à l'hôpital de la Pitié à la même époque que nous à l'hôpital des Enfants ; c'est dire que nous ajoutons une certaine importance à ce qu'on ait soin à l'avenir de signaler exactement la date et l'enchaînement de ces productions singulières ; l'histoire naturelle y gagnera sans doute quelque chose.

Nous sommes d'autant plus porté à exprimer ce *desideratum* pour les faits déjà publiés, que les travaux récents sur la cryptogamie, les recherches si belles de M. Montagne surtout, prouvent d'une manière positive que certaines variétés d'algues ne sont peu connues que parce qu'elles ne tombent que exceptionnellement sous les yeux des observateurs spécialistes. On peut citer à l'appui de cette vérité l'histoire de la découverte en France du *Palmella prodigiosa*, observé scientifiquement pour la première fois, en 1854, par M. Montagne dans une circonstance fort curieuse que ce savant naturaliste a consignée dans les *Bulletins de la Société de biologie* de la même année. Déjà Sette (de Padoue) avait décrit le même végétal sous le nom barbare de *Zoogalactina imetrapha*, et M. Ehrenberg (de Berlin) sous celui de *Monas prodigiosa*. Ces deux savants avaient donc considéré ces granulations infiniment petites comme des animalcules, et M. Ehrenberg leur a décrit même un énorme suçoir qui ressemble exactement aux premiers rudiments de végétation que nous avons observés dans les granules infiniment petits de notre matière verte.

M. Montagne vit dans le *Monas prodigiosa* d'Ehrenberg une analogie si grande avec le *Palmella cruenta* que l'on rencontre au bas des murs humides qu'il proposa de classer les granulations qui colorent en rouge les hosties et les autres substances alimentaires, le riz par exemple, parmi les parasites végétaux, et en fit le *Palmella prodigiosa*. Un observateur plus autorisé que nous aurait peut-être par analogie vu dans les granulations vertes susceptibles de se transformer en bleu une sorte de *Palmella cœrulea*.

Conclusions. — 1° Il me paraît nécessaire de reconnaître des origines différentes à la suppuration bleue des auteurs. Ces différences d'origine expliqueraient la divergence d'opinion de ceux qui l'ont étudiée.

2° Ces productions bleues et vertes qui se développent si rapidement sur les appareils des pansements, dans certaines conditions d'ancienneté et d'humidité des plaies, me paraissent tenir à la présence d'une algue microscopique du genre *Palmella*. Ce végétal, primitivement vert, produirait une coloration bleue sous certaines influences qui nous sont inconnues et une température déterminée ; mais il se passerait là un phénomène analogue à celui qu'on observe pour les autres algues colorées qui sont vertes dès le principe.

3° Comme la plupart de ceux qui ont étudié la même question, nous sommes resté convaincu devant les faits que ce phénomène n'a pas de signification au point de vue du pronostic.

Pour compléter autant que possible les indications bibliographiques, je dois citer ici les deux communications qui ont été faites à l'Académie des sciences depuis la rédaction de mes recherches.

Dans sa communication du 6 août, M. Fordos rappelle qu'il a depuis plusieurs années proposé de donner le nom de *pyocyanine* à la matière colorante des suppurations bleues.

Depuis M. Fordos est parvenu à isoler cette substance, qu'il considère comme une base organique pouvant produire avec les acides des combinaisons rouges. Ce chimiste reconnaît, du reste, que sa pyocyanine diffère complétement de la *biliverdine* et de la *cyanourine*.

Après cette publication, M. Delore s'est empressé d'informer l'Académie (séance du 20 août) qu'il avait songé aussi depuis longtemps à donner un nom à la matière bleue du pus. Il persiste à la

(1) Je mets à part le cas de suppuration bleue de l'obs. V, qui, d'après la rédaction de M. Delore, n'aurait fourni que du *bleu* sans être accompagné de *vert*. Ce cas me paraît rentrer complétement dans l'histoire de ceux où la coloration anormale du pus serait le résultat d'une modification des principes colorants de l'économie. Mais je doute fort que ce bleu qui s'est produit pendant un an sans interruption ait présenté les mêmes réactions que le bleu que nous avons observé.

faire *dériver de l'hématine*, et a choisi pour la désigner le mot de *cyanopyine!*

Les recherches de M. Fordos nous prouvent une fois de plus que cette substance jouit des principales propriétés des couleurs organiques de nature végétale.

III

REVUE CLINIQUE.

OBSERVATION DE TUMEUR SYPHILITIQUE DES OS DU CRANE, ET OBSERVATION DE TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DE L'INTÉRIEUR DU CRANE, lues à la Société de médecine de Paris, par M. BOYS DE LOURY.

OBS. I. — Madame F..., âgée de quarante-huit ans, vint me consulter en 1842 pour des douleurs de tête presque continuelles, qui présentaient une exacerbation très marquée le soir, et qui augmentaient pendant la nuit. Cette personne, d'une grande intelligence, s'occupant de travaux littéraires, ne pouvait plus rien faire, tant les douleurs étaient violentes; outre un sentiment de térébration, elle éprouvait celui d'un poids comprimant le cerveau qui lui ôtait toute puissance de réflexion, et c'était pour cette dame une sensation plus pénible encore que la douleur lancinante. Mariée fort jeune à un ancien marin, elle avait éprouvé à plusieurs reprises des symptômes syphilitiques qu'elle n'a pas su définir; mais il est certain que depuis la mort de son mari, quatre ans avant qu'elle ne me consultât, elle avait été affectée d'une syphilide générale pour laquelle elle avait subi un traitement mercuriel à la suite duquel la syphilide avait disparu; peu de temps après, des douleurs dans les jambes et dans les bras, prises pour une affection rhumatismale avec exacerbation la nuit, se manifestèrent: ces douleurs pouvaient d'autant plus être confondues avec un rhumatisme que des exostoses ne s'étaient nullement développées.

C'est après ces derniers accidents que les douleurs apparurent à la tête, prises d'abord pour une névralgie, se présentant par accès. Le sulfate de quinine, les vésicatoires appliqués sur le siége de la douleur, enfin les antispasmodiques sous toutes les formes, n'entravèrent en rien la douleur, qui bientôt devint continuelle et prit les caractères que j'ai décrits au moment que la malade se confia à mes soins après avoir consulté plusieurs praticiens.

Ne doutant pas de la nature syphilitique des symptômes que la malade présentait, je la soumis à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, et, sous l'influence de ce médicament, les douleurs parurent se suspendre pendant quelque temps; elles revinrent ensuite plus vives d'une part et suivies d'un état de torpeur, d'engourdissement général qui peu à peu remplaça les vives douleurs. En même temps se présenta un phénomène singulier: le front de cette dame parut plus proéminent au milieu; il sembla aussi s'élever plus haut que les parties latérales du crâne, les yeux s'écartèrent et devinrent plus saillants.

Cette disposition, à peine visible d'abord, était fort manifeste au bout de quatre mois; la partie supérieure du coronal faisait une saillie semi-ovoïde au-dessus du reste du crâne, sur les côtés des tempes. A l'angle externe des globes oculaires, on voyait également une tumeur dure évidemment formée par une saillie osseuse; la partie supérieure du nez perdait sa forme en s'élargissant outre mesure, renversant et écartant les yeux de leur axe normal.

Bientôt la vue devint trouble, l'ouïe participa de la faiblesse de la vue, en même temps que l'odorat se perdait; aux douleurs vives succédait une période plus longue d'un état comateux; la sensation dont la malade rendait compte était celle d'un corps lourd, dont toute sa tête avait été enveloppée.

Plusieurs praticiens éminents furent appelés à diverses reprises en consultation; Blandin, Bérard jeune et Amussat partagèrent le diagnostic que j'avais émis, que l'affection était de nature vénérienne, suivie d'exostoses péricrâniennes, peut-être s'étendant à la base du crâne, et qu'il fallait insister sur les traitements antisyphilitiques les plus énergiques malgré le peu d'espoir qu'on eût dans le succès.

Je ne dirai pas tous les moyens qui furent employés pour combattre cette terrible affection, dont la marche progressive n'était arrêtée par aucun médicament; mais je vais décrire s'il se peut, d'après un dessin que j'en fis un mois avant la mort de la malade, la conformation et la déformation de cette tête.

Une tumeur énorme, présentant des anfractuosités, s'élevait au-devant du crâne, dominant la partie supérieure et moyenne des pariétaux de 4 centimètres environ. Toute cette partie antérieure du crâne s'élevait en ligne droite au-dessus du nez, ayant effacé l'espace qui délimite l'attache du coronal aux os propres du nez, ce qui était fort marqué avant la maladie de cette dame. A 3 centimètres au-dessus de la naissance des sourcils, en dedans, une tumeur s'élevait de chaque côté du front, tranchée de celle du milieu par une scissure montant au-dessus des tempes jusqu'au niveau de la partie supérieure de l'oreille, et formant une saillie irrégulièrement ovoïde et laissant sentir au toucher des anfractuosités et des bosselures moins tranchées pourtant que sur la tumeur médiane.

Les yeux étaient rejetés en dehors, l'écartement entre l'angle interne des yeux était de 6 centimètres, une tumeur saillante s'était développée à la région de l'os unguis et s'étendait sur les parties latérales du nez, en redescendant au-dessus des narines. L'aspect général de cette figure presque indescriptible était effrayant, l'œil était constamment recouvert par la paupière, qui ne pouvait plus se relever: la pâleur morbide de cette figure, qui avait perdu toute expression, même celle de la douleur, l'immobilité des traits, une surdité presque complète, tout, dis-je, concourait à rendre extraordinaire la vue de cette malheureuse femme, que l'intelligence n'abandonna pourtant pas jusqu'à la fin de sa vie; elle succomba le 28 mai 1844.

L'*autopsie* de la tête nous ayant été permise, une coupe qui sépara la tête sur la ligne médiane nous montra les lésions que je vais décrire:

Toute la tumeur qui occupe le devant et la partie supérieure du crâne est formée par le coronal et la partie antérieure des pariétaux; au sommet de la tumeur, au-dessus de la jonction du coronal avec les pariétaux, les os ont pris l'énorme épaisseur de 6 centimètres; cette dimension persiste dans une étendue de 4 centimètres. Un peu au-dessus des sourcils, le coronal a 3 centimètres, l'épaisseur va en diminuant après le tiers antérieur des pariétaux; toute la partie postérieure des os du crâne a conservé ses dimensions et sa texture normales.

Tout l'intervalle compris entre la lame externe et la lame interne de ces os est rempli par une substance qui a remplacé la substance celluleuse, ou, pour mieux dire, en laquelle la substance celluleuse s'est métamorphosée. Qu'on se figure les petites cellules de ces os vues au microscope et ayant une dimension variant entre 2 et 3 millimètres, et ayant acquis jusqu'à un centimètre, quelques-unes arrondies, la plupart ovoïdes, chaque cellule bien limitée par une enveloppe assez résistante pour que dans quelques-unes on éprouve en les rompant la sensation d'une lame osseuse très légère, toutes ces cellules infiltrées d'une substance molle, jaunâtre, qui les remplit complétement; dans quelques points des nucléoles où cette apparence se perd, et là il y a plus de dureté du tissu qui semble alors cartilagineux.

L'infiltration de cette substance jaunâtre s'étend à une partie des pariétaux, à tout le coronal, à la partie écailleuse du temporal, aux os du nez, à l'ethmoïde et au corps du sphénoïde; dans ces derniers os, la substance infiltrée a la même apparence, mais les cellules sont moins volumineuses.

En même temps que les os avaient pris une extension si extraordinaire en dehors, ils avaient également agi en dedans; la boîte osseuse était extrêmement diminuée; le cerveau, comprimé, touchait à la voûte du crâne, ses circonvolutions étaient aplaties par cette compression, et ces lésions rendaient parfaitement compte des accidents observés pendant la vie de la malade, de la douleur primitive, suivie de ce sentiment de pesanteur et de la perte successive des sens.

Cette lésion, ce cas d'anatomie pathologique, dont j'ai inutilement cherché le pendant dans les auteurs, me rappelle un autre fait également fort rare, dont la maladie syphilitique n'était nullement la cause, bien différent aussi sous le rapport de l'anatomie pathologique, mais que les symptômes présentés par la malade et la conformation extérieure rapprochent jusqu'à un certain point.

OBS. II. — Une jeune femme de vingt-quatre ans, dont j'ai connu les ascendants, qui lui ont survécu, et qui ont toujours joui d'une bonne santé, vit, après une première couche qui s'est passée sans complication, un an après son mariage, se produire à la partie moyenne du front une petite tumeur peu proéminente et nullement douloureuse pendant les premiers mois. Bientôt cette tumeur prit de l'extension dans tous les sens, et en même temps elle y éprouva des élancements. Cette tumeur n'était pas mobile, elle paraissait ou adhérente à l'os, ou formée par le coronal lui-même.

L'écartement et la saillie des yeux ne tardèrent pas à suivre ces premiers phénomènes, et la tumeur, en montant progressivement, fit une saillie ovoïde à la partie supérieure du crâne.

Bientôt les phénomènes observés sur la malade précédente se manifestèrent: sentiment d'engourdissement et de pesanteur dans toute la tête, en même temps que la vision, l'odorat et l'ouïe s'affaiblissaient d'une manière très sensible; la tumeur faisait une saillie de près de 3 centimètres au milieu de la longueur du nez, et l'écartement des yeux, dont les globes finirent par être recouverts par la tumeur elle-même, était arrivé à ce

point que les globes oculaires, chassés des orbites, étaient placés en dehors de la paroi externe de la cavité orbitaire.

Une consultation ayant été provoquée, l'opinion générale fut que, devant une affection qui faisait en si peu de temps de si rapides progrès, il était de toute probabilité qu'elle était due à un cancer de nature encéphaloïde, qu'il n'y avait rien à tenter pour sa guérison. Cependant, l'un des consultants ayant émis l'idée de pratiquer une ponction exploratrice, je la fis le lendemain vers le centre de la tumeur. A peine l'instrument avait-il pénétré, qu'un jet de sang d'un rouge vif s'échappa de la petite plaie et fut assez difficile à arrêter.

Cette petite opération ne parut pas avoir d'influence sur la maladie, dont la marche continuait toujours rapidement. En neuf mois, l'affection avait pris la forme et les dimensions telles que je vais les décrire et telles qu'elles avaient été observées cinq à six jours avant la mort de la malade.

La tumeur a 12 centimètres de hauteur; elle s'étend depuis le bord supérieur des narines jusqu'au-dessus du front, au-dessus duquel elle fait une saillie arrondie qui le domine de 2 centimètres. La largeur de cette partie ovoïde est de 6 centimètres; l'écartement des yeux, pris à leur angle interne, est de 10 centimètres; les paupières, fort œdématiées, recouvrent les yeux sans pouvoir se relever. Toute cette tumeur avance au-devant du nez et du front de 2 à 3 centimètres; toute la partie inférieure de cette tumeur, depuis l'angle externe des yeux jusqu'au milieu de la hauteur du front, a acquis une couleur violette lie de vin; on pourrait presque comparer l'apparence de cette tumeur à celle de ce demi-masque usité au XVIIe siècle et appelé *loup;* toute la peau de cette surface était lisse et luisante, distendue qu'elle était par les parties sous-jacentes.

Dans les derniers temps de la vie de cette malade, elle était dans un état comateux presque continuel, privée complétement de la vue, de l'odorat et de l'ouïe. Elle s'est éteinte sans agonie.

Autopsie. — Ayant enlevé la peau du front jusqu'au bas de la tumeur, à la partie inférieure du nez, j'ai trouvé une tumeur variant de couleur dans toute son étendue, mais recouverte partout d'une infinité de vaisseaux; un seul lobe formait sa partie supérieure, qui était d'une couleur lilas; la partie moyenne, qui contenait moins de vaisseaux, était jaunâtre; la partie inférieure formait deux larges lobes se séparant sur le milieu du nez, sur lequel elle faisait une forte saillie; toute cette partie inférieure était plus couverte de petits vaisseaux, et sa couleur générale plus violacée.

Le coronal était carié et corrodé dans la plus grande partie de son étendue frontale; la tumeur pénétrait dans l'intérieur du crâne entre les os et la dure-mère soulevée par la tumeur, qui n'avait pas été détruite, mais qui était parcourue par beaucoup de vaisseaux; derrière cette membrane, le cerveau, comprimé d'avant en arrière, dont les anfractuosités étaient effacées, ne présentait aucune lésion. La tumeur, reposant en dedans du crâne, sur la paroi supérieure des orbites, avait pénétré dans les cavités par les trous naturels et par la destruction partielle de ces os; l'ethmoïde était en grande partie détruit; une portion de la tumeur, pénétrant dans les fosses nasales, avait déjeté le vomer et toute la cloison moyenne des fosses nasales, de manière que cette cloison s'appuyât complétement sur la partie ascendante du maxillaire supérieur gauche; cette partie de la tumeur, qu'on apercevait au fond de la narine dans les derniers temps de la vie de la malade, était d'une couleur lie de vin, presque de celle de la rate, formée d'un tissu mou, remplie de vaisseaux et présentant à l'extérieur beaucoup d'anfractuosités et de circonvolutions.

Cette tumeur, dans toute son étendue, partait d'un point situé au-dessus du coronal pour descendre d'une part en avant, un peu au-dessus des narines, sur lesquelles elle se divisait en deux tumeurs pyriformes, et, d'autre part, descendant à l'intérieur des orbites et des fosses nasales, qu'elle remplissait presque complétement. La longueur totale de cette tumeur était de 13 centimètres.

Incisée dans toute sa longueur sur la partie médiane, cette tumeur présentait dans sa presque totalité l'apparence cérébrale, la coupe en était d'un blanc grisâtre piqueté de points rouges par la division des vaisseaux; en quelques parties il y avait du ramollissement. Toute la périphérie était plus dense et en même temps beaucoup plus chargée de vaisseaux; toute la partie inférieure et postérieure qui avait pénétré dans les fosses nasales était homogène et rappelait par sa texture celle du placenta; enfin, cette tumeur avait dans toutes ses parties l'apparence du cancer encéphaloïde.

Rien, certes, de plus dissemblable que la nature de l'affection de ces deux malades; rien de plus différent dans la marche lente de la première affection et la rapidité de la seconde, rapidité fréquemment observée dans le cancer encéphaloïde; mais pour les symptômes, douleurs, perte successive des sens; pour l'aspect général des deux malades, il y a un rapport qu'on ne saurait nier, et qui, au premier abord, pourrait tromper pour le diagnostic différentiel.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHEVREUL.

HISTOIRE NATURELLE. — *Classification zoologique et anthropologique*, par M. *Is. Geoffroy Saint-Hilaire.* — M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire fait hommage à l'Académie de trois tableaux lithographiés, présentant sous une forme synoptique les rapports des groupes principaux du règne animal et la classification des races humaines.

Les races que M. Geoffroy Saint-Hilaire a cru pouvoir comprendre dans son tableau, comme déjà suffisamment distinctes, sont les suivantes :

Races à cheveux lisses : CAUCASIQUE, Alléganienne, Hyperboréenne, Malaise, Américaine; MONGOLIQUE, Paraboréenne (ordinairement confondue avec la race Hyperboréenne), Australienne.

Races à cheveux crépus (appartenant particulièrement à l'hémisphère austral) : Cafre, ÉTHIOPIQUE, Mélanienne; HOTTENTOTE.

MÉDECINE. — *Note sur le délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale*, par M. *Baillarger.* — Le but de ce travail est de faire ressortir les relations étroites qui existent entre la mélancolie hypochondriaque et la démence paralytique. M. Baillarger pense que l'hypochondrie, dans beaucoup de cas, est un signe précurseur de la paralysie générale, de la même manière que le délire des grandeurs.

Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complétement obstrués. Ils prétendent, par exemple, qu'ils n'ont plus de bouche, qu'ils n'ont plus de ventre, qu'ils n'ont plus de sang; ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complétement plein, que leur ventre est barré. Il semble à quelques-uns que les aliments qu'ils prennent sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau ou même dans leurs vêtements. Quatre malades prétendaient que leur corps tombait en putréfaction. Plusieurs d'entre ces derniers paraissaient avoir des hallucinations de l'odorat. Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir les yeux, et qu'ils sont devenus aveugles; d'autres cessent de parler, et assurent plus tard qu'il leur était impossible d'ouvrir la bouche; ils affirment encore ne plus pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner. Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils sont plus gros ou plus petits, ils disent même qu'ils ne les ont plus. Enfin il en est qui vont jusqu'à se croire morts. Ils restent immobiles, les yeux fermés, et quand on soulève leurs membres, ils les laissent retomber comme s'ils étaient complétement paralysés. Ces diverses conceptions délirantes entraînent souvent de fâcheuses conséquences. Beaucoup de malades refusent avec plus ou moins d'énergie de prendre des aliments, et quelquefois il faut recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne.

Le délire hypochondriaque, ajoute l'auteur, n'est donc pas seulement un symptôme dans certaines formes de la paralysie générale. C'est encore un symptôme grave et un signe pronostique fâcheux. (*Comm. :* MM. Serres, Flourens, Andral, Rayer.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de

Lot-et-Garonne. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le tableau des vaccinations et revaccinations pratiquées en 1858 à la maison de Saint-Lazare, par M. *Commenge*, interne de cet établissement. (*Commission de vaccine.*) — *c.* Un rapport de M. *Chapelain*, sur le service médical des eaux de Luxeuil. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : Une note de M. *Laforgue* sur un enfant sirénomèle et notencéphale observé à Toulouse. (*Comm.:* MM. Depaul et Geoffroy Saint-Hilaire.)

M. *le Président* annonce que M. *Robert Adams*, président du collége royal des chirurgiens d'Irlande, et M. *Haime* (de Tours), membre correspondant, assistent à la séance.

Lectures et mémoires.

M. le docteur *Antoine Cros* lit un travail sur une *modification du plessimètre*, consistant à changer la forme ellipsoïde de la plaque d'ivoire en une forme rectangulaire, et à réduire sa dimension transversale, longue de 5 centimètres à 12 millimètres. (*Comm :* MM. Cruveilhier, Barth et Piorry.)

M. *Voisin* donne lecture d'une note intitulée : *Orgueil, estime de soi, amour-propre, dignité, sentiment instinctif de l'inviolabilité humaine, assise de la personnalité*, etc. Ces appellations différentes, dit M. Voisin, sont les synonymes qui expriment la force qui porte l'homme à se respecter dans lui-même et dans ses semblables.

Ce sentiment bien dirigé donne, en général, de l'énergie à la constitution morale, et communique aux individus comme aux nations un caractère indépendant et noble. Son inactivité, sa faiblesse prédisposent à l'humilité, à la soumission, à la servilité.

L'arrogance, le dédain, l'esprit de domination en constituent le désordre et l'abus. Cette faculté forme assez souvent un des caractères principaux de l'aliénation mentale.

Après avoir passé rapidement en revue les manifestations du sentiment de la dignité personnelle dans les sociétés antiques, l'orateur fait observer que la religion chrétienne est venue à propos s'élever contre l'exagération de l'orgueil et contre les abus sous les Césars de l'ancienne Rome. « Mais, ajoute-t-il, pour éviter un » excès on tomba dans un autre. On obtint comme résultat la con» damnation de l'intelligence, la macération et l'appauvrissement » de l'organisme, les dépressions de toute espèce, l'obéissance la » plus passive, la mésestime de soi-même, l'absorption de l'être » dans la prière, la pénitence et la contemplation, enfin le sui» cide du corps et de la raison. Voilà par quel renversement total » des lois de la création, par quelle mutilation on voulait, à ces » tristes époques, mettre l'homme en état de plaire à la divinité. »

« Il ne faut, ajoute M. Voisin, s'opposer à la manifestation rai» sonnable d'aucune des forces de la constitution humaine... Le » respect de soi-même et le respect des autres, qui en est la con» séquence, sont les mobiles les plus élevés des actions humaines... » Les plus grands malheurs de l'humanité doivent être attribués » au mépris que manifestaient pour elle les gouvernements poli» tiques, militaires ou sacerdotaux qui l'ont tenue dans leurs » mains. »

L'orateur termine par quelques mots sur les folies d'orgueil qu'il a observées à Bicêtre. Il fait voir par quelques faits la relation qui existe entre la nature de ces folies et les événements politiques, et montre qu'elles reflètent, sous la forme de délire, l'enthousiasme et les préoccupations du public.

Présentation.

M. *Rufz* présente à l'Académie quelques parasites recueillis sur des animaux envoyés au Jardin zoologique d'acclimatation.

1° Des sarcoptes trouvés sur des lamas et des alpacas ; ils ont paru à MM. Leblanc et Delafond différer de ceux qui sont connus actuellement.

2° De petites sangsues très vivaces, d'un rouge très vif, qui ont été retirées de la gorge des cigognes noires. Ces sangsues, longues d'une ligne environ, paraissent être assez rares dans nos eaux. On les trouve rarement sur les échassiers du Jardin des plantes.

3° Un ténia trouvé dans les fèces d'une autruche. Buffon enseigne, d'après Vallisnieri, qu'on ne trouve jamais de parasites sur l'autruche, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Cette observation a été confirmée par M. Berg, jeune chirurgien de marine (*Comm. :* MM. Leblanc, Moquin-Tandon, Delafond et Robin.)

M. *Moura-Bourouillou* lit une note sur deux malades affectés de productions épithéliales du larynx ayant déterminé une aphonie complète. Ces malades sont présentés à l'Académie, et examinés à l'aide du laryngoscope. Voici un résumé de ces observations :

Obs. I. — Joseph F..., imprimeur en taille-douce, quarante-sept ans, est affecté d'aphonie depuis 1857. Cette aphonie a mis près d'un an pour devenir complète. Pas de maladie vénérienne ni autre. Pas de maux de gorge. Toutes sortes de traitements ont été essayés inutilement. Une bougie d'étain passée dans la glotte pour en opérer la dilatation est le seul moyen qui ait donné de la voix pendant quatre, six ou huit jours. M. Czermak et M. Moura ont constaté, à l'aide du laryngoscope, l'existence d'une petite tumeur à l'angle antérieur de la glotte.

Obs. II. — Charles R..., menuisier, quarante ans, a été affecté d'aphonie subitement le 14 août 1857, à la suite de froid aux pieds, pendant une journée de pluie. Pas d'antécédents syphilitiques. Le 25 août 1860, M. Czermak l'examine au laryngoscope, et il me montre une tumeur conique plongeant dans la glotte par son extrémité libre. Sa base occupait les deux tiers antérieurs de la corde vocale inférieure droite, la face laryngienne du cartilage thyroïde, et la moitié antérieure de la corde vocale gauche. Le cathétérisme de la glotte, pratiqué trois ou quatre fois, comme dans le cas précédent, a divisé cette tumeur, qui, pour M. Czermak, est épithéliale, en deux portions, dont la plus grande est située à droite. Dans ce cas, il est difficile de saisir le rapport de l'apparition subite de l'aphonie avec l'existence de cette tumeur, qui a dû se développer graduellement.

La séance est levée à quatre heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCES DES 15 JUIN, 6 ET 20 JUILLET 1860.

M. *Lagneau* fait hommage à la Société de son ouvrage sur les maladies syphilitiques du système nerveux.

La Société de médecine de New-Orleans envoie à la Société plusieurs fascicules de ses publications.

M. le *Secrétaire général* annonce à la Société la nomination de M. Bauchet à l'agrégation de chirurgie. Il porte également à la connaissance de la Société qu'un de ses membres, M. Brierre de Boismont, vient d'être l'objet d'une haute distinction de la part de la reine d'Espagne, qui lui a conféré l'ordre de Charles III, en considération d'un travail sur les asiles d'aliénés. A cette occasion, M. le secrétaire général témoigne le désir de faire porter cette question intéressante à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

M. *Fauconneau-Dufresne* lit un mémoire sur la colique hépatique ; la Société note la publication de ce travail. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 31, p. 502.)

HALLUCINATION.

M. *Brierre de Boismont.* J'ai lu dans le procès-verbal de la séance du 10 mai une note de M. Delasiauve, dans laquelle il dit que les hallucinations consistant à voir des animaux le plus souvent hideux, n'ont rien d'absolu, et que cette singularité, signalée par M. Marcel, est notoirement exagérée. Sur un chiffre de quarante-deux malades, ajoute-t-il, à peine la vue d'animaux immondes s'est-elle ostensiblement et surtout durablement manifestée huit à neuf fois. Une distinction doit être faite. La perversion sensoriale, rare dans les espèces bénignes du délire alcoolique, se remarque plus particulièrement dans la forme suraiguë qu'il a signalée. En tenant compte de toutes les manifestations sensoriales, on justifierait tous les systèmes.

J'avais dans cette séance pris la parole pour appeler, au contraire, l'attention sur la fréquence de cette espèce d'hallucination,

et en même temps faire connaître à la Société que j'avais signalé la gravité d'une variété du délire des buveurs avant la publication du travail de notre confrère sur ce sujet. Ne voulant pas me fier à ma mémoire, j'ai ouvert les cahiers où sont contenues les observations de mon établissement, recueillies par moi-même, de 1848 à 1859. Dans cet intervalle de douze ans, voici ce que j'ai constaté : 54 individus atteints de délire alcoolique ont été admis dans ma maison. Ces 54 cas comprennent des exaltations maniaques, des formes tristes, des paralysies générales alcooliques et un grand nombre de delirium tremens. Eh bien, sur ce nombre, 14 individus en proie au délire tremblant ont présenté les hallucinations ébrineuses indiquées par M. Marcel dans sa thèse sur la *Folie causée par l'abus des boissons alcooliques* (1847) ; 3 voyaient des rats, des chiens, des souris, des poissons, des singes, des serpents, etc., qui paraissaient et disparaissaient à chaque instant. Ces perceptions n'étaient pas fugaces, elles duraient un, deux et trois jours ; un seul de ces malades a présenté quelque chose de grave, tous ont guéri dans un intervalle de deux à dix jours.

Dans la première édition de mes *Hallucinations* (1845), deux ans avant la thèse de M. Marcel, je disais p. 182 : Les hallucinations du delirium tremens sont fréquemment caractérisées par la vue d'animaux qui rampent, glissent sur les couvertures, les murailles, le plafond, par l'aspect de figures hideuses, effrayantes, fantastiques.

Ces hallucinations spéciales, d'une nature douloureuse, ont été signalées par les observateurs de tous les pays. Roesch, qui a donné à ces perceptions sensoriales le nom d'*ébrieuses*, dit positivement que le malade croit sa chambre, son lit, ses habits, pleins de mouches, d'oiseaux, de souris, de rats, ou même d'animaux imaginaires qu'il cherche par tous les moyens à éloigner. (*De l'abus des boissons spiritueuses, considéré sous le point de vue de la police médicale et de la médecine légale.* — *Annal. d'hygiène*, t. XX, 1838.) On lit dans l'*American Journal of Insamby*, publié aux États-Unis : « Des animaux d'espèces différentes s'introduisent dans la chambre du malade, se glissent dans le lit en rampant sur les couvertures, en faisant des gestes menaçants ou d'affreuses grimaces. » (*Annales méd.-psychol.*, juillet 1850, p. 446.) Enfin, M. Viardot, auteur d'une traduction des *Nouvelles russes*, de M. Gogol, dit que les Cosaques zaporogogues, qui font un usage considérable des liqueurs alcooliques, sont très sujets au delirium tremens. Ils sont assiégés par des visions diaboliques. Il cite le cas d'un d'entre eux qui voyait des scorpions énormes étendant vers lui leurs pinces pour le saisir.

Ces hallucinations particulières ne sont donc pas aussi notoirement exagérées que le croit notre collègue, et encore me suis-je arrêté dans les citations pour ne pas abuser de vos moments ; elles se montrent quelquefois dans des cas graves, mais nous les avons beaucoup plus souvent rencontrées chez des individus qui n'offraient rien d'inquiétant et guérissaient rapidement. Que ces hallucinations se remarquent dans d'autres intoxications, comme M. Bergeron en a rapporté un exemple chez des enfants qui avaient pris de la belladone, cela n'ôte rien à leur fréquence chez les individus qui sont pris du delirium tremens, mais à raison même des dissidences qui se sont manifestées entre M. Delasiauve et moi, elles appellent un nouvel examen.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU SYSTÈME NERVEUX.

M. *Lagneau* fils lit un mémoire dans lequel il présente les différents types des maladies syphilitiques du système nerveux, ce mémoire est un extrait, un compte rendu exact de son travail pour le prix Civrieux.

M. *Deville* cite le fait d'un jeune homme qui, après avoir été affecté de plusieurs chancres indurés, fut pris de douleurs de tête très violentes suivies de paralysie incomplète. M. Deville ne pense pas que ce soit au traitement suivi par le malade qu'il faille rapporter les accidents qu'il a éprouvés.

M. *Delasiauve* pense que des symptômes épileptiques sont souvent la suite de la syphilis, quoiqu'il ne faille pas croire que dans tous les cas de syphilis suivis d'épilepsie, ce soit à cette seule cause que ces accidents sont dus ; le mercure lui-même peut occasionner de semblables accidents, c'est ce qu'il a observé dans une chorée avec aliénation mentale par suite de distillation du mercure dans un magasin habité par un enfant qui en a été victime.

M. *Bourguignon* regrette que M. Lagneau n'ait pas fait la part de la diathèse syphilitique répondant non à un trouble seulement de l'encéphale, mais à des phénomènes portant sur les troubles nerveux, les névralgies, etc.

M. *Lagneau*. Dans la plupart des cas suivis d'autopsie, on a pu constater des lésions matérielles encéphaliques. Trois cas cependant, ceux rapportés par MM. Gibert, Ricord et Davasse, n'ont pas présenté de lésions encéphaliques. Le premier de ces trois cas ne me paraît pas pouvoir être regardé complétement comme *sine materia*, puisqu'une ostéite du crâne nécessita l'application du trépan. Quant aux deux autres, la mort n'ayant eu lieu que longtemps après la disparition des troubles nerveux, il est permis de supposer que la résolution de la lésion organique avait coïncidé avec la cessation des accidents nerveux. M. Ricord, qui a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des tubercules syphilitiques cérébraux, paraît supposer que la lésion organique ayant déterminé chez son malade les accidents épileptiques, paralytiques, etc., avait consisté en un de ces tubercules dont la résorption se serait opérée, comme celle d'autres lésions externes syphilitiques, sous l'influence de traitements antisyphilitiques.

M. *Boys de Loury* a lu le traité complet de M. Lagneau ; il s'en félicite, car ce volume contient une multitude de faits que l'auteur a recueillis dans tous les travaux publiés sur cette matière, en remontant jusqu'au XVI[e] siècle. M. Lagneau a réuni plus de cent trente observations ; mais toutes ont-elles bien la maladie syphilitique pour point de départ, et lorsque la cause des phénomènes nerveux n'a pu être expliquée, ne s'en est-on pas pris, faute de mieux, à la syphilis ? Toutes ces observations, enfin, ont-elles un caractère d'authenticité tel qu'il ne puisse rester aucun doute sur la nature syphilitique des phénomènes observés ?

J'aurais aussi dans ce travail désiré une autre méthode qui eût évité au lecteur d'être ramené aux mêmes observations pour tous les genres d'affections nerveuses.

Les lésions graves des os du crâne consécutives à la syphilis deviennent de plus en plus rares. M. Lagneau en a cité plusieurs faits fort intéressants ; il est une forme que je ne crois décrite nulle part, et dont je n'ai observé qu'un seul fait, que je présente à la Société en le faisant suivre d'une observation qui aurait avec lui beaucoup d'analogie comme forme extérieure, mais qui pourra servir comme diagnostic différentiel entre ces formes syphilitiques et les affections cancéreuses ; toutes deux peuvent se lier au remarquable ouvrage que M. Demarquay vient de publier sur les tumeurs de l'orbite.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Faits relatifs au traitement des anévrysmes par la compression digitale, par MM. WINKELHOFER, HERRGOTT, GIACICH et BRUNELLI.

M. Verneuil a communiqué l'année dernière à la Société de chirurgie l'observation d'un *anévrysme traumatique de l'artère cubitale* à la paume de la main, guéri par la compression digitale. Ce fait était important en ce qu'il démontrait la possibilité d'étendre la compression digitale à une classe d'anévrysmes dont la cure n'est toujours ni très facile, ni très innocente. Un succès analogue, dans un cas d'anévrysme de la main, a été publié récemment par M. le docteur Winkelhofer, de Szánto (Hongrie). L'anévrysme, siégeant sur l'*artère collatérale palmaire radiale du pouce*, s'était produit à la suite d'une plaie ; il datait de quinze jours, et avait acquis le volume d'un œuf de pigeon. La plaie n'était pas encore cicatrisée ;

elle avait un aspect gangréneux ; toute l'extrémité était œdématiée, et l'état général du malade était loin d'être bon. La compression digitale de l'artère humérale fut faite alternativement par M. Winkelhofer et un confrère, d'une manière intermittente, pendant plusieurs heures, tous les jours. Dès le deuxième jour, les battements commençaient à s'affaiblir dans la tumeur; ils avaient complétement disparu au bout de huit jours; la tumeur avait diminué de deux tiers; elle était dure et insensible. Huit semaines après l'accident, il ne restait aucune trace de l'anévrysme; la plaie cutanée n'était pas encore complétement cicatrisée. (*OEsterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde*, 1860, n° 27.)

Il est à peine besoin d'ajouter que la compression digitale ne triomphera pas nécessairement de *tous* les anévrysmes de la main, et notamment de ceux de l'arcade palmaire. M. le docteur Herrgott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, a communiqué à la Société de médecine de cette ville (séance du 7 juin 1860, voyez *Gazette médicale de Strasbourg*, 1860, n° 8) une observation d'anévrysme de l'arcade palmaire superficielle droite, qui, après avoir résisté à la compression, a été traitée avec succès par la ligature. Nous ne connaissons pas les détails de ce fait, mais à coup sûr il n'est pas suffisant pour motiver l'opinion émise à cette occasion par M. le professeur Michel, à savoir que, dans les anévrysmes de l'arcade palmaire superficielle, il est préférable de recourir à la méthode ancienne, fendre le sac et lier les deux bouts de l'artère. Les faits de M. Verneuil et de M. Winkelhofer prouvent que cette opinion est beaucoup trop exclusive. Nous sommes très convaincu que, dans le fait de M. Herrgott, toutes les précautions ont été prises pour assurer le succès de la compression. Mais il peut être utile, cependant, de rappeler que souvent la compression digitale doit, pour réussir, être employée pendant un temps assez long; il paraît, en outre, que chez le même sujet le sang peut être très inégalement disposé à fournir des caillots actifs à différentes époques et sous l'influence de causes qui nous échappent. Le fait suivant en est un exemple d'autant plus frappant que l'anévrysme, peu volumineux, semblait se trouver, dès l'abord, dans les meilleures conditions pour le succès de la compression.

Obs. — *Anévrysme poplité; compression digitale; insuccès; guérison par la compression digitale faite par le malade lui-même.* — Le malade, âgé de trente-neuf ans, s'était aperçu de l'anévrysme qu'il portait dans le jarret droit, deux mois avant son entrée dans le service du docteur Giacich, à l'hôpital de Fiume. A son entrée, l'anévrysme mesurait environ 2 pouces 1/2 de diamètre dans tous les sens et était parfaitement réductible.

La compression digitale fut faite pendant douze à seize heures par jour. Au bout de huit jours, l'anévrysme n'était nullement modifié, et la circulation s'accélérait beaucoup; on administra la digitale, l'anévrysme fut recouvert d'applications froides et l'on pratiqua une saignée. Le sang montra fort peu de tendance à se coaguler, circonstance qui fit porter un pronostic assez défavorable. On n'en continua pas moins la compression digitale; en outre, dans les intervalles libres, on appliqua sur l'artère crurale le compresseur de Signorini.

Au bout de quinze jours, ce traitement n'avait encore produit aucune modification matérielle dans l'état de l'anévrysme; cependant le malade était délivré des douleurs intolérables qu'il avait éprouvées jusque-là dans le creux poplité. Le malade recula devant la ligature, qui lui fut proposée, quitta l'hôpital et se livra pendant quelques jours à ses occupations. Puis, éprouvant de nouveau des douleurs dans le jarret, il se mit au lit et essaya lui-même la compression digitale pendant deux heures et demie par jour.

Après avoir continué ce traitement pendant quelque temps, il alla se présenter chez M. Giacich, qui constata que l'anévrysme était oblitéré; il n'en restait qu'un noyau assez dur d'un pouce de diamètre.

La compression digitale exercée par le malade lui-même pendant 66 jours, dont 15 de repos au lit, avait eu en tout une durée de 165 heures. En y ajoutant la durée du traitement fait à l'hôpital, on arrive à un total de 80 jours, dont 26 jours au lit, et de 247 heures de compression digitale. (*OEsterreichische Zeitschrift, für practische Heilkunde*, 1860, p. 25.)

Ce fait démontre aussi de la manière la plus satisfaisante la possibilité d'obtenir, de la part des malades eux-mêmes, lorsqu'ils ont assez d'intelligence, une compression digitale parfaitement efficace. M. le docteur Brunelli (de la Canée) a même pu obtenir d'une malade une compression très exacte de la carotide primitive dans un cas de *goître vasculaire anévrysmatique* qu'il a communiqué à la Société de médecine de Constantinople. La tumeur avait le volume d'une tête d'enfant; son extrémité supérieure était parcourue par une artère plus volumineuse que la radiale au poignet, probablement la thyroïdienne supérieure, qui paraissait ensuite disparaître dans la tumeur elle-même. M. Brunelli y fit une ponction, qui laissa sortir du sang rouge à grand jet; la tumeur se remplit de nouveau presque aussitôt. La malade eut une défaillance, et plus tard un engorgement érysipélateux au cou et à la face. Elle avoua alors que des ponctions, au nombre de dix, pratiquées dans les derniers mois, avaient toujours fourni un jet de sang, et avaient été suivies des mêmes accidents; la tumeur se remplissait toujours instantanément. Un mois après la dernière ponction, il apprit à la malade à comprimer la carotide primitive, ce qui n'était pas facile, parce que la tumeur couvrant ce vaisseau, il fallait la soulever et enfoncer profondément le doigt. La malade comprimait alternativement la carotide et la thyroïdienne. Il faut ajouter qu'elle porta aussi un bandage, dont elle abusait parfois, de manière à produire de la bouffissure des paupières. La tumeur diminua assez rapidement de volume, en perdant son élasticité; au bout de cinq mois, elle n'avait plus que les dimensions d'un demi-œuf de poule, inégale et dure, occupant le lobe droit de chaque thyroïde. Lorsque la jeune fille vit la tumeur ainsi réduite, elle abandonna la compression digitale, ainsi que toute autre précaution ou traitement externe. Plus tard elle se maria, et devint mère sans avoir de récidive. (*Gazette médicale d'Orient*, 1860, n° 5.)

Des fractures du calcanéum, par M. Legouest, professeur de clinique chirurgicale à l'école du Val-de-Grâce.

M. Legouest a observé récemment trois fractures du calcanéum; deux d'entre elles, reconnues sur le vivant, étaient des fractures par évasement; la troisième, méconnue pendant la vie du blessé, et découverte par hasard à l'autopsie, présentait des phénomènes analogues à ceux que l'on rencontre dans les fractures par écrasement, mais elle ne peut s'expliquer par le mécanisme ordinaire.

Le sujet de cette observation avait été emporté par son cheval, et heurté si violemment contre la roue d'une voiture venant à sa rencontre, qu'homme et cheval tombèrent du même coup sur le côté opposé au choc. Le cheval mourut quelques heures après. Le blessé mourut d'infection purulente à la suite de la mortification des parties molles au niveau d'une fracture de la jambe. La fracture du calcanéum, constatée à l'autopsie, présentait la disposition propre aux fractures par écrasement (voyez plus loin); mais elle ne s'était évidemment pas produite par une chute sur les pieds, puisque le blessé n'avait pas frappé le sol avec les talons lorsque sa monture s'est abattue. M. Legouest pense que le calcanéum n'avait pas non plus été écrasé latéralement par choc direct, parce que le pied ne présentait pas de traces de violence sur aucune de ses faces, et que le malade n'y accusait aucune douleur. Suivant M. Legouest, le calcanéum a été brisé par la flexion forcée du pied surpris dans l'abduction. Solidement appuyé sur l'étrier et légèrement tourné en dehors, le pied a été violemment heurté par la roue de la voiture en avant et en dedans, comme le témoignait la déchirure de la botte du blessé. La jambe était alors roidie, le talon porté plus bas que les orteils, l'articulation tibio-astragalienne déjà fléchie; l'impulsion du cheval d'une part, le choc de la voiture de l'autre, ont exagéré la flexion du pied et déterminé l'accident.

Ce mécanisme n'est pas aussi différent qu'il pourrait sembler d'abord de celui des fractures par écrasement. M. Legouest développe, à cet égard, des considérations intéressantes dont voici un aperçu :

La direction générale de ces fractures est antéro-postérieure; l'os semble avoir été fendu tout d'abord, dans sa longueur, en deux fragments principaux; l'écartement latéral des fragments est toujours plus considérable en avant qu'en arrière. C'est par la fente

verticale que la fracture débute. Elle se complète et se multiplie ensuite, en donnant lieu à un plus ou moins grand nombre de fragments, qui tous appartiennent à la partie antérieure du calcanéum. Voici comment ces faits s'expliquent :

Dans les chutes sur la plante des pieds reposant à plat, le poids du corps, transmis tout entier à l'astragale, tend à chasser cet os en avant, à enfoncer sa tête dans la plante du pied, et à effacer la voûte plantaire. Le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, ligament des plus solides, résiste à la pression qu'exerce sur lui l'astragale. Deux choses peuvent alors arriver : ou bien la petite apophyse articulaire interne du calcanéum se fracturera, ou bien l'astragale se luxera plus ou moins en dedans sur le scaphoïde. Ces deux accidents amènent infailliblement le même résultat, c'est-à-dire la fracture par éclatement à la partie antérieure du calcanéum.

Dans les deux cas, l'astragale descend en avant sur le calcanéum ; l'extrémité externe de sa grande facette articulaire, représentant le sommet très solide d'une pyramide triangulaire, vient s'enfoncer dans la dépression située immédiatement au-dessous de la grande facette articulaire du calcanéum; celui-ci éclate en deux fragments latéraux, comme un morceau de bois sous un coin. L'éclatement du calcanéum est favorisé par l'action, sur la partie externe et postérieure de sa grande facette articulaire, du bord postérieur de l'astragale. Si la violence n'est pas épuisée, l'astragale continue à s'enfoncer à travers le calcanéum, en écrase la partie antérieure, qu'il réduit en fragments plus ou moins nombreux, et reste interposé au milieu d'eux.

Lorsque la fracture est produite par la flexion forcée du pied avec abduction, le mécanisme est à peu près le même ; l'astragale se trouve, en effet, ici encore comprimé entre le scaphoïde, d'une part, le tibia et le calcanéum de l'autre.

Conformément à ce qui précède, M. Legouest croit que la symptomatologie des fractures du calcanéum, telle qu'elle est admise généralement, doit être réformée sur deux points.

Le diamètre transverse du pied au-dessous des malléoles augmente, non pas en raison de l'écrasement du calcanéum, mais en raison de l'écartement des fragments latéraux par l'interposition de l'astragale. Les saillies anormales existant immédiatement au-dessous et en avant des malléoles sont dues : l'interne, à la tête de l'astragale et aux fragments toujours multiples de la petite apophyse et de la partie interne de la grande; l'externe, au fragment externe de la grande apophyse. Celui-ci peut venir au contact de la malléole péronière, et passer en dehors et au-dessus d'elle. Cette disposition, jointe à la crépitation, plus manifeste en ce lieu que partout ailleurs, a pu faire croire à une fracture du péroné.

L'élargissement du talon proprement dit, noté par Dupuytren, la saillie des malléoles même, signalée par M. Nélaton, n'existent pas. L'élargissement porte sur la partie antérieure du calcanéum ; la saillie des malléoles est due au gonflement seul.

Comme dernière conséquence du mécanisme des fractures du calcanéum, M. Legouest pense, contrairement à l'opinion générale, que leur réduction peut être pratiquée sans inconvénients, et peut être obtenue assez souvent dans une mesure suffisante pour être efficace et abréger le traitement. Voici comment il conseille de procéder :

« Un aide fixerait la jambe, tandis que le chirurgien, embrassant d'une main la plante du pied, appuierait les doigts d'un côté, le pouce de l'autre, au-dessous des malléoles, pratiquerait une vigoureuse traction suivant l'axe de la jambe, rapprocherait les fragments, et de l'autre main porterait le pied dans l'abduction forcée, afin de dégager l'apophyse articulaire externe de l'astragale. Peut-être, dans certains cas, conviendrait-il de presser de haut en bas et de dedans en dehors sur l'astragale, avec un fort poinçon traversant les parties molles, tandis que de la main restée libre on refoulerait les fragments sous la plante du pied porté dans l'adduction. L'extension pratiquée sur la partie antérieure du pied ou sur la partie postérieure du calcanéum ne peut avoir que des résultats désavantageux.

» Des compresses graduées remplaceraient les doigts du chirurgien au-dessous des malléoles, et seraient maintenues par un bandage en 8 de chiffre. Les anses de ce bandage, embrassant successivement le pied depuis la racine des orteils jusqu'au-dessus des malléoles, assureraient la position perpendiculaire du pied sur la jambe et la coaptation des fragments. Le membre inférieur, à demi fléchi, reposerait sur le côté externe, et serait soumis aux irrigations continues. » (*Archives générales de médecine*, août 1860.)

Rétrécissement congénital de l'intestin chez deux enfants jumeaux; observation communiquée à la Société médicale de Cambridge, par M. le docteur E. Carver.

Il est curieux de retrouver l'espèce de solidarité qui préside au développement des jumeaux dans un fait de malformation. Les deux enfants dont il s'agit, nommées Matilde et Célina, furent vues par M. Carver trois jours après leur naissance. Elles n'avaient pas évacué de méconium; après avoir pris le sein, elles vomissaient continuellement le lait avalé, et finalement les vomissements étaient devenus fécaloïdes. Chez toutes deux, l'abdomen était énormément météorisé. On pouvait faire pénétrer une bougie dans le rectum à une assez grande profondeur, mais elle avançait difficilement et paraissait être serrée comme dans des rétrécissements. Matilde mourut le quatrième jour et sa sœur deux jours plus tard.

Chez la première, on trouva le duodénum, le jéjunum et la partie supérieure de l'iléon énormément distendus par des gaz. La partie inférieure de l'iléon, dans l'étendue d'un pied environ, était extrêmement étroite, et contenait une certaine quantité de matières féculentes à moitié durcies. Le cæcum était si peu développé qu'on aurait eu de la peine à le reconnaître sans la présence de l'appendice iléo-cæcal; il avait, de même que la partie rétrécie de l'iléon, à peu près le diamètre d'une plume d'oie. Le gros intestin, perméable partout, ne contenait qu'un peu de mucus concrété; il admettait facilement un stylet de grosseur moyenne. L'orifice iléo-cæcal était tellement étroit, qu'on pouvait à peine y passer un stylet très fin.

Chez Célina, la fin de l'iléon, le cæcum et le gros intestin présentaient absolument la même disposition; la partie supérieure de l'iléon présentait en outre des alternatives de dilatation et de rétrécissement. La partie supérieure de l'intestin grêle, énormément distendue, était en outre le siége d'un épaississement très marqué. Enfin, la partie inférieure de l'iléon et le cæcum présentaient des ulcérations et des perforations, et l'épanchement des matières avait donné lieu à une péritonite intense. (*British medical Journal*, 11 août 1860.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Études faites en Angleterre sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

(Suite et fin. — Voir les numéros 32, 34 et 38.)

Sur les rétrécissements de l'urèthre.

Nous arrivons à une troisième méthode, qui est la division de l'obstacle au moyen d'instruments tranchants. Cette division peut être interne ou externe, et toutes deux peuvent se faire d'avant en arrière ou d'arrière en avant.

Quant à la division interne d'avant en arrière, M. Thompson recommande avant tout de rendre le rétrécissement perméable pour ne pas la faire sans guide. Alors il se sert d'un uréthrotome qui, nous sommes encore obligé de le dire, a la plus grande analogie avec celui qui est connu depuis près de vingt ans, en France, sous les noms de MM. Begin et Robert. Nous ajouterons ici qu'il y a quelques années nous avons imaginé de faire à cet instrument, qui est très commode, mais qui agit peu, quelques modifications et une addition qui le rendent plus efficace : une pièce glissant sur le dos de la gaîne peut, quand on a fait une première section, être

poussée sur le prolongement ténu qui est engagé dans le rétrécissement, de manière à le grossir, à tendre, par conséquent, l'anneau fibreux qu'un premier débridement vient de relâcher, et à permettre de l'inciser de nouveau, soit sur le même point, soit sur un autre. M. Thompson observe avec raison que c'est surtout dans les rétrécissements situés au-devant du scrotum que le procédé est applicable, parce qu'ils résistent singulièrement à la dilatation et que l'uréthrotomie externe est difficilement suivie de cicatrice en cet endroit.

Relativement à la division interne d'arrière en avant, nous ne voyons rien à signaler dans l'ouvrage de M. Thompson : ce sujet, qui a tant exercé les esprits en France, paraît avoir été négligé en Angleterre. Des divers instruments français, celui que notre confrère paraît préférer est l'uréthrotome de M. Civiale. Toute prévention à part, il nous semble l'un des plus mauvais ; il se termine par un renflement volumineux, et il est tout à fait droit ; il exige donc une grande dilatation préalable ; son introduction peut présenter quelques difficultés à la courbure du canal, et ce qui, pour nous, est un défaut capital, c'est que, rien ne limitant son action, il coupe presque infailliblement les tissus sains en arrière et surtout au-devant du tissu induré. C'est, à nos yeux, une grande erreur de croire que « les chances fâcheuses ne sont pas augmentées par l'étendue des incisions, » les tissus sains qu'on incise se composant surtout du corps spongieux, qui est une dépendance du système veineux. M. Robert a fait connaître (voy. nos *Recherches* de 1856, p. 437) trois cas de mort, dont deux par phlébite et infection purulente, dus au procédé de M. Civiale (1). L'uréthrotome de M. Charrière fils, préférable à certains égards, a de même ce dernier inconvénient. Quant à l'uréthrotomie de M. Reybard, M. Thompson dit que, malgré son incroyable succès académique, c'est aujourd'hui un procédé « suranné. » A l'appui, nous ajouterons que nous avons vu, il y a peu de mois, à la Société médicale du Panthéon, l'auteur lui-même restreindre singulièrement ses principes.

Il paraît que la résection, qui était née en Angleterre, y est aussi morte depuis longtemps. Avec un peu de réflexion, on n'aurait pas tâché de la ressusciter en France.

Pour les rétrécissements du méat, ceux surtout qui succèdent à un chancre et qui sont très rebelles, Colles (de Dublin) a proposé en 1837 de détacher la peau de l'extrémité de l'urèthre, de diviser celui-ci par en bas dans l'étendue de plus d'un demi-pouce, de soulever la muqueuse des lèvres de l'incision, d'exciser une portion du corps caverneux dénudé assez loin pour que la muqueuse soulevée pût en recouvrir la section, et de fixer cette membrane à l'aide de quelques points de suture, le tout pour empêcher la réunion des lèvres de la plaie et de prévenir le retour du rétrécissement. Nous ne savons ce que l'avenir nous réserve ; mais, jusqu'à présent, il nous a suffi d'inciser cet orifice un peu profondément et de passer ensuite assez souvent une grosse bougie conique, de manière à rafraîchir la plaie vers son angle inférieur jusqu'à ce que les lèvres de celle-ci soient parfaitement cicatrisées. Observons, d'ailleurs, que, dans les cas en question, le décollement de la muqueuse ne doit pas être chose facile. Nous dirons, par occasion, qu'on abusait, il y a quelques années, de la division du méat urinaire en bas pour faciliter l'introduction des instruments de lithotritie. Quelques faits nous portent à croire que cette division n'est pas toujours sans quelques inconvénients : le jet urinaire est souvent projeté trop bas, et il pourrait bien résulter de la permanence de cet agrandissement plus de disposition à contracter la blennorrhagie.

L'uréthrotomie externe ou périnéale est une méthode déjà bien ancienne à laquelle plusieurs chirurgiens français ont attaché leur nom ; mais il faut convenir que M. Syme lui a donné, dans ces dernières années, une vie tout à fait nouvelle. Il y a vingt ans, on ne la pratiquait guère que dans les cas de rétrécissement infranchissable, et on ne l'employait que comme un remède dangereux, mais nécessaire ; lui, il l'a proposée comme méthode à peu près générale et sans danger quand elle est pratiquée sur un conducteur. Or, nous savons déjà quelle est son opinion sur la perméabilité à peu près constante des rétrécissements. Il rejette donc la responsabilité de tout cas pratiqué sans conducteur, ce qui expose à tomber à côté de l'urèthre, à pénétrer au delà de l'aponévrose moyenne, à blesser l'artère du bulbe et à amener l'extravasation d'urine ou l'hémorrhagie, et la compression nécessitée par celle-ci détermine presque infailliblement celle-là.

Nous avons décrit le procédé de M. Syme dans nos *Recherches* de 1856, et nous avons en même temps donné l'idée d'un conducteur qui nous semble devoir permettre de le pratiquer avec plus de précision que le sien. Nous ne nous y arrêterons donc pas ici, et nous aborderons de suite les questions que la méthode soulève.

M. Syme va au-devant de l'objection qu'on pourrait tirer de la possibilité de plusieurs rétrécissements. « Oui, dit-il, il pourrait y en avoir plusieurs ; mais on est rarement obligé d'en diviser plus d'un, parce que, si l'on remédie à celui dont les symptômes dépendent principalement, il y a habituellement peu de difficulté à dompter les autres. Cette *stricture maîtresse* se trouve ordinairement au-devant du bulbe et quelquefois au-devant du scrotum. On la reconnaît à son épaisseur, à sa résistance et à son irritabilité. » Dans les 16 observations qu'il rapporte, le rétrécissement opéré est dit siéger, soit à 5 ou 6 pouces, soit « *au lieu ordinaire*, au devant du bulbe, » sans autre renseignement sur l'étendue qu'il donne à ce bulbe. Dans la dixième seule il est indiqué « au périnée, juste derrière le scrotum. » Or, c'est un fait bien reconnu que les coarctations les plus rebelles sont celles de la région pénienne. Nous sommes, en conséquence, porté à croire que, dans beaucoup des cas rapportés par M. Syme, la contracture de la région membraneuse jouait le plus grand rôle. Dans la onzième observation, le siége de l'obstacle n'est pas signalé ; mais l'auteur compare celui-ci à du caoutchouc. Dans la huitième, le malade était obligé de s'introduire un petit cathéter trois ou quatre fois par jour ; mais un rétrécissement qui laisse passer un petit cathéter donne, à plus forte raison, passage à l'urine, quand il n'est pas compliqué de spasme des parties plus profondes. Bref, nous affirmons, par cela seul que c'est presque exclusivement au bulbe que M. Syme s'est cru contraint de pratiquer son opération, ou qu'il s'y décide trop vite, ou qu'il y a là quelque chose qui n'est pas clair, et qu'il aurait probablement alors échoué bien des fois s'il n'eût pas, quoiqu'il dise le contraire, étendu son incision à la région membraneuse.

Quant à ce qu'il dit des suites, des accidents et des moyens d'y remédier, nous sommes encore obligé par l'espace de renvoyer à notre ouvrage ceux qui ne pourraient consulter l'original.

Mais des travaux ont été publiés depuis lors en Angleterre sur ce sujet ; nous allons exposer ce que nous trouvons dans l'ouvrage de M. Thompson, qui s'en est beaucoup occupé.

Il commence par poser en fait que la dilatation, quand elle ne laisse plus au malade que l'obligation de se faire passer un cathéter tous les trois ou quatre mois, doit être préférée à toute autre méthode ; mais il ajoute que, dans les cas où, quoi qu'ils fassent, les malades sont continuellement tourmentés par des besoins et des difficultés d'uriner, « quelques-uns pourraient être grandement soulagés, sinon complétement guéris », par la division externe sur conducteur. Il pense que, l'adhésion se faisant par des granulations,

(1) Nous doutons qu'il y ait au monde quelqu'un qui puisse dire au juste ce que M. Civiale pense de l'uréthrotomie profonde. En 1849, époque où nous étions en concurrence avec l'auteur de cette méthode et où M. Civiale était juge, il écrivait avoir appris « par expérience que la méthode des longues et profondes incisions est utile » (*De l'uréthrotomie*, p. 8), et il proposait son instrument, qui agit en conséquence. Depuis, il a dit de cette méthode beaucoup de bien ou beaucoup de mal, selon qu'elle avait été pratiquée par lui-même ou par d'autres (voy. nos *Recherches* de 1856, p. 416 et 437). A l'instant même il vient d'imprimer : « Tous savent que le contact de l'urine avec les tissus qu'on vient de diviser produit de profondes angoisses et entraîne des accidents graves. Les nombreuses opérations d'uréthrotomie qui ont été faites dans ces derniers temps ont mis ce fait tellement en évidence qu'il n'est plus permis de l'ignorer. » (*Monographie des sciences médicales* du 6 septembre, p. 838.) D'un autre côté, il ajoute à la page suivante : « Je n'ai pas remarqué que la lésion du bulbe entraînât des conséquences graves. Telle n'est pas, il est vrai, l'opinion de quelques chirurgiens, qui n'hésitent pas à mettre sur le compte des lésions bulbaires les malheurs qu'ils *observent dans leur pratique*. » Nous n'avons jamais pratiqué l'uréthrotomie profonde, Dieu merci ! mais, fondé sur la structure de l'urèthre, nous n'en avons pas moins prédit il y a longtemps les *malheurs* qui ont été révélés plus tard et dont, on l'a vu plus haut, le procédé de M. Civiale lui-même est loin d'être exempt.

un nouveau dépôt de matières organiques a lieu entre les surfaces divisées, et permet plus facilement la dilatation que l'ancienne matière dense qui formait le rétrécissement, qu'on se trouve ainsi ramené à un rétrécissement de *récente origine*.

Pour s'éclairer sur les résultats immédiats et éloignés, il a écrit à divers chirurgiens qui avaient pratiqué cette opération. M. Syme n'avait perdu que 2 malades sur 108, et encore l'un d'eux était-il une « misérable créature » de trente-neuf ans. Trente autres chirurgiens ont fourni à M. Thompson un total de 219 cas, sur lesquels il y eut 15 morts, dont 9 par infection purulente; 4 autres malades succombèrent, du premier au sixième jour, à une prostration que M. Thompson suppose due à la fièvre uréthrale et à la suppression d'urine chez la plupart, et chez un seul d'entre eux, âgé de soixante-sept ans, à l'hémorrhagie. Ces 4 avaient tous une maladie organique des reins et de la vessie; un autre mourut d'une péritonite amenée par un cathéter qui avait perforé en partie les tuniques de la vessie, laquelle était vide. Dans un dernier cas, la mort fut attribuée à une hémorrhagie qu'on avait laissée se prolonger sans la combattre. Du reste, M. Thompson accumule les témoignages pour prouver que celle-ci est beaucoup moins redoutable qu'on l'avait avancé. Quant à l'infiltration urineuse, il n'en connaît qu'un seul exemple, et encore ne fut-elle que très restreinte et superficielle.

Pour ce qui concerne les résultats curatifs, il établit trois séries : 1° celle où il n'y eut aucun soulagement; 2° celle où la cure fut suivie de rechute; 3° celle où elle fut permanente.

Dans la première, qu'il croit peu nombreuse, il place un malade chez lequel un érysipèle gangrena les bords de la plaie et détermina une fistule, et un autre chez qui une attaque de fièvre fut suivie de résultats semblables, mais moins sérieux : la galvanocaustique finit par fermer la fistule.

A la classe des rechutes, M. Syme signale trois causes : la division incomplète du rétrécissement, la réunion trop prompte des bords de la plaie, la continuation des excès qui avaient donné lieu à la maladie.

Les autres opérateurs, dit M. Thompson, s'accordent assez généralement à reconnaître qu'il y a fréquemment une certaine rétraction; mais qu'en somme la balance est largement en faveur du malade. Quant à lui, il en a opéré neuf, et voici sommairement ses résultats : aucun n'est mort. Le premier, opéré à 5 ou 6 pouces anglais de profondeur, après avoir passé deux années avec une excellente santé, eut, après deux saisons d'équitation violente, un retour des accidents. Or, avant les deux années suivantes, le rétrécissement fut traité par la dilatation; mais, après ce laps de temps, le sujet, quoique affecté d'une maladie rénale avancée, se soumit, contre l'avis de M. Thompson, à une seconde opération, et mourut. Le second, opéré depuis deux ans et neuf mois à 5 pouces et quart, n'a pas eu le plus léger retour. Il en est de même du troisième, opéré depuis trois ans; il avait des fistules scrotales s'étendant jusqu'au pubis : on fut obligé de séparer et de renverser à droite et à gauche les deux moitiés du scrotum pour diviser le rétrécissement. Le quatrième, opéré il y a deux ans et six mois à 5 pouces et demi, n'a pas eu de retour. Le cinquième, opéré il y a quatre ans et six mois, avait un rétrécissement situé à 1 pouce et demi : d'abord incisé intérieurement sans succès, il fut ensuite opéré par la peau, avec la précaution de ne faire à celle-ci qu'une petite ouverture. Ce malade fut perdu de vue cinq semaines après, n'ayant plus qu'une fistule comme une piqûre d'épingle. Le sixième, opéré à 5 pouces il y a deux ans et six mois, a quelque retour de la coarctation et des symptômes; cependant son état est encore très satisfaisant : il s'introduit un fort cathéter de temps en temps. Ce malade passait rarement trois jours sans une attaque de *rétention complète, bien qu'il se passât un cathéter assez volumineux* pour vider sa vessie. Le septième, opéré à 5 pouces il y a deux ans et trois mois, fut grandement soulagé pendant un temps; mais, six semaines après l'opération, il alla en Amérique, négligea l'usage des instruments. Il y a aujourd'hui un léger retour des symptômes, mais en somme une grande amélioration. Le huitième, opéré à 5 pouces et demi il y a dix-huit mois, n'a pas le plus petit retour. Le neuvième, opéré à 4 pouces trois quarts il y a près de six mois, va parfaitement bien, quoiqu'il fût auparavant dans les plus fâcheuses conditions, par suite d'une irritabilité extrême de l'urèthre.

M. Thompson a aussi vu quelques sujets opérés par M. Syme après un intervalle d'une à huit années : un seulement avait éprouvé quelque rechute facilement modérée par la dilatation; celui dont l'opération datait de huit ans offrait un exemple de cure parfaite : la bougie n'était introduite que rarement et seulement pour s'assurer de la liberté du canal. On ne peut donc pas hésiter, dit notre auteur, à admettre une cure permanente chez un certain nombre, et une amélioration considérable chez la plupart.

Il n'y a pas de cas, ajoute-t-il, où cette opération soit aussi utile que quand le rétrécissement s'accompagne d'une irritabilité extrême; après eux ce sont ceux dont le caractère est une forte tendance à revenir sur eux-mêmes après la dilatation; enfin les rétrécissements avec fistules anciennes. Ces indications nous semblent parfaitement posées; nous ajouterons même que, dans ces derniers cas, où la division est le plus nécessaire, l'uréthrotomie interne profonde est presque toujours inapplicable, à cause de l'adhérence et de la condensation des différentes couches de tissus.

Viennent ensuite les contre-indications : M. Thompson rejette la section périnéale chez les personnes trop vieilles ou dont la constitution est trop affaiblie pour qu'on puisse espérer une prolongation de la vie. Il la trouve encore contre-indiquée, du moins pour un temps, quand il existe une dépression des forces vitales. Il ne la recommande donc que « dans des cas rares et exceptionnels ».

Quoiqu'en désaccord avec M. Thompson sur quelques points de doctrine, nous nous réjouissons d'être en conformité parfaite avec lui relativement au choix des méthodes curatives. Nous avons toujours regardé, et maintenant plus que jamais nous regardons la dilatation comme devant être la méthode générale, la cautérisation comme une méthode mauvaise, les petites incisions internes comme un auxiliaire utile de la dilatation, les grandes incisions internes comme une méthode dangereuse, et la division périnéale comme pouvant être très efficace quand la dilatation aidée des petites incisions est impuissante.

Seulement nous pensons que beaucoup des cas où elle fut appliquée étaient surtout caractérisés par une contracture des muscles qui agissent sur la région membraneuse (1), et qu'ils auraient pu être guéris par une méthode que nous croyons moins dangereuse encore, mais à coup sûr moins effrayante que l'uréthrotomie périnéale.

Nous ferons une dernière remarque. Nous avons montré à toutes les commissions d'Argenteuil des malades qui urinaient mal, ou même qui n'urinaient pas du tout, bien que leur rétrécissement eût complétement disparu, et que des cathéters énormes passassent avec une extrême facilité. Nous avons fait voir à ces mêmes commissions, et les rapports en font foi, qu'on rend à ces malades la liberté d'uriner en divisant une valvule musculaire du col vésical, valvule qui était venue compliquer le rétrécissement. Ces faits ne sont pas très rares : or, comment se fait-il que nous n'en trouvions aucune trace dans les ouvrages que nous venons d'étudier, et que toujours les malades dont il y est question urinent sitôt que leur rétrécissement a été dilaté par une méthode appropriée? Nos confrères anglais ont, sans aucun doute, rencontré des cas semblables à ceux que nous signalons, mais sans doute qu'ils les ont laissés de côté comme compliqués de paralysie de la vessie : plusieurs des nôtres avaient été jugés tels.

Cette remarque, nous la recommandons surtout à M. Thompson, dont les livres annoncent un esprit sagace, laborieux, non exclusif, et disposé à recevoir la vérité de quelque part et de quelque pays qu'elle vienne.

(1) Quelques-unes des indications posées par M. Thompson semblent venir à l'appui.

Dr Aug. Mercier.

VII

VARIÉTÉS.

— Le mariage de mademoiselle Velpeau, fille de notre illustre confrère, avec M. Thoinnet de la Turmélière, chambellan de l'Empereur, député au Corps législatif, vient d'être célébré dans la chapelle du palais archiépiscopal. Mgr le cardinal-archevêque de Paris a donné lui-même la bénédiction aux jeunes époux.

— M. le docteur Rommelaere-Pidoux vient d'être nommé préparateur du cours d'anatomie comparée, et conservateur des collections d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Gand (Belgique).

— M. le docteur Froidemont, maire de Brignac, ancien conseiller général de la Corrèze, a succombé subitement le 15 de ce mois à un accès d'angine de poitrine.

— M. le docteur Thomas père a été nommé comme président de l'Association de la Nièvre, agrégé à l'Association générale; M. le docteur Félix Roubaud, inspecteur des eaux de Pougues, a été élu vice-président, et M. le docteur Robert Saint-Cyr, secrétaire.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Bulletin de l'Académie royale des sciences de Belgique. — Tome II, 2e série, supplément. — N° 2. Rapport sur l'essai des opiums et des quinquinas jaunes, par *Pasquier*. — Rapport sur le diagnostic de la morve, par *Verheyen*. — Discussion de ce rapport. — 3. Mémoire sur les môles hydatiques, par *Hubert*. — Vie et force vitale dans leurs rapports avec le dogme religieux, par *Verheyen*. — Rapports et discussions sur les préparations des teintures alcooliques, l'essai des quinquinas, la fluxion lunatique des chevaux et les maladies des cavités nasales confondues avec la morve. — Tome III. — N° 1. Mémoire sur la fièvre typhoïde; rapport, par *Quinart*. — Rapport sur les investigations à faire sur les chevaux de l'armée atteints ou suspects de morve, par *Vleminckx*. — De l'amputation tibio-tarsienne; parallèle de cette opération et des autres amputations de la jambe; discussion, par *Michaux*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Tome III. — N° 2. Du développement de la matière tuberculeuse dans la cavité utérine, par *Crocq*. — Aperçu sur les obstacles au cours des matières intestinales; rapport, par *Boëns* — Transmission de la sensibilité et du mouvement dans la moelle épinière; rapport, par *Van Kempen*. — Le croup : sa nature et son traitement; rapport, par *Boëns*. — Rapport sur le traitement du choléra par l'électro-galvanisme, par *Poelman*. — Discussion sur la vie et la force vitale. — 3. Nouveau réfrigérant pour les appareils distillatoires, par *Depaire*. — Traitement du diabète; rapport, par *Boëns*. — Note sur les mouvements du cœur; rapport, par *le même*. — Suite de l'examen de la communication de M. Michaux sur l'amputation tibio-tarsienne, etc. — 4. Notes sur le forceps et le levier, par *Hubert*. — Observation de plaie compliquée de fracture double et de luxation, par *Cermain*. — Suite de l'examen de la communication de M. Michaux sur l'amputation tibio-tarsienne, etc.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles. — 1860. — Janvier. Maladies des tailleurs de cristal et de verre, par *Pulégnat*. — De la fièvre typhoïde et de son traitement, par *Millet*. — Clinique, par *Krans*. — Tumeur lipomateuse de la grande lèvre et du périnée; ablation, succès, par *Capelle*. — Février. Maladies des tailleurs de cristal (fin). — Clinique, par *Krans*. — Fièvre typhoïde (suite). — Constitution médicale d'une contrée des Vosges, par *Liégey*. — Mars. Fièvre typhoïde (suite). — Constitution médicale, etc. (suite). — Symblépharon opéré par le procédé de M. Laugier, par *Warlomont*. — Traitement des ulcères et des brûlures par des compresses d'eau froide, par *Achard*. — Gangrène des extrémités, suite de phlébite, par *Marcq*. — Avril. Choléra (fin). — Observation de fièvre intermittente suspendue momentanément par une attaque de choléra, par *Bourgogne*. — Fièvre typhoïde (suite). — Maladies épidémiques (suite). — Des fractures et des bandages, par *Achard*. — Cas d'absence de la vessie; fistule uréthro-vaginale, par *Max*. — Mai. Notes sur une épidémie de choléra, par *Losseux*. — Fièvre typhoïde (suite). — Constitution médicale, etc. (suite). — Des colonies d'aliénés, par *de Mundy*. — Maladies épidémiques (suite). — Opération du trichiasis et de l'entropion par la ligature, par *Warlomont*. — Sur la vitalité des zoospermes de la grenouille et sur la transplantation des testicules d'un animal à l'autre, par *Mantegozza*. — Juin. Considérations sur une épidémie de fièvre typhoïde, par *Lowet*. — Histoire médico-chimique des produits pyrogénés introduits dans la thérapeutique depuis l'année 1830, par *Cuibert*. — Fièvre typhoïde (suite). — Vitalité des zoospermes, etc. (fin). — Cystosarcome du sein; ablation; trois récidives, par *Allix*. — Rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal, par *Van Coidtsnoven*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — N° 50. Épilepsie (suite). — Projet de réorganisation du service sanitaire, par *Strambio*. — 51. Épilepsie (suite). — 52. Épilepsie (suite). — Plaie par arme à feu du cou et de l'épaule, par *Rodolfi*. — 1860. — N° 1. Quatre cas de glaucome traités avec succès par l'iridectomie, par *Rova*. — Épilepsie (suite). — 2. Gastro-entéro-péritonite tuberculeuse, par *Barbieri*. — Épilepsie (suite). — Mort par fulguration, par *Vambiachi*. — 3 à 5. Épilepsie (suite). — Altérations du système musculaire des crétins, par *Zurodelli*. — 6. Nouveau symptôme de la pellagre, par *Clerici*. — Névropathie cérébrale apoplectiforme (suite). — 7. Constitution épidémique de l'année 1859, par *Facen*. — Altérations du système musculaire des crétins (suite). — 8. Sur le traitement des maladies cancéreuses, par *Mozza*. — Altérations du système musculaire des crétins (suite) — 9. Traitement des maladies cancéreuses (fin). — Système musculaire des crétins (fin). — 10. Sur la fibrine du sang, par *Lussana*. — 11. Fibrine du sang (suite). — Teinture d'iode dans un cas grave de dénudation de l'articulation métacarpienne du pouce, par *Besla*. — 12. Fibrine du sang (suite). — 13. Fibrine du sang (suite). — Variole et revaccinations, par *Besta*. — 14. Clinique, par *Riboni*. — Fragments médico-psychologiques, par *Lombroso*. — Cas d'hydrophobie, par *Clerici*. — 15. Sur l'*ascaris alota*, par *Polonio*. — Variole et revaccinations (fin). — 16 à 20. Épilepsie (suite). — 21. Fibrine du sang (suite). — Épilepsie (suite). — 22. (Manque.) — 23. Fragments médico-psychologiques (suite). — Névropathie cérébrale apoplectiforme (suite). — 24. Fibrine du sang (suite). — Sur l'étude du crétinisme en Lombardie, par *Lussana*.

Gazzetta medica italiana (Stati sardi). — N° 52. Clinique (suite), par *Berruti*. — 1860. — N° 1. Importance physiologique de la division de la masse cérébrale en quatre parties, par *Maschi*. — Action de la belladone dans quelques affections spasmodiques, par *Borelli*. — 2. Importance physiologique, etc. (fin). — Action de la belladone, etc. (fin). — 3. Clinique (suite), par *Berruti*. — Revue obstétricale, par *Mocari*. — 4 et 5. Sur les constitutions sidéréo-cosmo-telluriques de l'année 1859, par *Betti*. — 6. Clinique (suite), par *Berruti*. — 7 et 8. Clinique (suite), par *Berruti*. — Revue obstétricale, par *Macari*. — 9. Sur l'apoplexie musculaire, par *Ciorcelli*. — Revue obstétricale, par *Macari*. — 10. Clinique, par *Berruti*. — 11. Deux cas de fracture du col du fémur, par *Morlemucci*. — Sur les résections sous-périostées, par *Forget*. — 12 à 16. L'hypochondrie et la dilatation chronique spontanée de l'estomac, par *Concato*. — 17 et 18. Observations sur les propriétés fébrifuges du cyano-ferrure de sodium et de salicine, par *Berruti*. — 19. Exhumation médica-légale. — 20 à 22. Études physiologiques sur la folie, par *Borelli*. — 23. Sur l'extension permanente dans le traitement des fractures du col du fémur, par *Pistono*.

Giornale delle Scienze Mediche della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino. — Nos 23 et 24. Compte rendu de la clinique obstétricale de Turin, par *Tibone*. — Influence des filatures de soie, etc. (suite). — 1860. — N° 1. Histoire de quelques maladies du cervelet et de la moelle épinière pour servir à la physiologie des centres nerveux, par *Ambrosoli*. — Rapports mensuels de l'hôpital militaire français à Turin, par *Valerio*. — Clinique obstétricale (suite). — 2. Séances de l'Académie de médecine de Turin; discussion sur l'identité ou la non-identité du principe vénéneux des divers champignons. — 3. Maladies du cervelet (suite). — 4. Réglements relatifs aux arts insalubres, par *Predieri*. — Abcès phlegmoneux et gangréneux du foie, par *Ambrosoli*. — 5. Recherches sur le lait iodé naturel, par *Tenoglio*. — Clinique obstétricale (suite). — 6. Sur l'hydrothérapie dans la tuberculose, par *Guelpa*. — Clinique obstétricale (suite). — 7. Lait iodé (suite). — Clinique obstétricale (suite). — Les médecins de campagne en Italie, par *Amadeo*. — 8. Lait iodé (suite). — 9. Vice de conformation des organes génitaux, par *Tonchio*. — Remarques sur une épidémie de fièvre typhoïde, par *Laura*.

Il Filiatre Sebezio. — 1860. — Janvier. Maladies épidémiques, etc. (suite). — De la cyclamine et du suc de cyclamen, par *de Renzi*. — Février. Pathonomie (suite). — Mars. Plaie grave du cervelet, par *Lucchetti*. — Propriétés médicales des semences du chanvre domestique, par *Pandolfi*. — Myélite lombaire traitée avec succès par le deuto-iodure de fer, par *Manfredonia*. — Avril. Considérations sur la peste, par *Capoleone*. — Le coaltar et la créosote, par *Posta*. — Mai. L'hippocratisme moderne, par *Frusci*.

Il Morgagni. — 9e livraison. Observation de colique spasmodique suivie rapidement de gangrène de l'intestin, par *Vella*. — 10e livraison. Hypertrophie et kyste suppuré du foie, par *Signorini*. — Propriétés toxiques des *Schmidelia integrifolia et raumosa*, par *Tenore*. — 11e et 12e livraisons. L'hippocratisme moderne, par *Tommasi*. — Cas de kyste du foie, par *Cardarelli*. — Abolition de la parole avec conservation des mouvements de la langue, par *Vella*. — 3e année. — 1re livraison. (Manque.) — 2e livraison. Des néoplasmes, par *Amobile* et *Virnicchi*. — Remarques sur la voix et sur la parole, par *Dorotea*. — 3e livraison. Des néoplasmes (suite).

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 30 septembre 1860, et qui n'ont pas encore donné d'ordre contraire, sont prévenus qu'il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre 1860.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements, Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger, Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. | PARIS, 5 OCTOBRE 1860. | N° 40.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 16 au 21 août 1860.

166. DEHAUT, Félix, né à Balan (Ardennes). [*Du panaris.*]

167. PROVOST, Armand-A., né à Gavray (Manche). [*De l'allaitement.*]

168. DELBET, Ch.-A.-Jules, né à Barbonne-Fayel (Marne). [*De l'angine maligne et spécialement de sa nature, de ses symptômes et de son traitement.*]

169. PINAUD, A.-Guillaume, né à Carcassonne (Aude). [*Quelques considérations sur la physiologie pathologique et l'hygiène de l'appareil utérin.*]

170. DUFOUR, Anatole, né à Paris. [*Étude sur l'hypochondrie et sur le délire hypochondriaque.*]

171. MONY, Adolphe-S.-P.-D., né à Paris. [*Considérations sur l'étranglement de l'intestin par les brides péritonéales.*]

172. ANDRABE, Mathéus-Alves d', né à Rio-de-Janeiro (Brésil). [*Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain, modifié par M. Bozeman.*]

173. VALLIN, José-Fernandez, né à la Havane (Cuba). [*De l'exostose sous-unguéale.*]

174. DAYOT, Ch., né à Nantes. [*Quelques considérations sur les amputations chez les enfants.*]

175. PÉRÈS, Ferdinand, né à Lagardères (Gers). [*De l'état actuel de la doctrine en syphilographie.*]

176. PEDRO DE CASTEL-BRANCO, né à Madère (île portugaise). [*Essai sur la phthisie pulmonaire (pneumophymie), ses causes et son traitement.*]

177. COLLIN, Paul-Louis, né à Torigny-sur-Vire (Manche). [*De la variole et de son traitement.*]

178. RAZIN, Louis-Eugène, né à Sablé-sur-Sarthe (Sarthe). [*De l'entorse, et de son traitement par le massage.*]

179. CHANOT, François-A., né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure). [*Eau minérale de Salazie (île de la Réunion.*]

180. VAUTHRIN, L.-E.-Stanislas, né à Aurosey (Haute-Marne). [*De l'influence des exercices physiques sur les fonctions digestives.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
BOURBON.

FEUILLETON.

Notice anatomique sur le squelette de la VÉNUS HOTTENTOTE du Muséum de Paris. — Note de la RÉDACTION.

(Suite et fin. — Voir le numéro 39.)

Quant à déterminer l'origine et la signification de l'anomalie décrite, on ne le peut qu'en la rapprochant de faits anatomiques semblables ou analogues. Or, en examinant le squelette humain sur une grande échelle, nous avons trouvé beaucoup de cas où une anomalie primitive de la cinquième vertèbre lombaire amenait des effets pareils à ceux que l'on constate sur le squelette de la Vénus hottentote. Voici, à cet égard, ce qui résulte d'observations qui nous sont propres, et dont nous avons publié en diverses occasions les dessins et la description détaillée.

Quelquefois les deux parties principales de la vertèbre lombaire, l'arc et le corps, sont désunies au niveau de la portion interarticulaire, c'est-à-dire entre la facette articulaire supérieure et l'inférieure, sans qu'on puisse reconnaître comment elles étaient aboutées sur le vivant; probablement la réunion se faisait au moyen d'une masse ligamenteuse ou d'un tissu fibro-cartilagineux, comme cela s'observe ordinairement dans les fausses articulations des os longs. Il y a donc là une *pseudarthrose interarticulaire*. Dans d'autres cas, les bouts des parties séparées qui sont opposés l'un à l'autre (s'entre-regardant) sont pourvus de surfaces arrondies, polies et revêtues d'une couche cartilagineuse, de sorte que, dans un de ces cas, les deux pièces de la vertèbre formaient manifestement une articulation complète, pourvue même probablement d'un rudiment de capsule, comme il semble résulter de la configuration des bords de l'articulation. Il s'agit alors d'une *diarthrose interarticulaire*. L'amphithéâtre de Bonn, en Allemagne, contient des préparations de ce genre, où l'on retrouve la même disposition que sur le squelette de la Vénus hottentote. Dans un autre cas encore, j'ai trouvé la désunion de la vertèbre, dans la portion interarticulaire, produite par un *ramollissement* et par une *atrophie extrême*

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 4 octobre 1860.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Étude historique et critique sur l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire, par le Dr Jules Worms.

Parmi les formes si variées de tumeurs ovariques, il en est un certain nombre que les chirurgiens français regardent comme incurables ; ils pensent que l'on ne doit pas tenter l'*extirpation* de celles de ces tumeurs, que d'autres procédés de traitement n'ont pu guérir ou n'auraient pu atteindre.

Une discussion récente de l'Académie de médecine, dans laquelle les juges les plus illustres et les plus compétents en pareille matière ont émis leur opinion (1), a consacré cette manière de voir, que la pratique de la chirurgie de notre pays avait depuis longtemps admise comme loi. On a entendu, cependant, à la tribune académique même, une voix qui a cherché à défendre l'ovariotomie, ou au moins à empêcher qu'elle ne fût condamnée d'une façon absolue (2) ; on a su que cette opération a été pratiquée deux ou trois fois en France dans ces dernières années ; mais ces exceptions théoriques et pratiques n'ont pas trouvé d'imitateurs, et l'on est très autorisé à dire, que l'extirpation des tumeurs ovariques n'est pas comptée en France au nombre des *opérations légitimes*.

En présence d'un arrêt aussi formel, on éprouve un véritable embarras à porter un jugement sur ce qui se passe dans plusieurs pays étrangers où l'ovariotomie est pratiquée très fréquemment par des chirurgiens très considérés.

Il faut bien dire que le plus souvent le récit de ces hardies tentatives n'est pas reproduit en France ; ou quand le contraire arrive, on ne les connaît que par des extraits très raccourcis et incomplets sur les points les plus importants de ce grave sujet, et ce ne sont pas assurément des aperçus superficiels qui peuvent modifier une opinion scolastique très positivement contraire à ce genre d'opération.

Mais si l'on étudie à leur source même, les opérations d'ovariotomie qui ont été pratiquées en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, on ne peut se défendre d'accorder souvent quelque valeur aux arguments qui, dans ces pays, ont été mis en avant pour légitimer ces audacieuses entreprises, et d'ajouter même, dans beaucoup de cas, une foi très grande dans l'exactitude des faits annoncés ; dès lors, le moins qu'on puisse faire, c'est de les examiner, dans l'intérêt de la science et de la vérité, avec rigueur sans doute, mais sans prévention.

Plusieurs fois déjà on a fait connaître en France les résultats généraux indiqués par des chirurgiens étrangers en matière d'ovariotomie (1). Dans ce genre de travaux très consciencieux, les auteurs se sont surtout attachés au côté statistique de la question.

Il est certain que l'on pourrait tirer des tables statistiques connues et qui sont basées sur un nombre énorme de faits, de grands enseignements, si tous les cas cités étaient également authentiques et détaillés, et si l'on pouvait certifier que les revers ont été inscrits avec autant d'empressement que les succès. Malheureusement ces bases d'une déduction rigoureuse manquent le plus souvent, et l'on peut faire mieux, il me semble, pour étudier cette question, que de s'en tenir à une appréciation de chiffres.

Mais, tout en limitant l'importance des tables statistiques, il n'est pas sans intérêt de faire connaître dès à présent les résultats qu'elles présentaient en dernier lieu. Il existe beaucoup de documents de ce genre (2) ; mais on peut considérer comme les résu-

(1) Voici, dans tous les discours prononcés à cette époque à l'Académie, les passages relatifs à l'extirpation :

M. *Malgaigne* (*Bulletin de l'Académie*, 1856-1857, p. 25) :

« Il a été beaucoup question en Amérique et en France de l'extirpation des kystes ovariques, opération qui me paraît trop radicale et de nature à mettre les femmes trop absolument à l'abri de toute récidive. Les statistiques alléguées ne prouvent rien ; on sait ce que valent ces statistiques, où tous les succès sont ramassés et où manque la liste des revers. »

M. *Cruveilhier* (*Ibid.*, p. 90) :

« Il n'y a point de traitement curatif pour les kystes multiloculaires, car il n'y aurait qu'un moyen de guérison, ce serait leur extirpation, et, bien que cette extirpation des kystes de l'ovaire ait été, en quelque sorte, inspirée par l'isolement du kyste, par l'intégrité parfaite des organes environnants, par la facilité du procédé opératoire ; bien qu'elle ait été pratiquée un assez grand nombre de fois avec succès, surtout en Angleterre et en Amérique, je ne pense pas que cette opération hardie doive prendre droit de cité en France. Le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires. »

M. *Huguier* (*Ibid.*, p. 113) :

« Malgré les statistiques, nous la repousserons (l'extirpation) d'une manière presque absolue, parce que... » (Suit un exposé des raisons qui sera reproduit dans le courant de cette étude.)

M. *Jobert* (*Ibid.*, p. 154) :

« L'extirpation est une opération dangereuse qui doit bien rarement trouver son application. »

M. *Velpeau* propose, comme cinquième conclusion, celle-ci :

« L'extirpation des ovaires malades est une opération affreuse qui doit être proscrite, quand même les guérisons annoncées seraient réelles. »

M. *Moreau* (*Ibid.*, p. 226) :

« Pour moi, je pense que cette opération doit être rangée dans les attributions des exécuteurs des hautes-œuvres, etc. »

(2) M. *Cazeaux* (*Bulletin de l'Académie*, p. 181) :

« Mais enfin n'y a-t-il rien de mieux à faire, dans ces cas malheureux, que d'abandonner les malades à une mort certaine? Je ne veux que toucher à cette question, car je sais que ma réponse rencontrera dans cette enceinte peu de sympathies, et que, pour la justifier, je serais obligé d'entrer dans de trop longs développements.

» Toutefois, je ne veux pas quitter cette tribune sans protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs contre l'extirpation des ovaires. Avant de proscrire, il faut examiner, et l'on n'a pas suffisamment examiné. »

(1) Choreau, *Esquisse historique sur l'ovariotomie* (*Union médicale*, 1847) ; — Ch. Bernard, *Archives générales*, 1856, vol. II.

(2) B. Phillips, *Medico-Chirurgical Transactions*. London, juin 1844, p. 468 ; — Churchill, *Journal des sciences médicales de Dublin*, juillet 1844 ; — Jeffreson, *London Medical Gazette*, septembre 1844 ; — W.-L. Allee, *American Journal of*

---

de la substance osseuse ; la vertèbre avait subi une déformation générale de toutes ses parties. Un bassin vicié décrit par Rokitansky, à Vienne, en 1836, sous le titre de *déplacement de la cinquième vertèbre lombaire*, offre cette même particularité. Enfin, il existe parfois un *élargissement de l'arc de la vertèbre*, et c'est toujours la portion interarticulaire qui y participe le plus. C'est surtout l'hydrorachis qui cause cette lésion en dilatant le canal rachidien. On sait que dans l'état normal les surfaces articulaires des apophyses d'une vertèbre forment des plans presque verticaux *convergents* vers le plan médian du corps. C'est par cette disposition que lesdites apophyses s'accrochent fermement les unes sur les autres pour soutenir la colonne. Mais par la dilatation ou par l'allongement de la vertèbre, dans un cas d'hydrorachis, les premiers plans deviennent parallèles au plan médian. Or, dans la cinquième lombaire, il suffit que la convergence normale se change en parallélisme, pour que les articulations se décrochent ; après quoi la vertèbre tout entière trouve moyen de s'échapper et de glisser sur le sacrum. Nous avons décrit cette anomalie sous la dénomination de *hydrospondyle*, pour exprimer d'un mot une déformation de la vertèbre analogue à l'*hydrocéphale*. De même nous appelons une vertèbre allongée *dolichospondyle* par analogie avec le *dolichocéphale*. Le bassin qui nous a permis d'étudier cette anomalie est celui qui se trouve à Paderborn (en Westphalie), en la possession de M. le docteur Everken, directeur de l'école d'accouchements.

Ces altérations anatomiques ne sont pas les seules qui déterminent des changements considérables dans la direction de la colonne vertébrale. Un cas remarquable constaté par nous en 1856 est constitué par l'*intercalation de vertèbres rudimentaires dans l'articulation sacro-lombaire* ; la pièce intercalée est capable de séparer le sacrum de la cinquième lombaire à l'instar d'un coin enfoncé par derrière, en permettant à la vertèbre de glisser sur le sacrum. C'est dans cette catégorie qu'on doit ranger un bassin qui se trouve à Wurzbourg, un autre à Munich, un troisième à Vienne. (Voyez Lambl : *Ueber das Wesen und die Entstehung der Spondylolistheris*, *Wurzbourg*, 1857 ; voyez aussi : *Reisebericht in Prager Viertelj*, 1856-1858 ; enfin : *Beobachtungen und Studien aus dem Kinder-*

mant tous la complète énumération des observations connues, classées et vérifiées à la source, que vient de publier, il y a peu de mois, M. John Clay (de Birmingham), sous forme d'appendice à une traduction de l'ouvrage de Kiwisch sur les maladies de l'ovaire (1).

Toutes les observations d'ovariotomie exécutée ou tentée, existant dans la science, sont distribuées dans des tableaux séparés d'après le *résultat qu'a fourni chaque fois l'opération* (2). Les détails de l'histoire de chaque cas figurent dans des colonnes indiquant :

La date de l'opération ; le nom, la résidence de l'opérateur ; l'âge de la malade ;

La marche et la durée de la maladie ; l'état de la malade au moment de l'opération ;

Le procédé opératoire, l'emploi des anesthésiques ; la longueur de l'incision ; l'existence et la nature des adhérences ; le mode de fixation du pédicule et d'occlusion de la plaie ; l'examen de la tumeur enlevée ; les symptômes ou accidents qui ont suivi l'opération ; l'issue définitive ; enfin l'indication des sources historiques de chaque cas.

Les renseignements qui correspondent à chacune de ces divisions manquent exceptionnellement et sont très fréquemment donnés avec beaucoup de détails.

Un premier tableau renferme 212 cas d'*extirpation complète* de tumeurs d'un seul ou de deux ovaires, terminée par la guérison définitive des malades.

Le deuxième tableau donne 183 cas d'*extirpation complète* suivie de mort.

Le troisième présente 24 cas d'extirpation partielle de tumeurs ovariques ; 10 guérisons, 14 décès.

Dans le quatrième, figurent 13 cas d'extirpation de tumeurs non ovariques, dont 11 utérines, 1 mésentérique, 1 tubaire. La mort est survenue rapidement 10 fois dans ces 13 cas.

Le cinquième tableau présente l'histoire de 82 opérations qui n'ont pu être terminées à cause de l'existence d'adhérences inséparables. Ces 82 tentatives ont causé 24 fois une mort prompte ; les 58 autres malades ont survécu dans les conditions suivantes :

10 existaient encore au moment de la publication de leur histoire ; pour quelques-unes, il s'était écoulé plusieurs années depuis l'opération.

2 sont devenues mères.

12 sont mortes après 6 mois, 5 après 1 an, 4 après 2 ans, 2 après 3 ans, 1 après 4 ans, 3 après 6 ans.

Il n'existe pas de renseignements sur le sort de 21 malades.

Le sixième et dernier tableau comprend 23 opérations non terminées parce que les tumeurs n'étaient pas constituées par l'ovaire ; 12 étaient formées par l'utérus, 1 par la rate, 2 par l'épiploon, 1 par un fœtus extra-utérin, 1 par le mésentère, 1 par le péritoine. La nature du mal n'est pas déterminée dans 4 cas.

16 de ces 23 femmes ont survécu quelque temps à la tentative d'extirpation.

D'après la statistique de M. Clay, le bilan général des résultats, jusqu'au 1er mars 1860, de toutes les extirpations accomplies ou tentées dans les 537 cas connus, serait donc le suivant :

212 guérisons définitives de tumeurs ovariques;

183 morts à la suite de l'extirpation de tumeurs de cette nature;

87 cas dans lesquels l'intervention chirurgicale a été impuissante à modifier la maladie, mais n'a pas hâté la mort;

55 cas dans lesquels la tentative seule d'une opération a déterminé la mort.

A la suite de ces tableaux généraux se trouvent des rapprochements de chiffres dans lesquels la marche, la durée de la maladie, les traitements précédents, les différents procédés opératoires sont envisagés dans leurs rapports avec l'issue de l'opération ; toutes ces données seront examinées plus loin.

En somme, le travail de M. John Clay est certainement le monument statistique le plus complet et le plus exact qui existe dans la science, et devra être consulté par tous ceux qui voudront invoquer, pour résoudre le problème, le dénombrement des cas d'extirpations ovariques connues.

Pour déterminer le degré de légitimité de l'ovariotomie et étudier cette opération sur toutes ses faces, j'ai pensé qu'il était mieux de ne pas s'attacher aux résultats d'une statistique étendue, mais inégale ; mais de choisir, parmi les observations publiées, celles qui se distinguaient par la plus grande précision et la plus grande authenticité, et de prendre dès lors comme point de départ de la discussion, les faits les plus certains.

La presque totalité des observations connues sont d'origine américaine, allemande ou anglaise.

En examinant leur valeur d'après leur distribution géographique, on trouve déjà des raisons qui doivent restreindre le choix.

(La suite au prochain numéro.)

medical Sciences, avril 1845, p. 330 ; — Cormack, *London and Edinburgh Monthly Journal*, mai 1845 ; — T.-S. Lee, *Étude sur les tumeurs de l'utérus*, 1847, p. 264 ; — Clay, *Résultats de l'ovariotomie*, Manchester, 1848 ; — Kiwisch, *Klinische Vortraege*, Prague, 1856, p. 156 ; — Robert Lee, *Maladies de l'ovaire et de l'utérus*, Londres, 1853, p. 88 ; — Fock, *Journal mensuel de gynécologie*, mai et juin 1856 ; — Lyman, *Comptes rendus de la Société médicale de Massachussets*, Boston, 1856 ; — Simon, *Journal de gynécologie de Scanzoni*, Wurzbourg, 1858 ; — Hamilton, *Journal d'Ohio*, novembre 1859 ; — Bradford, *Kentucky*, 1859. — Franke, *Journal de gynécologie de Scanzoni*, 1860.

(1) *Chapters on Diseases of the Ovaries, translated from Kiwisch's clinical Lectures*, par John Clay. Londres, Churchill, 1860.

(2) Vingt observations douteuses ou qui ont figuré en double dans des tables antérieures ont été éliminées de ce travail.

---

spital in Prag, 1860, p. 233. On trouve dans ces ouvrages les détails des faits avec des dessins, par M. Lambl.)

En considérant toutes ces anomalies dans leur ensemble, on peut leur assigner, comme caractère général, la diastase de l'articulation de la cinquième lombaire et du sacrum (*spondylarthrolysis sacrolumbalis*). Celle-ci aura lieu, en supposant l'existence d'une des conditions suivantes : *a*) d'une pseudarthrose ou d'une diarthrose interarticulaire ; *b*) d'une dilatation de la vertèbre (*hydrospondyle*) ou d'une prolongation de la vertèbre (*dolichospondyle*); *c*) de l'intercalation d'une vertèbre surnuméraire et rudimentaire dans l'articulation sacro-lombaire (*spondyloparembole*).

Le simple glissement de la cinquième lombaire constitue un léger déplacement ou une luxation complète (*spondylolisthesis*). Quelquefois la dislocation est limitée par une fusion de deux os (*spondylosynostosis*, bassin de Munich).

Le degré de la déformation varie selon l'âge du sujet ; ainsi, à la naissance il n'y a point de difformité visible, quoique les anomalies de la vertèbre soient primitives. C'est sous l'influence de la marche ou quand le corps commence à se tenir debout, et surtout quand les sujets portent des fardeaux, que cette anomalie se développe.

Ce qui précède nous paraît de nature à faire comprendre pourquoi les naturalistes ne sont pas d'accord jusqu'à présent sur la proéminence des fesses chez les Hottentotes. Levaillant, dans la relation de son voyage en Afrique, dit avoir observé « que chez les Hottentotes en général, à mesure qu'elles avancent en âge, la partie inférieure du dos se renfle et prend de l'accroissement. « D'abord, dit-il, en me questionnant moi-même sur la cause de ce phénomène, je l'attribuais à une cambrure extraordinaire de l'épine dorsale ou à une proéminence des lombaires et du sacrum qui, se projetant en avant, rendaient cette partie très saillante, et jetaient les hanches hors de leur aplomb. Mais des observations très décisives me convainquirent bientôt du contraire. Les os qui forment la charpente du bas des reins étaient dans leur situation naturelle. Aucune des vertèbres n'était déjetée, et ce croupion allongé n'est qu'une masse *graisseuse et charnue* qui, à chaque mouvement du

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique. — Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par le docteur Jacquemier.

La partie supérieure du tronc et les épaules du fœtus, par le fait seul d'un développement considérable, mais normal, peuvent-elles, dans quelques cas, contrairement à l'opinion qui a prévalu, devenir, dans la présentation de l'extrémité céphalique, un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement? Dans la disposition actuelle des esprits, une semblable question, depuis si longtemps en dehors du mouvement scientifique, et si étrangère aux préoccupations pratiques du jour, doit paraître, au premier abord, un paradoxe ou au moins un anachronisme. Nous verrons bientôt qu'il n'en est rien. Pour poser d'une manière précise les points à éclaircir, quelques détails rétrospectifs succiucts sont nécessaires.

Cette cause de dystocie, inscrite de bonne heure dans les annales de l'art, s'y rencontre sous deux formes. Dans la première, on suppose qu'après la sortie spontanée ou artificielle de la tête du fœtus, les épaules, rendues trop larges par le développement de la poitrine, peuvent mettre à la sortie du tronc un obstacle tel qu'il soit impossible à l'utérus seul ou secondé par les moyens artificiels ordinaires de se débarrasser, au moins aussi promptement que l'exige la situation précaire de l'enfant, dont l'existence est comme suspendue entre la vie intra-utérine et la vie extra-utérine. Dès la renaissance de l'art obstétrical et jusque vers le milieu du XVIIIe siècle, la plupart des ouvrages sur la matière, dans la partie qui traite des accouchements difficiles, contiennent un chapitre qui porte ordinairement le titre suivant : *Quand la tête de l'enfant est sortie, et qu'il est accroché par les épaules.* Il est juste d'ajouter que, sous ce titre, on donne beaucoup moins qu'on semble promettre. Des puérilités de plusieurs sortes, des histoires qui attestent la croyance populaire aux dangers du mariage avec les hommes qui ont de larges épaules, jusqu'aux documents les plus propres à être mis en œuvre, qui portent des stigmates de l'ignorance ou de manœuvres défectueuses, tout a contribué à faire condamner et tomber dans un oubli immérité, cette première variété de dystocie attribuée par les anciens au volume des épaules. De là le silence des auteurs modernes, ou bien une simple mention comme celle-ci : « On ne croit plus depuis longtemps à l'arrêt des épaules à travers le bassin, ou à l'étranglement du fœtus par le resserrement du col utérin. »

Dans la seconde variété de dystocie attribuée au volume des épaules, celles-ci sont supposées arrêtées à l'entrée ou sur un point élevé de l'excavation pelvienne; la tête, engagée à travers le détroit inférieur, et plus ou moins près de se montrer à l'extérieur, cesse d'avancer, parce que les efforts d'expulsion, s'épuisant sur les épaules, ne se transmettent plus sur la tête. Cette cause de dystocie, d'abord vaguement entrevue, et signalée plus tard sous le nom, aussi inexact que pour la tête, d'*enclavement des épaules*, a été de la part de Levret l'objet de recherches remarquables qui auraient dû la garantir de l'oubli. Malheureusement il s'efforça d'en rapporter la cause à la situation latérale et oblique du corps du fœtus dans la matrice, situation qu'il rattachait elle-même à l'insertion latérale du placenta. Cette double erreur, qui ne pouvait tenir longtemps contre la réflexion et l'observation, a nui à ce qu'il y a de conforme à la vérité dans le travail de cet accoucheur si justement célèbre.

Quoi qu'il en soit, bien que de notre temps on ait étudié avec soin, et en général beaucoup mieux apprécié les causes qui peuvent s'opposer à la progression de la tête dans son trajet du fond de l'excavation pelvienne jusqu'à son passage à travers la vulve, plusieurs auteurs, parmi lesquels je suis forcé de me placer, ne mentionnent pas même indirectement parmi ces causes la difficulté que les épaules et la partie supérieure du tronc peuvent trouver à s'engager à la suite de la tête. La plupart, à la vérité, à l'occasion des obstacles qui peuvent gêner le mouvement de rotation qui pendant l'expulsion amène en avant le plan postérieur du fœtus, y consacrent quelques lignes, mais moins pour reconnaître une cause réelle de dystocie, pouvant trouver une application, à moins d'un rétrécissement considérable du bassin, que pour rendre hommage à la grande et légitime renommée de Levret.

Les éclaircissements sommaires qui précèdent sont suffisants pour préciser l'état de la question sur les deux points que je me suis proposé d'élucider. Il est à peine besoin de dire qu'en parlant du volume des épaules il s'agit moins de leur volume propre que de celui de la poitrine elle-même; que néanmoins, par leur situation et leur saillie, les épaules concourent à former l'obstacle et en font partie. Nous devons ajouter aussi que la distinction de deux variétés dans cette cause de dystocie n'implique pas l'idée que ces deux variétés sont habituellement séparées; au contraire, elles se rencontrent le plus souvent réunies, comme dans les observations qui suivent; c'est-à-dire que les épaules et la partie supérieure de la poitrine, retenues à l'entrée du bassin après s'être opposées à la sortie de la tête hors des parties génitales, s'opposent encore à la sortie du tronc après avoir été entraînées dans le fond de l'excavation pelvienne. Mais il peut arriver aussi que, l'obstacle à la sortie de la tête formé par le volume des épaules à l'entrée du bassin une fois surmonté, le reste du corps suive sans peine. Le contraire peut également se présenter, et l'obstacle formé par les épaules ne se faire sentir qu'après l'expulsion de la tête. Cette variété mérite d'autant mieux d'être distinguée qu'elle est moins rare, parce qu'elle peut être le produit d'une autre cause que le volume de la poitrine du fœtus, je veux dire une inertie profonde et persistante de la matrice. Le retard apporté à l'expulsion du tronc après la sortie de la tête provenant de cette dernière cause,

---

corps, contracte une oscillation et une ondulation fort singulières. »

Il n'y a pas de doute que cet amas mobile de graisse a existé chez la Vénus, comme le moule en fait foi; mais il y a tout auprès d'autres moules et des squelettes de Hottentots qui prouvent que cette anomalie est individuelle et non pas de race.

Virey, dans son Histoire naturelle du genre humain (1824, part. I, p. 238), a également fait remarquer que les jeunes filles et les garçons des Hottentots ne sont pas porteurs de ces « *loupes* ». Morton, dans ses Types of mankind, donne (p. 431, fig. 276) un portrait d'une célèbre Hottentote avec la même protubérance des fesses que chez la Vénus du Jardin des plantes, et il dit à cette occasion : « *It is further more asserted that such posterior development cannot be caracteristic of an especial race.* » Malheureusement, dans ce qui suit, il ne donne aucune explication relative à la conformation et à l'attitude de cette femme.

Il n'est cependant pas en dehors de toute possibilité qu'une pareille difformité, qui se serait continuée dans deux générations au moins, puisse devenir héréditaire dans un certain nombre de familles, et puisse rester même stationnaire dans de certaines conditions et habitudes. Ce serait l'explication physiologique qui se présenterait dans le cas où d'autres voyageurs viendraient affirmer l'existence de cette disposition sur une plus vaste échelle, comme on le dit pour le cap de Bonne-Espérance.

Dr Lambl.

— Nous avions déjà exprimé succinctement l'opinion qu'il n'y a pas chez la *Vénus hottentote*, comme le croit notre distingué correspondant, de relation entre l'anomalie signalée à la région lombo-sacrée et la protubérance fessière. Mais les considérations par lesquelles se termine le travail qu'on vient de lire nous obligent à insister sur ce point, qui touche, comme on vient de le voir, à l'ethnologie.

L'opinion de M. Lambl est en désaccord et avec l'induction et avec les faits.

retard qui a dû se présenter à la plupart des praticiens, et qui devient, dans quelques cas, un embarras sérieux et un danger menaçant pour l'enfant, n'a cependant pas été signalé d'une manière explicite, bien qu'il ait tous les droits à un article distinct.

Guidé par la seule lumière des faits, je vais maintenant chercher à prouver :

1° Qu'il faut définitivement ranger parmi les causes de dystocie qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit inférieur à la vulve, le volume trop considérable des épaules et de la partie supérieure du tronc retenues à l'entrée du bassin ;

2° Qu'on est tombé dans un optimisme faux et d'autant plus dangereux qu'il éloigne toute défiance, et laisse les jeunes praticiens désarmés en face de dangers menaçants pour la mère et l'enfant, en considérant d'abord en théorie comme constante une loi qui n'est vraie que d'une manière générale, savoir: que, lorsque la tête du fœtus a frayé la voie dans le canal destiné à son passage, le reste du corps suit sans peine immédiatement ou après quelques instants de repos ; et en enseignant ensuite en pratique que si le temps de repos après la sortie de la tête se prolonge de manière à devenir menaçant pour l'enfant, il suffit d'une légère traction sur le cou, ou mieux sous les aisselles avec les doigts indicateurs recourbés en crochets, pour triompher de la résistance.

Si l'on veut bien prêter une attention soutenue aux observations que je rapporte à l'appui des deux propositions que je cherche à établir dans ce travail, on reconnaîtra que l'exposition simple des faits ne peut laisser subsister de doutes, même dans les esprits les plus prévenus.

Obs. I. — Dans le courant de mars 1848, je fus appelé rue des Trois-Frères pour terminer un accouchement laborieux : il s'agissait d'une femme âgée d'une trentaine d'années qui était en travail de son troisième enfant, et qui souffrait depuis environ dix-huit heures. La sage-femme qui l'assistait m'apprit que le travail avait marché assez vite jusqu'au moment où la tête avait commencé à s'engager dans le détroit inférieur, mais qu'à dater de ce moment et depuis environ dix heures, malgré des douleurs répétées et soutenues qui soulevaient déjà le périnée, l'expulsion n'avait plus fait de progrès sensibles. En effet, quoiqu'il n'y eût plus à ce moment que des contractions faibles et éloignées, le périnée restait légèrement saillant, et la tête, qui se présentait en position occipito-cotyloïdienne gauche, encore un peu oblique et aussi bien située que possible commençait à s'engager sous l'arcade des pubis. Le périnée était souple et peu résistant ; le bassin, bien conformé, était large plutôt que moyen ; d'ailleurs deux accouchements antérieurs où la période d'expulsion avait été chaque fois très courte, bien que les enfants fussent d'un volume remarquable, excluaient l'idée d'un détroit inférieur resserré ou d'un périnée très résistant. A en juger par l'état présent des choses, on pouvait croire à un défaut d'action de la part de l'utérus, bien que des renseignements précis ne me permissent pas de douter que les efforts d'expulsion avaient été longs et soutenus. L'application du forceps fut, ce qu'elle est en pareil cas, aussi simple que facile. Mais il n'en fut plus de même de l'extraction de la tête, qui, après avoir avancé de deux travers de doigt environ, offrit une résistance telle qu'il ne fallut pas moins d'une demi-heure d'efforts soutenus et énergiques pour amener les bosses pariétales au dehors, encore fus-je obligé de refouler en arrière le périnée avec la main pour la dégager entièrement. Si dès les premières tractions à l'aide du forceps on devait soupçonner que la résistance était placée derrière la tête, cela devenait de toute évidence par l'accroissement de la résistance à mesure que la tête était entraînée à travers le périnée et la vulve minces et souples : aussi mon premier mouvement fut-il de porter l'indicateur autour du cou, croyant y rencontrer le cordon. Je fus effrayé en reconnaissant que le cou de l'enfant avait dû supporter tous les efforts d'extraction.

La tête ne fut pas plutôt abandonnée que, obéissant à un mouvement de retrait, elle vint s'appliquer avec force contre le périnée. Quelques mouvements des lèvres et les battements du cœur annonçaient que le fœtus était vivant. La tête était d'abord si exactement appliquée contre les parties qu'il me fut impossible d'atteindre aux aisselles avec les doigts. Comme les tractions avec le forceps avaient ramené les douleurs, je me décidai à tirer sur la tête dans le sens le plus favorable au dégagement des épaules pendant que je recommandais à la femme de faire des efforts d'expulsion. Ces tractions assez longtemps continuées n'eurent d'autre effet que de rendre la base de la tête moins exactement appliquée contre le périnée. Je pus alors introduire la main en arrière, et porter l'indicateur sur l'aisselle qui se trouvait correspondre à peu près vers le milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche. Mais il me fut impossible d'atteindre à l'aisselle qui était en avant. J'exerçai de nouvelles tractions en embrassant la racine du bras avec la main entière et en agissant simultanément sur l'aisselle et sur la tête. Mais je n'obtins d'autre résultat qu'un léger mouvement de rotation : les épaules, qui jusques-là étaient restées dans leur situation oblique primitive, vinrent se placer, l'une dans la courbure du sacrum, l'autre derrière les pubis débordant en partie au-dessus de leur corps. Entendant toujours les battements du cœur, j'avais de la répugnance à appliquer un crochet mousse sur l'aisselle accessible, et je me décidai à dégager le bras en retirant ma main. Je ne fus d'abord guère plus avancé, l'épaule située en avant faisant toujours obstacle. Après quelques manœuvres inutiles comme je pouvais atteindre non l'aisselle, mais la partie moyenne du bras correspondant, je parvins à le dégager à son tour, et alors des tractions énergiques exercées sur les deux bras ne tardèrent pas à entraîner la partie supérieure du tronc à travers le détroit inférieur. Toutes ces manœuvres pour entraîner les épaules et dégager les bras avaient duré plus d'une heure. L'enfant n'était pas dans un état de résolution complète, et au bout de huit à dix minutes j'eus la satisfaction de le voir respirer pleinement. Mais j'avais fracturé vers sa partie supérieure l'humérus situé en avant.

Cet enfant du sexe masculin, était remarquable par son volume. Il pesait, y compris une serviette qui l'enveloppait, 5 kilogrammes 500 grammes (11 livres) ; les dimensions des diamètres du crâne ne dépassaient pas très sensiblement celles d'une tête volumineuse ordinaire, mais la différence était des plus prononcées pour la poitrine dont le diamètre bi-acromial mesurait près de 16 centimètres (6 pouces).

Les suites de couches furent naturelles et la fracture du bras se consolida promptement sans difformité, malgré le peu de soins apportés à maintenir les fragments.

La bonne conformation et l'amplitude du bassin, la souplesse et le peu de résistance du périnée, la persistance de l'action de l'utérus et la présentation régulière de la tête, éloignant l'idée d'une autre cause de dystocie, nous montrent dans cette observation celle qui résulte du volume considérable de la poitrine, entièrement

---

Plusieurs espèces d'animaux sont pourvues de protubérances qui, pour ne pas siéger à la région fessière, n'en sont pas moins de même composition anatomique que celles des Hottentotes. Voit-on que ces animaux, les zèbres, les moutons d'Abyssinie, les chameaux, soient porteurs de quelque anomalie ou de quelque disposition des vertèbres lombaires ou du sacrum qui ait le moindre rapport avec la proéminence dorsale? En aucune manière. Pourquoi, dès lors, en serait-il autrement dans l'espèce humaine?

M. Lambl a-t-il connaissance d'une femme bojesmane adulte qui soit exempte de protubérance fessière; ou, chez celles qui ont fourni des exemples de cette particularité, sans compter la Vénus hottentote, a-t-on toujours constaté l'existence d'une difformité de la colonne? Non encore. Nous ne savons sur quel fondement notre confrère argue de moules de femmes bojesmanes qui seraient placées au Muséum près du moule de la Vénus et qui ne présenteraient pas de masses fessières. La collection du Muséum ne possède qu'un plâtre de ce genre ; c'est celui de *Stinée*, mentionné dans notre dernier numéro. Or, chez cette femme, dont la taille élancée et les formes régulières n'étaient altérées que par des mamelles plates et pendantes, les masses fessières, parfaitement rendues par le plâtre, étaient aussi prononcées que possible ; M. Gratiolet, qui a vu Stinée vivante, les a palpées de ses mains, et il y a constaté, sous l'influence de la marche, ces *oscillations* et *ondulations* dont parle Levaillant. Ce n'est pas tout. Il y a une trentaine d'années, des spéculateurs anglais mirent *en vente* à Paris deux femmes bojesmanes, dont ils envoyèrent le portrait. Les dessins sont entre les mains de M. Emmanuel Rousseau ; ils accusent de la manière la plus manifeste la présence de protubérances fessières.

Enfin, on ne devine pas quelle nature de lien on pourrait établir entre la formation de telles protubérances et une anomalie des vertèbres lombaires. Un changement de direction dans la partie inférieure du rachis et le sacrum pourra bien projeter en arrière et rendre saillante la région fessière. Mais chez les femmes bojesmanes, la saillie résulte, nous l'avons dit, de la présence d'une masse graisseuse, et c'est surtout de la Vénus hottentote qu'on

dégagée de tout autre obstacle, et, en quelque sorte, à l'état d'isolement complet. Nous voyons aussi associées les deux variétés relatives au point du bassin où l'obstacle commence, c'est-à-dire que l'arrêt de la tête dans le fond de l'excavation pelvienne et l'arrêt du tronc après l'extraction de celle-ci, dépendaient aussi incontestablement l'un que l'autre de la difficulté que la poitrine et les épaules éprouvaient à parcourir le canal pelvien. On aura sans doute remarqué que la traction que le cou a eu à supporter a été portée bien au delà de ce que la prudence autorise, et que cependant l'enfant a vécu. Bornons-nous, pour le moment, à prendre note de cette circonstance, ainsi que du dégagement successif des deux bras, auquel je suis arrivé à la fin, un peu au hasard et sans plan arrêté, et que la réflexion nous montrera comme un procédé fort rationnel mis déjà à l'épreuve par d'autres, mais resté dans l'oubli.

Obs. II. — Vers le commencement de l'année 1850, je fus appelé par le docteur Guyetant, près d'une femme âgée de vingt-quatre à vingt-cinq ans, qui était en travail depuis trois jours. Les eaux s'étaient écoulées en partie dès le début; le col avait été longtemps à se dilater, comme il arrive ordinairement lorsque la tête de l'enfant est retenue au détroit supérieur. Mais, depuis que l'orifice utérin était largement ouvert, une nuit entière s'était passée sans autre résultat, malgré un travail soutenu, que d'engager à demi à l'entrée du bassin la tête, bien située d'ailleurs et en première position. La longueur du travail, l'élévation du crâne, la tuméfaction déjà très prononcée du cuir chevelu et un accouchement antérieur laborieux dont nous ne connaissons pas dans le moment toutes les particularités, devaient nous faire supposer que le bassin était vicié. Cette jeune femme, quoique d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, était bien constituée et assez forte. Elle ne présentait nulle part de traces de rachitisme, et les renseignements qu'elle pouvait donner sur son enfance éloignaient l'idée qu'elle en eût jamais été atteinte; on était loin de pouvoir toucher avec le doigt l'angle sacro-vertébral qui ne paraissait pas plus saillant qu'à l'état normal. D'ailleurs le passage de la tête qui était volumineuse et très solide est venu confirmer que si le bassin était naturellement petit, il était au moins exempt de déformation. Cette femme étant déjà très fatiguée, et les battements du cœur du fœtus ne s'entendant pas très bien, nous nous décidâmes à appliquer tout de suite le forceps. Cette application fut difficile, comme cela arrive ordinairement au détroit supérieur. L'instrument placé sur les côtés du bassin embrassait la tête d'une manière irrégulière du front à l'occiput; néanmoins j'eus moins de peine à lui faire franchir le détroit supérieur que je ne m'y attendais; rencontrant plus de difficulté à l'engager à travers le détroit inférieur, je dus naturellement l'attribuer, ce qui était très probablement en partie vrai, à la manière irrégulière dont elle était prise. Je pus facilement sans dégager l'instrument la saisir par les côtés; mais j'y avais peu gagné, et les efforts les plus énergiques et les plus soutenus furent nécessaires pour la faire avancer jusqu'à la vulve; comme dans le premier cas, je fus encore obligé pour la dégager entièrement, de refouler en arrière le périnée à l'aide de la main. Elle ne fut pas plutôt abandonnée qu'elle vint s'appliquer fortement par sa base contre la vulve.

Il n'y avait ni circulaire du cordon ni rétraction du col utérin sur le cou du fœtus. La tête était dans la direction du diamètre oblique gauche et les épaules dans celle du diamètre oblique du côté opposé. Ne pouvant d'abord atteindre les aisselles, je me décidai à exercer quelques tractions ménagées et soutenues sur la tête pendant les contractions de l'utérus, secondées par des efforts volontaires. Je n'obtins d'autre résultat que de rendre accessible au doigt indicateur l'aisselle située en arrière; quant à l'aisselle située en avant, il n'y avait pas à y songer, l'épaule étant en partie appliquée sur le corps du pubis droit. Les tractions avec les doigts sur l'aisselle accessible et concurremment sur la tête restant sans effet, j'y portai le crochet mousse qui termine les branches du forceps ordinaire. En même temps que je tirais sur l'épaule j'agissais aussi sur la tête pour diriger l'effort de la manière la plus convenable. Ce ne fut qu'à la suite de tractions très énergiques et prolongées que je parvins à faire franchir aux épaules l'obstacle qui s'opposait à leur passage à travers le détroit inférieur. Malheureusement l'enfant était dans un état de résolution complète, et il fut impossible de le ranimer. Quant à la mère, les suites de couches furent naturelles. L'enfant, quoique sensiblement moins gros que celui de l'observation précédente, était encore remarquable par son volume; en effet il pesait 4 kilogrammes (8 livres un quart.)

La circonférence de la tête avait 34 centimètres (12 pouces et demi), le diamètre occipito-frontal 12 centimètres (4 pouces et demi), le bipariétal 10 centimètres (3 pouces et demi), la poitrine avait d'un acromion à l'autre 15 centimètres (5 pouces et demi), et dans le sens antéro-postérieur 14 centimètres.

Le premier accouchement de cette femme, qui avait eu lieu au milieu des funestes journées de juin 1848, avait, à son dire, offert les mêmes difficultés. Je tenais à avoir du médecin qui l'avait accouchée des renseignements précis. C'était le docteur Triger, très habitué à la pratique des accouchements. Le travail avait été aussi très long, et les événements de ces fatales journées avaient empêché de le suivre très exactement. Une première tentative avec le forceps n'ayant pas amené de résultat, et l'enfant paraissant avoir cessé de vivre, M. Triger eut recours au céphalotribe et parvint à entraîner la tête à la vulve. Les difficultés les plus grandes se présentèrent pour l'extraction du tronc. Comme on pouvait tirer sans ménagement sur la tête, M. Triger, son fils et un autre confrère se livrèrent successivement à des tractions qui restèrent d'abord sans résultats. Afin de pouvoir réunir leurs efforts, ils fixèrent un tablier autour du cou de l'enfant, et furent obligés de tirer assez longtemps tous les trois ensemble avant de parvenir à faire passer les épaules. Il ne survint ni accident ni complication pendant les couches, et le rétablissement fut prompt et complet.

L'enfant était très développé et, au dire de la mère et du père, sensiblement plus gros que le second.

Cette observation n'offre pas, comme la précédente, la cause de dystocie que nous étudions à l'état de pureté. Il va sans dire que le volume des épaules est absolument étranger à l'arrêt de la tête à l'entrée du bassin, et dans les difficultés ultérieures il est juste de faire la part qui appartient au bassin, sensiblement réduit dans ses dimensions. Il nous suffira de faire remarquer que, même dans les cas de rétrécissements et déformations du bassin qui exigent la réduction du volume de la tête, il est généralement facile d'entraîner le tronc au dehors, à moins que le développement du fœtus ne soit très considérable. De ce que la cause de la dystocie est, dans les cas semblables, complexe, il serait peu judicieux de ne faire attention qu'à ce qui appartient au bassin, et de négliger complé-

---

peut l'affirmer en toute sécurité, puisque M. Emmanuel Rousseau a disséqué cette masse et l'a décrite.

Notre confrère nous pardonnera cette annotation à son travail, que nous avons lu d'ailleurs avec beaucoup d'intérêt; il comprendra qu'elle était nécessaire dans une question dont il a été le premier à signaler l'importance.

A. D.

— A la suite de l'inspection faite par M. Simonin fils, les récompenses suivantes ont été décernées à MM. les médecins cantonaux du département de la Meurthe :

Médailles de 1re classe et rappel de médailles. — MM. Weiss, médecin cantonal à Sarrebourg (rappel de médaille); Bernard, id. à Dieulouard (rappel de médaille); Bagré, id. à Vic (rappel de médaille); Marchal, id. à Lorquin; Martin, id. à Girey, récompense exceptionnelle pour ses services durant l'épidémie de Girey.

Médailles de 2e classe. — MM. Grandys, médecin cantonal à Badonviller; Mayeur, id. à Blamont; Eby, id. à Linville; Lotz, id. à Gerbeviller.

Médailles de 3e classe. — MM. Bastien, médecin cantonal à Bayon; Wallois, id. à Lay-Saint-Christophe; Mergaut, id. à Bayon; Jossel, id. à Dieuze; A. Saucerotte, id. à Lunéville.

Vaccine (1859). — Vu la circulaire ministérielle du 27 septembre 1843, après examen des propositions faites par l'inspecteur du service de la vaccine, et après délibération, la commission présente les quatre vaccinateurs principaux, dans l'ordre suivant, pour l'exercice 1859, qui sont acceptés :

MM. Rouyer, médecin cantonal à Haroué; Mergaut, id. à Bayon; Magnien, id. à Favières; et Bernard, id. à Dieulouard.

— La *Gazette médicale* de Lyon annonce que, sur l'initiative de M. le docteur Sperino, le gouvernement piémontais a institué à Milan les mesures sanitaires qui sont en vigueur à Turin et dans le reste du Piémont, pour l'inspection des prostituées. Dès ce moment, les filles y sont assujetties à deux visites par semaine.

— Le concours de l'externat s'ouvrira le 3 novembre prochain. Les candidats peuvent se faire inscrire jusqu'au 18 octobre.

tement ce qu'il faut rapporter à une conformation particulière de la poitrine du fœtus, résultant de son développement excessif.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur le diagnostic et le traitement des coliques hépatiques par concrétions biliaires.

Monsieur le Rédacteur,

Notre honorable confrère, M. le docteur Fauconneau-Dufresne, a publié, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n^{os} des 17 et 31 août), de « nouvelles observations sur la colique hépatique, » travail lu à la Société de médecine de Paris (séance du 6 juillet).

Dans cette communication, se retrouvent des appréciations critiques que l'auteur avait déjà hasardées dans son *Traité de l'affection calculeuse du foie* (1851), appréciations portant sur, ou plutôt contre des assertions que j'avais antérieurement établies (1) d'après des faits que sont venus depuis corroborer de nouvelles et nombreuses observations.

J'ai donc cru devoir, dans l'intérêt de la science, relever ces oppositions fondées sur des bases au moins très contestables.

Tel est l'objet d'une notice sur le sujet en question, que j'ai lue à la Société de médecine de Paris (séance du 17 août), qui en a désiré l'impression, et dont j'ai l'honneur de vous adresser quelques exemplaires.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, un court exposé des points en litige : il pourra servir d'analyse en lieu et place du texte qui était destiné à votre journal, mais que des considérations particulières m'ont engagé à faire imprimer à mes risques et périls.

Relativement au diagnostic, j'avais signalé un épiphénomène consistant en une sorte d'hémi-éclampsie du côté droit, lequel, ne s'étant présenté à mon observation que dans des cas afférents aux coliques hépatiques par concrétions biliaires, m'avait paru pouvoir venir en aide au diagnostic généralement peu précis de ce genre d'affection.

J'avais remarqué cet épiphénomène cinq fois sur treize cas de *coliques hépatiques par concrétions biliaires avec rétention de bile dans la vésicule du fiel.*

Cette proportion paraît d'autant plus étonnante à M. Fauconneau, qu'il n'a rien observé de semblable dans les 130 observations qu'il a pu réunir pour composer son traité.

Mais dans ces 130 observations, combien en est-il qui se présentent avec le cortége de conditions que j'ai si clairement exprimées? Sur les 20 qui ont seules trait aux coliques hépatiques par calculs biliaires, il en est 4 seulement qui signalent la rétention de la bile dans la vésicule. Et encore, dans le fait propre à l'auteur, le malade n'a pu dire si « dans cette attaque, la région de la vésicule était tuméfiée. »

Sur ces 20 faits, ainsi que dans les 8 nouvelles observations, on compte seulement 3 femmes..... Toutes mes observations ont des femmes pour sujet !!!

L'hémi-éclampsie est sans aucun doute rare, puisque, sur un grand nombre de cas de coliques hépatiques, et particulièrement sur 13 cas avec rétention de bile, je ne l'ai vue que 5 fois dans un espace de vingt-quatre ans.

Depuis la publication de mon mémoire (1844), je ne l'ai revue qu'une fois sur 4 cas de coliques hépatiques, dans et avec les conditions indiquées.

On verra, dans la lettre que je joins à la mienne, que M. le docteur François, professeur à l'Université de Louvain, ne l'a observée qu'une fois sur une trentaine de cas de coliques hépatiques. (Il n'est pas fait mention du nombre de fois que s'est présentée la rétention de la bile.)

Nous aurions au reste passé condamnation sur ce sujet; mais il en est un autre, de bien plus grande importance, puisqu'il a trait à l'*ultima ratio* de toute étude pathologique, le traitement.

Ma première publication avait plus particulièrement pour but de faire connaître une modification que j'avais apportée au remède de Durande, en ayant tous les avantages consacrés par l'expérience, sans en avoir les inconvénients plus ou moins graves, ni les dangers qui l'ont fait proscrire.

Notre modification consiste tout simplement à remplacer par de l'huile de ricin, l'essence de térébenthine, justement accusée de ces inconvénients et dangers.

Éther	4	grammes.
Huile de ricin	30	—
Sirop de sucre	30	—

M. A prendre par une ou deux cuillerées de demi-heure en demi-heure d'abord, puis d'heure en heure.

Cette mixture, généralement tolérée, calme promptement les douleurs, suspend les vomissements, les spasmes, etc. Elle provoque, en un assez court espace de temps, l'expulsion et l'évacuation des concrétions biliaires.

Cette action, ces effets, ces résultats m'ont rarement fait défaut : ils ont été constatés par tous les praticiens qui ont essayé de ce remède oléo-éthéré, dans les cas de colique hépatique. De toutes parts me viennent des offres d'observations qui témoignent, je dirais presque, de son efficacité. Il suffira, je pense, de livrer à la publicité, désirée d'ailleurs par son auteur, une lettre en réponse à la demande que je lui avais faite des observations qu'il avait recueillies sur ce sujet.....

Qu'oppose M. Fauconneau-Dufresne à nos inductions pratiques? Des épreuves chimiques. Nous en appelons du laboratoire au lit des malades, d'expériences dans des capsules inertes à l'expérimentation clinique; et nous ne doutons pas de voir un jour notre savant antagoniste au nombre de nos adhérents praticiens les plus convaincus, comme nous espérons toujours le compter quand même parmi nos bons amis.

Veuillez, monsieur le rédacteur, agréer, etc. DUPARCQUE.

Paris, 2 août 1860.

A M. LE DOCTEUR DUPARCQUE (1).

« Monsieur et très honoré confrère,

» Si le désir de vous être agréable ne me suffisait pas, ce serait pour moi un devoir de reconnaissance de vous communiquer les renseignements que vous me demandez, et que je mets à votre entière disposition sur les cas de coliques hépatiques qui se sont offerts à mon observation depuis que je fais usage du précieux mode de traitement dont l'art de guérir vous est redevable. Je vous le déclare candidement et en toute conscience, jusque-là je n'avais guère que des mécomptes et j'éprouvais un véritable chagrin toutes les fois que j'étais consulté par un malade atteint de calculs biliaires. J'étais en même temps honteux et triste de mon impuissance, car je n'avais jamais obtenu d'effets heureux du remède de Durande, pas plus que des alcalins et des prétendus fondants. C'est toute autre chose aujourd'hui. Effectivement, sur environ trente cas, j'ai eu peu d'insuccès, en ce qui concerne, bien entendu, les accès de colique. Car il n'en est plus de même pour la maladie dans son ensemble, et encore n'est-il pas bien sûr que l'action de l'huile de ricin éthérée sur les organes biliaires, ou du moins que la prompte disparition des accidents occasionnés par la présence des calculs, n'ait pas pu prévenir à la longue leur reproduction. Le fait est que je compte un assez grand nombre de guérisons complètes datant de dix ans et plus.

» Vous me demandez : 1° Quels symptômes particuliers ont présenté mes malades, et si chez quelques-uns se sont montrés les symptômes spasmodiques notés par vous cinq fois sur treize cas?

(1) *Mémoire sur le diagnostic et le traitement des concrétions biliaires*; imprimé par décision de la Société de médecine, 1844 (*Revue médicale*, p. 507).

(1) Cette lettre est arrivée trop tard pour que j'aie pu l'insérer dans ma notice.

» 2° Le traitement et ses résultats.

» Les symptômes ont été généralement ceux qui s'observent dans la colique hépatique proprement dite, quelquefois portés jusqu'à un degré extrême, et jusqu'à la syncope. Chez une dame de soixante ans, atteinte depuis longtemps de cholélithes donnant lieu à de fréquents accès très violents de colique, et ayant occasionné un ictère très foncé, différents traitements et entre autres celui de Durande, avaient été longuement et inutilement mis en usage par un de nos plus savants praticiens, lorsque j'ai conseillé à la patiente de prendre notre potion, qui effectivement l'a débarrassée en quelques jours d'un mal qui en était venu au point de compromettre sérieusement sa vie. Cette dame a ressenti encore de temps en temps quelques légers accès que le remède a chaque fois conjurés. Elle est complétement délivrée depuis dix ans et jouit présentement d'une parfaite santé.

» Chez une autre dame j'ai rencontré, et c'est le seul exemple qui s'est offert à moi, ce spasme musculaire dont vous avez signalé l'existence dans le cours de la colique hépatique, et encore n'occupait-il que le membre abdominal droit. Cependant depuis la lecture de votre mémoire, j'étais toujours à l'affût, passez-moi le mot, de ce singulier phénomène.

» J'ai eu l'occasion d'observer un cas semblable à ceux rapportés par MM. Trousseau et Chauffart (d'Avignon), et qui consistent dans l'expulsion d'une quantité innombrable de petits grains de cholestérine. Chez mon malade, ces grains ramollis par l'huile de ricin, et les liquides de l'intestin, formaient une sorte de mortier.

» Quant à la réponse à votre deuxième question, elle est en bonne partie comprise dans la précédente. Oui, je le répète, les accidents ont le plus souvent cédé très promptement à l'ingestion du remède, laquelle était de même très promptement suivie de l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de cholélithes. Une jeune femme, sujette depuis cinq années à des coliques périodiques violentes, m'a plus d'une fois apporté dans la soirée, des calculs du volume d'une petite noisette qui l'avaient torturée le matin, au point que ses cris et ses gémissements avaient effrayé le voisinage. Cette femme est complétement débarrassée de son mal, depuis neuf ans, grâce à notre remède.

» Il est généralement très bien supporté par les malades à la dose que vous avez indiquée. J'ai cependant rencontré des sujets qui ne pouvaient pas l'ingérer, ou qui, l'ayant avalé, le rendaient immédiatement. Dans les cas de cette espèce je n'insistais pas, j'opposais à l'état des organes digestifs les remèdes appropriés et il est rare que la potion n'ait pas fini par passer, et être tolérée, prise soit entière, soit par petites doses. Il est néanmoins des estomacs qui ne peuvent absolument pas le garder, mais cela est exceptionnel.

» Vous dirai-je maintenant que, comme au docteur Petit (de Vichy) et autres, il m'est arrivé plus d'une fois de voir plusieurs membres d'une même famille sujets aux calculs biliaires soit successivement, soit même simultanément ?

» Quant à l'influence du sexe féminin sur la production de ceux-ci, je m'étonne qu'elle ait pu être mise en doute, tant elle est évidente.

» Vous m'engagez aussi, très honoré confrère, à publier les faits que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans ma pratique. J'en ai eu l'intention, mais je ne m'y suis pas décidé, parce qu'il ne s'était pas présenté à moi des cas sinon nouveaux, du moins d'une certaine valeur, et surtout propres à éclairer le diagnostic parfois très obscur des phénomènes morbides si variés dus à la présence des concrétions formées dans la vésicule en ses conduits biliaires.

» Ma réponse à votre lettre n'ajoutera que peu de choses ou même rien à ce qui est déjà connu. Mais n'eût-elle d'autre effet que d'appeler l'attention des médecins sur votre mode de traitement, qu'elle mériterait peut-être d'être livrée à la publicité.

» Agréez, monsieur et honoré confrère, etc.

» *Signé* : J. François, D. M. L. »

P. S. — J'avais écrit depuis longtemps cette lettre ; c'est par suite d'un malentendu que je ne vous l'ai pas envoyée plus tôt.

Louvain, le 30 août 1860.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Anatomie comparée. — *Deuxième note sur le développement des premiers rudiments de l'embryon ; absence des rudiments de la* corde dorsale *dans le premier jour de sa formation. — Viduité primitive de la ligne secondaire*, par M. *Serres*. — Des recherches exposées dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que la corde dorsale n'existe pas dans le premier jour et la moitié du second de la formation de l'embryon des Oiseaux ;

2° Que la ligne secondaire que l'on a personnifiée sous ce nom offre un intervalle libre, existant entre les bords internes des plis primitifs, ligne qui s'infléchit avec eux au moment de la formation du capuchon céphalique ;

3° Que cette ligne secondaire, ou cet intervalle des plis primitifs ne saurait être prise pour le rudiment d'un corps quelconque, puisque la lumière le traverse librement lorsqu'on observe la préparation au microscope ;

4° Il suit enfin que si la corde dorsale n'existe pas dans le premier jour de la formation de l'embryon, *elle n'est pas, et elle ne saurait être, l'axe autour duquel viennent se former les premières parties du fœtus.*

Hygiène publique. — *De l'aménagement et de la conservation de l'eau de pluie, pour les besoins de l'économie domestique, dans les habitations rurales et dans les communes dépourvues d'eau de source et de rivière*, par M. *Grimaud* (de Caux). — Le moyen que l'auteur propose, pour suppléer l'eau de source ou de rivière dans les contrées qui en sont dépourvues, c'est la construction de citernes vénitiennes, dont la capacité serait en rapport avec le chiffre et les besoins de la population. M. Grimaud a calculé que l'approvisionnement de vingt jours pour 1000 habitants, devait être de 100 mètres cubes. Comme on ne fait pas de citerne de 100 mètres cubes, il conseille, dans ce cas, d'accoler à chaque citerne un ou plusieurs magasins dont la contenance peut être augmentée à volonté. Pour mettre l'eau, ainsi emmagasinée, à l'abri de toute altération, l'auteur propose, enfin, de donner aux petits canaux destinés à alimenter la citerne 1 mètre cube de capacité, et de les remplir de charbon, qu'on pourra renouveler pour chaque opération.

Médecine. — *De la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale des aliénés, au point de vue de la médecine légale*, par M. *A. Brierre de Boismont*. — L'auteur rappelle que, dès l'année 1847, il a insisté sur une période prodromique de la paralysie générale, caractérisée par les perversions des facultés morales et affectives, sans que les individus qui présentent ces changements en soient moins aptes à remplir les devoirs de la vie sociale ou à s'acquitter de leurs fonctions.

De ces perversions, dit M. Brierre de Boismont, celle qui a le plus frappé est la manie du vol, qu'on peut rattacher à une disposition d'esprit, très commune chez les paralysés généraux, par suite de laquelle ils se croient riches, puissants, maîtres de tout ce qu'ils voient.

L'auteur note encore des déréglements honteux, une irritabilité plus grande, ou, au contraire, une apathie raisonnée.

Il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Les individus qui, à une époque déjà avancée de la vie, offrent un changement de caractère, commettent des actions qui sont en désaccord complet avec leurs principes et leurs antécédents, doivent faire supposer une altération des facultés intellectuelles.

2° Cette probabilité devient une certitude lorsque l'on constate chez eux l'existence des symptômes caractéristiques : tremblement des lèvres, embarras de la langue, diminution de la motilité, tressaillements dans les fibres musculaires, etc.

3° L'incertitude qui pourrait se manifester à un degré encore peu marqué de la maladie, se dissipe par l'observation, parce que quatre-vingt-quinze fois sur cent la paralysie générale tend à faire des progrès continus, et qu'elle se termine par la mort dans la même proportion.

4° Les symptômes initiaux décrits ont une importance réelle, car ils mettent sur la voie de l'existence de la paralysie générale lorsque celle-ci n'est pas encore déclarée.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Note sur la présence de l'iode dans l'atmosphère*, par M. *Ad. Chatin.* — L'auteur annonce que, contrairement aux résultats obtenus par un chimiste italien, il a constaté l'existence de l'iode, non-seulement dans les eaux pluviales de Pise, mais encore dans celles de Florence et de Lucques, seulement en plus faible proportion que dans les eaux pluviales de Paris.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. les docteurs *Laborie* et *Mattei*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements. (*Renvoi à la section.*) — *b.* Un travail intitulé : *De la véritable nature de l'albuminurie*, par M. le docteur *Hamon* (de Fresnay) (*Comm.:* MM. Rayer, Chatin, Barth.) — *c.* Une observation de dystocie, due à un rétrécissement du bassin, coïncidant avec un volume exagéré du fœtus à la suite d'une grossesse tardive, par M. le docteur *Marin* (de Molland). (*Comm :* MM. Danyau, Depaul.) — *d.* Une note de M. *Achille Brachet*, sur l'application du microscope dioptrique composé à l'examen pathologique. (*Comm.:* M. Gavarret)

M. *Depaul* offre en hommage, au nom de l'auteur, un exemplaire d'un discours *sur l'enseignement clinique*, prononcé par M. le professeur *Dupré* (de Montpellier), à l'ouverture de son cours.

M. *Velpeau* fait hommage, au nom de M. le docteur *Godard*, de deux brochures : l'une *sur les anomalies du testicule;* l'autre *sur la transformation graisseuse du rein.*

Lectures et mémoires.

CHIRURGIE. — M. le professeur *Bouisson* (de Montpellier) lit un travail intitulé : *Histoire d'un aliéné aveugle qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison.*

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, nommé Roque, qui fut conduit, sans renseignements, à l'hôpital Saint-Éloi (de Montpellier), le 1er août 1858. Ce malade était atteint d'une double cataracte lenticulaire, et, en outre, présentait tous les symptômes assignés par Esquirol à la démence confirmée (incohérence des idées, défaut de spontanéité intellectuelle, etc.), Roque, ayant été chloroformisé à cause de son indocilité, fut opéré des deux yeux, par abaissement, dans la même séance. Les suites de l'opération furent très satisfaisantes ; le dixième jour, l'appareil fut enlevé, et le malade s'écria : « J'y vois ! » — « Ce fut, ajoute M. Bouisson, le premier mot raisonnable qu'il eût encore prononcé. » A mesure que la vue se fortifiait, Roque devenait plus docile; la mémoire reparaissait, et les conceptions devenaient plus nettes et plus étendues. Le malade fut bientôt en état de donner des renseignements précis sur ses antécédents ; il se souvint que la vue lui manquait depuis environ trois ans.

Un mois et demi après son entrée à l'hôpital, Roque put regagner son domicile et pourvoir à son existence.

M. Bouisson entre dans des considérations étendues touchant les rapports que cette observation tend à établir entre la restitution d'un sens et le retour de la raison. Il examine successivement les différentes doctrines de Charles Bonnet, de Descartes, de Locke, de Condillac, de Maine de Biran, sur l'origine et le développement des idées, et, insistant sur les progrès corrélatifs de la vue et de l'intelligence chez son malade, l'honorable professeur n'hésite pas à attribuer à la récupération du sens de la vue les changements quotidiens observés dans l'état mental de l'opéré. « La sensation, dit M. Bouisson, a stimulé l'esprit, comme l'électricité stimule l'action nerveuse; et le malade se trouvait dans les conditions les plus favorables pour ce résultat : la démence n'était pas invétérée, et l'organe sensitif rendu est celui qui produit les impressions les plus vives. »

CHIRURGIE. — M. *Voillemier*, chirurgien de l'hôpital de Lariboisière, donne lecture d'un mémoire intitulé : *De quelques fractures par arrachement, et des fractures verticales du sacrum.*

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Les fractures par arrachement sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit généralement.

2° Celles qui sont dues à l'action musculaire sont rares ; le plus souvent la contraction des muscles est sollicitée et exaspérée par une violence extérieure.

3° La contraction volontaire d'un muscle détermine, quand elle est exagérée, une douleur qui avertit de la suspendre. Pour qu'elle soit portée au point de produire une fracture, il faut qu'elle soit involontaire, brusque, et qu'elle agisse à la manière d'un choc.

4° La portion d'os arrachée est peu considérable, et limitée par les insertions musculaires.

5° Les fractures dues à une traction opérée par les ligaments sont assez fréquentes.

6° Elles se rencontrent sur des os spongieux et résultent de la différence de résistance que présentent le tissu osseux et les ligaments.

7° Les ligaments peuvent arracher le rebord osseux de toute une surface articulaire, une ou plusieurs épiphyses, détacher du corps d'un os des fragments de plusieurs centimètres et quelquefois briser un os dans toute son épaisseur.

8° Les arrachements sont une complication assez fréquente des luxations du pied et du coude, des fractures du péroné et de certaines entorses, dont ils expliquent la gravité. Souvent ils sont méconnus.

9° La fracture verticale du sacrum rentre dans cette variété de fractures par arrachement.

10° Cette fracture, dont l'histoire n'a pas été faite, n'est pas très rare, à en juger par le nombre de cas que j'ai observés.

11° Elle s'étend ordinairement de la base de l'os à son sommet, en passant par les trous sacrés, et détache l'aile du sacrum tout entière.

12° Elle est produite par une chute sur l'ischion; et plus rarement par une violence extérieure qui, pressant le bassin d'avant en arrière, tend à écarter l'un de l'autre les os iliaques.

13° Elle est toujours et nécessairement accompagnée d'une fracture complète du segment antérieur du bassin.

14° Souvent elle a dû être confondue avec une luxation sacro-iliaque, dont elle se rapproche beaucoup par les signes.

15° Son pronostic est grave; cependant la guérison est possible.

16° La réduction ne doit être tentée que si le fragment arraché est considérable ; et, dans tous les cas, elle ne doit être opérée qu'avec une grande prudence.

17° Le déplacement se reproduit avec une grande facilité.

18° La réduction ne peut être maintenue qu'au moyen d'une extension permanente. Pour l'opérer et prévenir les accidents qui peuvent en être la suite, la grande gouttière de Bonnet (de Lyon) est le meilleur appareil.

19° Il est encore une autre variété de fracture du sacrum dans laquelle une de ses ailes est enfoncée.

20° Elle est produite par une violence directe, agissant sur les deux parties latérales du bassin en même temps.

21° Il est bien difficile de la distinguer d'une luxation incomplète, en arrière, de l'os iliaque.

22° Dans tous les cas, même s'il y a doute, on ne doit point tenter la réduction.

23° Le traitement est le même que celui des fractures verticales du sacrum. (*Comm. :* MM. Velpeau, Jobert, Malgaigne.)

Médecine. — M. *Cazalas* achève la lecture de son mémoire *Sur les affections typhiques de l'armée d'Orient.*

Voici les principales conclusions de ce travail :

1° Les affections typhiques constituent un genre de maladies aussi naturel, aussi distinct que les genres intermittent, varioleux, morbilleux, scarlatineux, etc.

2° Toutes les affections typhiques sont le résultat d'une intoxication miasmatique animale provenant de l'encombrement ou de la putréfaction.

3° Le typhus est l'expression la plus complète de l'infection typhique.

4° Il est nécessaire de distinguer le typhus des autres affections typhiques.

5° Les affections typhiques peuvent se montrer sous les formes sporadique et épidémique.

6° Les affections typhiques se transmettent par contagion. Une stupeur plus ou moins profonde en est le seul caractère pathognomonique et constant.

7° Procédant de la même origine, toutes les maladies typhiques sont identiques quant à leur nature, et le typhus et la fièvre typhoïde ne constituent qu'une seule et même espèce nosologique.

8° Les éléments typhique, scorbutique, bilieux et intermittent, constituaient en général les maladies typhiques d'origine criméenne, et les mêmes éléments, moins le scorbut, celles contractées loin de la Crimée.

9° Tandis que la lésion des plaques de Payer était constante dans les affections typhiques bien caractérisées, elle était très généralement absente ou superficielle dans les cas où la maladie avait présenté l'inconstance et l'irrégularité des affections typhoïdes (*Comm.* : MM. Trousseau, Louis, Michel Lévy).

Présentation.

M. le docteur *Baumers* (de Lyon) met sous les yeux de l'Académie une articulation du coude dont il a pratiqué la résection avec succès sur une jeune fille atteinte de tumeur blanche.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de la commission du prix Lefèvre.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 5 OCTOBRE 1860.

Communications diverses.

Notice sur Leroy (d'Étiolles), par M. *Boys de Loury*.

Observations sur un sujet d'obstétrique, par M. *Devilliers*.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Opérations pratiquées pour remédier à des névralgies du nerf sous-orbitaire, par MM. les professeurs Linhart (de Wurzbourg), et Langenbeck (de Berlin).

Il est de règle, dans des sections ou résections nerveuses destinées à remédier à des névralgies, de se rapprocher, autant que possible, du bout central du nerf affecté. C'est dans ce but que M. Langenbeck va couper le nerf sous-orbitaire à son entrée dans le canal sous-orbitaire, et que M. Linhart a été diviser le nerf maxillaire inférieur même, à son émergence du trou grand rond. Cette dernière opération a déjà été faite précédemment par M. le professeur Carnochan (*American Journal of medical science*, t. XXXV), dans trois cas où, dit-il, la section du nerf sous-orbitaire, à son point d'émergence du trou sous-orbitaire, avait été insuffisante, et où la névralgie paraissait être le résultat de la congestion ou de l'inflammation du nerf maxillaire supérieur. M. Carnochan avait été amené à faire cette opération parce qu'il pensait que, dans des cas pareils, l'opération ne peut réussir qu'à condition d'aller jusqu'à l'ablation du ganglion de Mukel, ou du moins de détruire ses communications avec l'encéphale. Comme l'opération pratiquée par M. Linhart n'est, en définitive, qu'une modification de la méthode de M. Carnochan, il ne sera pas mal à propos de donner d'abord quelques détails sur celle-ci.

On a quelque peine, *à priori*, à comprendre qu'il soit possible d'arriver sur le nerf maxillaire sans produire un énorme délabrement. Ce nerf, après sa sortie du crâne par le trou grand rond, et avant de pénétrer dans le canal sous-orbitaire, est situé profondément dans la fosse sphéno-maxillaire, dans le point où la fente sphéno-maxillaire et la fente sphénoïdale s'adossent; le ganglion de Mukel se trouve à 5 ou 6 millimètres au-dessous de lui, en avant du trou vidien, en dehors du trou sphéno-palatin. L'artère vidienne passe derrière le ganglion; l'artère sphéno-palatine se trouve au-dessous de lui, et les rapports que ces artères affectent avec le renflement nerveux sont si intimes, que son ablation ne sera guère possible qu'à condition de les diviser.

Pour arriver sur le tronc du nerf et sur son ganglion, on pourrait traverser la fosse zygomatique et pénétrer dans la fente ptérygo-maxillaire de dehors en dedans; on ne réussirait toutefois à découvrir les parties qu'on cherche à extirper qu'à condition de faire sauter la partie antérieure de l'apophyse ptérygoïde. On aurait à traverser une épaisseur d'environ 6 centimètres, et l'on rencontrerait en route de nombreuses branches de l'artère maxillaire interne et son tronc terminal. Il serait d'ailleurs presque impossible de reconnaître le nerf et son ganglion à une pareille profondeur.

M. Carnochan a suivi un autre procédé, qui consiste à trépaner la paroi antérieure du sinus maxillaire, immédiatement au-dessous du trou sous-orbitaire, et à suivre, le ciseau à la main, le nerf sous-orbitaire, enlevant la paroi inférieure du plancher orbitaire, détachant le nerf au moyen de la pince, et il a pu ainsi arriver jusqu'au trou grand rond ; il a dû traverser à cet effet la paroi postérieure du sinus maxillaire. L'épaisseur des parties molles de la face étant d'un centimètre au moins, et la distance du trou sous-orbitaire au trou grand rond de 4 à 5 centimètres, c'est encore à une profondeur de 5 ou 6 centimètres que se passent les derniers temps de l'opération. Il est d'ailleurs à supposer qu'en isolant le nerf sous-orbitaire dans son canal osseux, on ne peut guère éviter d'intéresser l'artère qui l'accompagne.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que cette opération, difficile et fatigante, ne peut être exécutée qu'à la condition que le malade soit chloroformisé ; car, sans l'emploi de l'anesthésie, les douleurs qu'on lui ferait souffrir seraient vraiment horribles.

Le premier malade sur lequel M. Carnochan exécuta son opération, était sujet à une névralgie faciale rebelle depuis 1851. A partir de 1856, elle fut presque continuelle et prit une intensité effrayante. Tous les moyens antinévralgiques avaient été tentés en vain. L'opération fut faite le 16 octobre ; le tronc nerveux fut coupé à sa sortie du trou grand rond. Le malade se rétablit promptement, sans cicatrice difforme ; la guérison fut complète, et il n'y eut pas de récidive. On avait enlevé le nerf dans une longueur de plus d'un pouce 3/4.

Chez le deuxième malade, homme de cinquante-quatre ans, la névralgie avait résisté, pendant un grand nombre d'années, à tous les moyens connus, et en particulier à la section plusieurs fois répétée, du nerf sous-orbitaire, qui n'avait jamais produit qu'un soulagement passager. On enleva le nerf dans une étendue de 2 pouces, et avec lui le ganglion de Mukel. Ce malade, comme le premier, fut complétement guéri.

Dans le troisième cas, la névralgie datait de 1851. La malade, âgée de cinquante-cinq ans, souffrait horriblement par intervalles, et rien n'avait pu la soulager. La section du nerf sous-orbitaire avait été presque sans effet. — L'opération fut suivie d'une guérison complète. Il y avait eu une forte hémorrhagie venant de la fente sphéno-maxillaire, qu'on arrêta au moyen de l'éponge préparée. On avait enlevé le nerf dans une étendue de 2 pouces.

En définitive, dans ces trois cas, l'opération imaginée par M. Carnochan fit prompte justice des douleurs les plus atroces, mais on

ne peut rien en conclure quant à la guérison radicale. La première opération datait de quatorze mois, quand M. Carnochan la fit connaître ; la deuxième, de deux mois, et la troisième, de quatre semaines seulement. Il est à remarquer, du reste, qu'apparemment ce chirurgien n'a enlevé le ganglion de Mukel, et que, sous ce rapport, l'opération est restée incomplète deux fois sur trois.

Il faut convenir que cette opération, sans laisser, à ce qu'il paraît, de cicatrice bien difforme, n'est cependant possible qu'à condition d'une certaine mutilation, et c'est cet inconvénient que le professeur Linhart a voulu éviter, tout en cherchant à obtenir, à l'aide du cautère galvanique, le même résultat que le chirurgien américain.

Le malade de M. Linhart, âgé de quarante-trois ans, était sujet à une névralgie faciale depuis l'année 1841. La névralgie, primitivement erratique, occupant alternativement les différents rameaux successifs des deux côtés de la face, avait fini par se localiser dans le nerf sus-orbitaire droit, en 1858. La résection de ce nerf n'amena qu'un soulagement passager, et les autres moyens employés généralement contre les névralgies avaient complétement échoué.

La névralgie se fixa ensuite dans le nerf sous-orbitaire droit, et M. Linhart se proposa d'aller couper le nerf maxillaire inférieur derrière la branche malaire et les nerfs dentaires postérieurs, afin de ne pas exposer le malade à une récidive dans ces branches. Après quelques tâtonnements, il s'arrêta à un procédé qu'il décrit en ces termes (13 janvier 1860) :

« Une incision courbe, à connexité inférieure, fut d'abord faite le long du rebord inférieur de l'orbite, commençant à 1 centimètre au-dessus de l'angle externe de l'œil, et s'arrêtant au niveau du ligament palpébral interne. Après avoir coupé l'orbiculaire suivant la même ligne, on fit fortement relever la paupière inférieure, et on divisa la membrane tarso-orbitaire, en rasant le bord et l'orbite. De la réunion du tiers moyen et du tiers interne de cette première incision, on en fit partir une seconde, verticale, à l'aide de laquelle on put détacher l'insertion du muscle releveur de la lèvre supérieure, et mettre à nu les faisceaux divergents du nerf sous-orbitaire. Ces incisions donnèrent lieu à une hémorrhagie assez considérable, à cause de l'état d'hypérémie de l'œil et de son entourage.

» Le pavillon myrtiforme d'une sonde cannelée fut ensuite glissé entre le plancher inférieur de l'orbite et le globe oculaire, jusqu'au sommet de l'orbite, et servit à écarter l'œil de la paroi de l'orbite ; on le releva obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, afin de ménager l'insertion du muscle oblique inférieur, et c'est aussi pour cette raison qu'on avait donné à l'émission cutanée une direction oblique.

» L'œil étant maintenu relevé, la tige courbe de l'appareil galvano-caustique de Middeldorpf (destinée à la cautérisation des rétrécissements) fut introduite, froide, jusqu'à l'angle le plus interne de la fente sous-orbitaire, et appuyée solidement d'avant en arrière ; puis, on laissa passer le courant. Instantanément le point occupé par le cautère fut transformé en une vaste perte de substance, et l'instrument pénétra d'avant en arrière sans rencontrer de résistance. En arrêtant le courant et en sondant ensuite la plaie, on reconnut qu'elle allait jusqu'aux os de la base du crâne. On laissa de nouveau passer le courant, et on tourna le bec de l'instrument en dedans, en glissant le long de la base du crâne ; le cautère pénétra jusque dans la portion céphalique du pharynx, immédiatement derrière l'orifice postérieur de la fosse nasale. (Après l'opération, l'air sortait par l'orbite lorsque le malade se mouchait et lorsqu'il toussait.) Puis on dirigea l'instrument en dehors, de la fente sphéno-maxillaire vers la fosse temporale, et enfin on lui fit longer, d'arrière en avant, la partie postérieure du canal sous-orbitaire, celle qui est moitié osseuse, moitié fibreuse, jusqu'au point où ce canal devient complétement osseux.

» Une grande quantité de sang s'échappa de l'orbite dès le moment où l'instrument pénétra dans la fente sphéno-maxillaire, et l'hémorrhagie fut plus considérable encore lorsque l'instrument eut été retiré. L'orbite se remplit de sang en un clin d'œil, et de cette mare de sang s'échappait un jet artériel vigoureux. On tamponna avec des boulettes de charpie imbibée d'eau de Pagliari et de perchlorure de fer, et on cessa de relever le globe de l'œil dont le refoulement faisait beaucoup souffrir le malade.

» L'hémorrhagie orbitaire s'arrêta, mais le sang s'infiltra dans la tempe, dans la peau et dans les interstices musculaires du cou, avec une telle rapidité qu'il fallut comprimer la carotide, pendant que l'on préparait tout ce qu'il fallait pour lier cette artère. Au bout de dix minutes, l'hémorrhagie paraissant s'arrêter, on cessa la compression et on retira les tampons ; l'hémorrhagie ne tarda pas à se renouveler, avec une moindre intensité, il est vrai, mais elle s'arrêta promptement par une nouvelle compression. Il y eut cependant plus tard plusieurs hémorrhagies de peu d'importance par l'orbite, dont les applications de glace triomphèrent rapidement.

» Après avoir arrêté l'hémorrhagie, on disséqua le faisceau de branches auxquelles le nerf sous-orbitaire donne naissance à sa sortie du trou sous-orbitaire. Cette dissection donna encore lieu à une hémorrhagie par l'artère sous-orbitaire, qui fut arrêtée par l'application d'un petit cautère actuel. On attira ensuite le nerf sous-orbitaire hors de son canal osseux, et on le coupa dans une longueur d'un pouce.

» La plaie ne fut réunie qu'en partie par des sutures, parce qu'il était probable que la plaie suppurerait ; toutefois, la suppuration se fit, par la suite, principalement jour dans la fosse nasale et dans le pharynx. Immédiatement après l'opération, le malade se plaignait de douleurs très vives au niveau de la plaie et du globe oculaire ; toutefois, ces douleurs étaient très supportables en comparaison des accès névralgiques. L'hémorrhagie provenait évidemment de l'artère maxillaire interne, qui avait été coupée par le cautère électrique.

» Le soulagement complet éprouvé par le malade fut de courte durée. Dès le quatrième jour, les douleurs reparurent sur le trajet du nerf buccinateur droit, et bientôt elles occupèrent de nouveau un grand nombre des rameaux sensitifs de la face, surtout du côté gauche. Elles ne cédèrent qu'à un traitement énergique par des frictions mercurielles. Le malade sortit le 30 juillet, complétement guéri. L'œil n'avait pas souffert, et les cicatrices n'étaient un peu déprimées qu'au niveau du bord de l'orbite. » (*Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1860, t. II, p. 1.)

On voit que l'opération de M. Linhart, laborieuse et accompagnée de dangers sérieux dans son exécution, se rapproche beaucoup, pour le résultat *anatomique*, de celle de M. Carnochan ; que néanmoins ce résultat n'est pas obtenu d'une manière aussi sûre, parce qu'on ne peut s'assurer *de visu* de la destruction du nerf maxillaire, et qu'enfin ce nerf pouvant être simplement coupé par le cautère électrique, il pourrait fort bien se régénérer dans ce point et, par suite, la névralgie récidiver dans les branches malaire et dentaires postérieures. Le procédé de M. Carnochan met sûrement à l'abri de ce déboire et expose par conséquent moins à un insuccès partiel, tout en ne produisant pas une mutilation beaucoup plus considérable. La modification apportée à ce procédé par le professeur Linhart ne nous paraît donc, en somme, pas très heureuse, et nous donnerions la préférence au procédé américain.

L'opération de M. Langenbeck est beaucoup plus simple : elle consiste à reséquer le nerf sous-orbitaire par un procédé dont les premiers temps ressemblent beaucoup à ceux du procédé de M. Linhart : incision demi-lunaire de toutes les parties molles, le long du rebord inférieur de l'orbite ; refoulement en haut du globe de l'œil entouré de sa gaîne. Immédiatement en avant du point où l'on voit le nerf sous-orbitaire pénétrer dans le canal du même nom, on coupe en travers, à l'aide d'un scalpel très fort, la paroi inférieure de l'orbite. L'incision comprend le canal sous-orbitaire, et, par conséquent, le nerf qu'il renferme. Partant de l'incision inférieure, on va ensuite chercher et l'on dissèque le nerf à son point d'émergence ; on l'attire au dehors autant que son élasticité le permet, et on le coupe au ras de l'os. Le nerf excisé mesurait, dans les deux cas dont M. le docteur Biefel vient de publier la relation, 3/4 de pouce. Dans le premier de ces faits, la névralgie, d'abord complétement supprimée, reparut en moins d'un an, quoique très notablement atténuée. L'incision cutanée se réunit par première intention. Dans le deuxième cas, l'opération sup-

prima immédiatement la névralgie; on avait dans ce cas disséqué et relevé le périoste de l'orbite avec l'œil; après l'élimination d'un petit séquestre, la cicatrice se forma assez rapidement, mais elle fut difforme. La névralgie ne s'était pas reproduite au bout de trois mois. (*Deutsche Klinik*, n° 21, 1860.)

Nouvelle opération ostéoplastique, par M. le professeur Langenbeck (de Berlin).

Nous avons fait connaître, il y a quelques mois (voyez *Gazette hebdomadaire*, n° 4, 1860), une belle opération d'ostéoplastie imaginée et exécutée avec succès par l'illustre chirurgien de Berlin. Le travail auquel nous empruntions ce fait (*Deutsche Klinik*, n° 48, 1859) contenait, en outre, la description d'une autre opération rentrant dans la classe de celles que M. Ollier désigne sous le nom d'*ostéoplastie périostique*, que M. Langenbeck venait d'exécuter pour refaire la charpente du dos du nez. A cette époque, le résultat définitif de cette opération n'était pas encore connu, et M. Langenbeck paraissait même avoir conçu, à cet égard, des craintes sérieuses. L'événement a prouvé que ces inquiétudes étaient inutiles : l'ostéoplastie périostique est désormais acquise à la science et à l'art, aussi bien que l'ostéoplastie proprement dite. C'est la deuxième conquête que la chirurgie opératoire doit aux beaux travaux de M. Ollier.

M. Langenbeck n'a point complété jusque-là, au moins à notre connaissance, l'histoire de la malade dont il s'agissait. Nous en empruntons la relation à un travail que M. le docteur Dor (de Vevey) a publié récemment dans l'*Écho médical* (n° 7, 1860). M. Dor a eu la bonne fortune de suivre les dernières phases de ce fait intéressant, et ses notes renferment, à cet égard, tous les détails nécessaires. La première partie de l'observation est résumée sur le texte de M. Langenbeck.

Obs. — *Transplantation du péricrâne sur le dos du nez pour remplacer les os propres du nez.* — Quoique je susse parfaitement, dit M. Langenbeck, que l'opération telle que je fus forcé de la faire dans les circonstances données ne pouvait être considérée comme réellement physiologique, je n'hésitai cependant point à la pratiquer, parce qu'elle ne pouvait pas être vraiment nuisible à la malade. Voici en quelques mots en quoi consista l'opération, sans oublier les défauts que, dans ce cas particulier, nous n'aurions su éviter :

Madame L..., âgée de quarante ans, fut admise à la Clinique au commencement du mois de novembre. Il y a deux ans, elle fut affectée d'un ozène qui eut pour suite une perforation de la voûte osseuse du palais, de la perte complète des parties osseuses du nez (os propres du nez, cornets et septum osseux). Le dos du nez était en conséquence complètement enfoncé, et les parties molles, parfaitement intactes, relevées vers les apophyses nasales des maxillaires supérieurs (*nez retroussé*). La malade s'obstinait à nier tout antécédent syphilitique; cependant la surface irrégulière du crâne, et particulièrement de l'os frontal, la nature des médicaments prescrits à la malade avant son entrée à la Clinique, etc , permettaient de supposer une affection syphilitique. Une sécrétion purulente de la muqueuse pharyngienne, qui existait encore à la Clinique, céda, au bout de quatre semaines, à l'emploi de l'iodure de potassium. J'aurais préféré renvoyer l'opération jusqu'au printemps, mais je dus céder aux instances de la malade.

La malade n'étant point encore guérie, dit M. Dor, je ne donnerai ici qu'un aperçu de l'opération et des considérations présentées par Langenbeck à ce sujet, renvoyant pour d'autres détails à l'histoire complète de ce cas, que l'auteur se propose de publier.

Opération le 17 novembre 1859. — Incision transversale d'une aile du nez à l'autre, pénétrant jusque dans la cavité du nez, séparant ainsi complètement les parties molles des apophyses nasales, des maxillaires supérieurs et du frontal. La pointe du nez est rapprochée de la lèvre supérieure. Le vide à remplir a la forme d'une demi-lune; en conséquence, on prend sur le front un lambeau de forme analogue, dont le pédicule reste attaché dans le voisinage de l'angle interne de l'œil droit. Mise en place du lambeau et réunion, avec les parties molles qu'on avait conservées, par le moyen d'une suture entrecoupée.

Dans la formation du lambeau frontal, l'incision n'intéressa pas seulement la peau, mais pénétra jusqu'à l'os, et *le périoste fut détaché de l'os et laissé adhérent au lambeau de peau.*

La seule différence entre cette opération et celle qu'on exécutait auparavant dans les cas pareils, est la conservation du périoste dans le lambeau, et cela à peu près dans une étendue correspondant à la taille des os absents.

On recouvre de charpie râpée la plaie frontale, on introduit également de la charpie dans les orifices nasals, et l'on recouvre le nez avec une compresse d'eau froide.

Le deuxième et le troisième jour après l'opération, légères hémorrhagies sur les bords de la plaie. La turgescence des parties était encore, le cinquième jour, beaucoup plus considérable qu'après l'opération ordinaire. La réunion a eu lieu presque partout par première intention; quelques points de suture présentent une suppuration superficielle.

La partie défectueuse de cette opération est, à mon avis (Langenbeck), que la surface périostale du lambeau est continuellement exposée à l'air, ce qui doit naturellement amener une suppuration et la formation de granulations. Il est même très douteux que dans de pareilles circonstances le péricrâne soit capable de produire de l'os. La mise à nu de l'os frontal et la possibilité d'une exfoliation superficielle seraient de peu d'importance si, en revanche, on pouvait atteindre le but de l'opération.

Les chances de cette opération seraient peut-être meilleures après la destruction complète du nez.

On pourrait alors inciser jusqu'à l'os la peau dans le voisinage du vide à remplir, détacher en même temps le périoste et rabattre ce lambeau, de telle sorte que l'épiderme vînt à former la face interne et le périoste la surface externe; puis, après avoir ainsi préparé une base solide, former le lambeau frontal et l'adapter sur le lambeau précédent. De cette manière, le péricrâne serait en rapport direct avec le périoste et la formation d'un nouvel os aurait peut-être encore plus de chance.

Dans des opérations analogues, plusieurs fois déjà, afin de donner plus de solidité au nouveau nez, j'ai commencé par former une base de lambeau frontal avec la peau des parties avoisinantes (mais sans périoste), et cela souvent avec les meilleurs résultats.

Là s'arrêtait l'observation au moment où M. Langenbeck la publiait. Voici en quels termes M. Dor la complète :

Le 2 *décembre*, j'ai revu l'opérée en question. La malade allait bien, mais il n'y a naturellement pas encore formation d'un nouvel os. La turgescence du lambeau est très peu sensible, la couleur de la peau parfaitement normale. Il n'y a plus eu d'hémorrhagie; la plaie du front est quelque peu sensible, sans exfoliation des couches superficielles de l'os dénudé...

Plus loin : La femme qui fait le sujet de cette observation est encore en traitement, mais le résultat définitif n'est pas douteux. En effet, lors de la première opération correctrice (car Langenbeck opère toujours en plusieurs temps, la première opération ayant seulement pour but la transplantation du lambeau, tandis que dans les opérations successives il s'applique à donner au nouveau nez la meilleure forme possible), l'examen microscopique de la partie du lambeau qu'on doit enlever démontre la présence de nombreuses cellules cartilagineuses et même de véritable tissu osseux. Cette première opération correctrice et l'examen microscopique eurent lieu trois semaines après la première opération.

Enfin, à la date du 6 *février*, aujourd'hui, la charpente du nez est parfaitement ferme, et l'introduction d'une sonde dans les cavités nasales donne tout à fait la sensation d'un os véritable. La surface interne, libre, est lisse et résistante, et la formation du nouveau tissu osseux semble avoir lieu entre le périoste et la peau, quoique cela soit peu probable. Le passage de l'air est tout à fait libre dans les deux narines. Le lambeau cutané, qui d'abord avait été excessivement tuméfié, beaucoup plus que dans les opérations rhinoplastiques ordinaires, est revenu à des dimensions normales, et il a de nouveau contracté des adhérences avec le périoste, dont il s'était séparé pendant quelque temps.

Quant à la plaie frontale, elle n'a pas tardé à se couvrir de bourgeons charnus qui se sont formés directement sur l'os, comme si le périoste était resté intact. A l'extrémité gauche de la peau, il y eut cependant une petite exfoliation d'un séquestre de quelques lignes de longueur; mais aujourd'hui, la cicatrisation est complète.

A mon départ de Berlin, la malade était encore à la Clinique à peu près dans le même état. La cicatrisation marchait lentement, mais faisait cependant tous les jours des progrès. Je vis moi-même, sous le microscope, du tissu osseux parfaitement développé et qui ne différait en rien de l'os normal.

Contribution à l'histoire de l'avortement et des polypes fibrineux de l'utérus, par le professeur Rokitansky (de Vienne).

En faisant l'autopsie d'une jeune femme morte du typhus, M. Rokitansky découvrit, dans l'utérus, un œuf qui présentait des particularités extrêmement curieuses. La cavité du corps de la matrice n'était pas notablement dilatée, si ce n'est au niveau de

l'orifice interne qui donnait passage à un pédicule à l'extrémité duquel était appendu l'œuf; la muqueuse était gonflée dans le segment de l'utérus; elle avait jusqu'à 3 lignes d'épaisseur (caduque utérine). Le col, au contraire, était distendu et avait une forme globuleuse: son volume était à peu près le double de celui du corps; il renfermait une poche arrondie, bleu-rougeâtre, fluctuante, mesurant 2 pouces de diamètre. Cette poche était suspendue à un pédicule mesurant environ 5 lignes de longueur et autant en épaisseur, et implanté supérieurement à la paroi antérieure de l'utérus, un peu au-dessus de l'orifice interne.

Le pédicule était formé, dans toute sa longueur, par un faisceau de glandes hypertrophiées de la muqueuse utérine. La caduque utérine (1) avait subi une rupture circulaire tout autour de ce pédicule, et formait, dans le point où il s'insérait sur l'œuf, une espèce de bourrelet; elle se continuait dans ce point avec la caduque réfléchie; le bourrelet dont il s'agit était fortement ecchymosé.

L'œuf lui-même se composait de ses éléments normaux; il était revêtu, à l'extérieur, par une caduque réfléchie assez mince, qui présentait, à son extrémité inférieure, une mortification circonscrite envahissant également toute l'épaisseur du chorion. Celui-ci était assez mince dans sa partie inférieure, et s'épaississait au contraire considérablement dans le voisinage du pédicule; il était ecchymosé dans toute son étendue La face interne était revêtue d'un amnios très mince qui renfermait dans sa cavité un embryon mesurant 1 pouce de long.

La surface externe de l'œuf était en outre entourée d'une couche albumineuse très mince; elle n'avait aucun rapport de continuité avec la face interne du col utérin, dont elle était séparée par des caillots sanguins et du sang liquide. La muqueuse cervicale était fortement hypérémiée, bleu-rougeâtre, inégale et revêtue d'un épithélium épais, blanchâtre. Le vagin contenait, comme le col, du sang liquide et en caillots.

M. Rokitansky a eu l'occasion de faire une observation tout à fait analogue sur le cadavre d'une femme de vingt-deux ans, morte de péritonite; seulement l'embryon avait disparu de la cavité amniotique. Ce fait différait encore du précédent en ce que la caduque qui tapissait le pédicule n'était pas rompue et se continuait directement avec la caduque fœtale. Dans ce cas, comme dans le précédent, le chorion et la caduque réfléchie étaient traversés de nombreuses ecchymoses.

M. Rokitansky interprète ces deux faits de la manière suivante :

L'œuf a contracté, comme à l'état physiologique, des adhérences avec la muqueuse utérine qui lui a fourni le revêtement normal (caduque réfléchie). Puis il s'est déplacé et, au lieu de séjourner dans le corps de l'utérus, il est allé occuper la cavité du col, où il a continué à se développer. Ce déplacement s'est accompagné d'une hypertrophie considérable de la muqueuse (caduque) utérine dans la paroi où l'ovule s'était greffé, hypertrophie portant en grande partie sur des glandules utérines et aboutissant à la formation d'un véritable pédicule.

Il n'est guère possible de déterminer au juste les causes qui ont pu donner lieu à ce déplacement. On ne peut guère admettre qu'il ait été la conséquence de l'hypertrophie partielle de la caduque; à l'époque où la migration a dû s'effectuer, le corps de l'utérus offre en effet beaucoup moins de résistance à la distension que le col. — Il est plus probable que la descente de l'œuf a été produite par des contractions utérines, survenues peu de temps après la fixation de l'ovule, contractions assez énergiques pour le pousser dans la cavité cervicale, mais insuffisantes pour le décoller; le pédicule serait alors résulté du tiraillement subi par la caduque au niveau du point d'implantation de l'œuf.

Le développement subséquent de l'ovule dans le col constitue une véritable *grossesse cervicale secondaire* et produit la dilatation de cette partie de l'utérus d'une manière en quelque sorte mécanique. Cette distension ne s'accompagne, en effet, pas des modifications de tissu que les grossesses normales impriment au corps de l'utérus.

(1) Nous conservons, avec M. Rokitansky, les expressions de *caduque utérine* et de *caduque réfléchie* pour la facilité de la description, bien que ces expressions ne soient pas parfaitement exactes au point de vue de la genèse des annexes du fœtus.

Le déplacement de l'œuf constitue déjà en quelque sorte un commencement d'avortement, et les conditions dans lesquelles il place le produit de la conception sont telles, que l'avortement doit presque inévitablement se produire effectivement à une période ultérieure. Suspendu dans la cavité du col, dont l'orifice externe est béant, il doit tirailler sans cesse le corps de l'organe et éveiller ainsi, tôt ou tard, des contractions; ces contractions, en étranglant le pédicule, ont pour conséquence nécessaire des congestions répétées, que favorise encore la position déclive de l'œuf, et qui aboutissent finalement à des hémorrhagies : de là la suffusion sanguine des enveloppes fœtales notées dans les deux cas, et qui a eu probablement pour conséquence la mort et la disparition du fœtus dans le premier fait.

Il est probable que l'avortement définitif ne s'opère qu'avec lenteur dans les cas de ce genre; il faut, en effet, pour qu'il se produise, que les contractions utérines étranglent fortement le pédicule; le col, dilaté d'une manière tout à fait passive, ne peut guère contribuer à produire ce résultat en se contractant.

Le deuxième fait montre que, par suite d'un travail de mortification, les enveloppes fœtales peuvent se perforer, et dès lors l'embryon pourra fort bien être expulsé pendant que les annexes restent en place, en tout ou en partie. C'est alors que des caillots sanguins, en se déposant sur ces restes d'une grossesse interrompue, pourraient finir par constituer ce qu'on appelle le polype fibrineux. D'après Kiwisch, qui a particulièrement décrit ces polypes, ils s'accompagnent toujours d'une métrorrhagie abondante, souvent surajoutées de coliques utérines très intenses, et toujours précédée d'un retard de six à douze semaines. Kiwisch insiste en outre sur ce fait, qu'à l'époque où les pertes surviennent, le col de l'utérus est particulièrement distendu. Tous ces caractères s'accordent parfaitement avec les faits observés à Vienne, et il faut ajouter que les explications qu'on avait données jusque-là de la formation des polypes fibrineux étaient peu admissibles. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860, n° 33.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des tumeurs de l'orbite, par M. DEMARQUAY. Paris, 1860. Victor Masson.

En 1853, M. Demarquay présenta pour le concours de l'agrégation en chirurgie, une thèse ayant pour titre : *Les tumeurs de l'orbite*; ce travail lui servit de base et de point de départ pour de nouvelles recherches qui, augmentées des faits qui depuis se présentèrent à son observation, lui ont permis de transformer en un traité didactique, ce qui n'était d'abord qu'un mémoire assez important du reste. Mais un traité des tumeurs de l'orbite n'est certes pas chose facile ; il y a dans cet espace restreint des éléments anatomiques très divers, même en exceptant l'organe si important qu'il est destiné à contenir et à protéger. On peut, dit M. Velpeau, rencontrer dans l'orbite toutes les maladies qui attaquent le corps humain. Même en faisant une large part à l'exagération, on ne peut s'empêcher de reconnaître que cette phrase qui sert d'épigraphe au traité des tumeurs est l'expression d'un fait réel : la variété et la multiplicité des maladies, dont l'orbite peut être le siége. Plusieurs des affections qu'on y décrit ne méritent peut-être pas une place distincte dans le cadre nosologique, leur existence n'est pas toujours appuyée, comme nous le verrons, sur des bases bien certaines, les observations sur lesquelles on s'est basé pour établir de nouvelles divisions — sont souvent insuffisantes, quelquefois même insignifiantes; mais s'il y a là un *desideratum* que l'on regrette de ne pas voir comblé, on ne peut en accuser l'auteur, car lui-même a soin de nous prévenir dans sa préface que si les faits abondent sous certains rapports, sous d'autres au contraire, il y a pénurie complète ; souvent les observations sont défectueuses, ou elles ont été recueillies avec des idées préconçues.

Cependant, et même en tenant un juste compte de la difficulté du sujet, on peut reprocher à l'auteur de ne pas faire une assez large part à ses idées personnelles, et de ne pas indiquer d'une manière plus tranchée le traitement qu'il préfère, surtout lorsqu'il s'agit de maladies assez fréquentes et suffisamment étudiées, pour être bien connues dans leur marche, leur terminaison et leurs caractères différentiels.

Le traité a gardé quelque chose de la thèse qui lui a donné naissance, il contient un très grand nombre de faits, témoigne de longues recherches, d'une grande érudition sur la matière, et on le consultera avec d'autant plus de fruit, que le sujet qu'il traite est encore entouré de beaucoup d'obscurités; cela se conçoit parfaitement quand on songe que l'on possède à peine une ou deux observations de quelques-unes des maladies que l'on décrit parmi celles de l'orbite.

L'ouvrage est divisé en quatre livres qui ont pour sujet :

1° Les tumeurs ayant leur origine hors de la cavité orbitaire; 2° les tumeurs du tissu cellulaire; 3° les tumeurs de la cavité orbitaire; enfin, le quatrième est une sorte de résumé de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement des tumeurs de l'orbite, envisagées d'une manière générale.

Les tumeurs extra-orbitaires venant faire saillie dans l'orbite ne sont pas très rares et peuvent provenir d'origines bien différentes, elles peuvent venir de la cavité crânienne; le cerveau lui-même et ses membranes peuvent faire hernie dans l'orbite et constituer les *encéphalocèles;* des fongus de la dure-mère après destruction des parois osseuses peuvent également faire irruption dans cette cavité. M. Richet a présenté à la Société de chirurgie une tumeur développée au grand angle de l'œil, et ayant son point de départ dans le canal nasal; on possède plusieurs exemples de tumeurs orbitaires provenant des fosses nasales et d'un plus grand nombre encore ayant pour origine le sinus maxillaire. Quant aux tumeurs venant des paupières et se développant du côté de l'orbite, on ne saurait en faire une classe distincte au moins jusqu'à présent, puisqu'on n'en possède pas d'exemple probant.

D'autres tumeurs proviennent aussi des parties étrangères à la cavité orbitaire, mais beaucoup plus éloignées : des fosses temporale, zygomatique. M. Velpeau rapporte un cas de tumeur fibreuse du pharynx qui avait envahi la totalité de l'orbite.

L'auteur passe ensuite en revue les tumeurs qui peuvent prendre naissance dans les parois mêmes de l'orbite, la périostose, l'hyperrostose, les abcès sous-périostiques, etc., et dans un chapitre spécial, il fait l'histoire des tumeurs des sinus frontaux, les envisageant ainsi comme faisant partie constituante des parois orbitaires. Quoiqu'il renferme un grand nombre de faits intéressants, il nous paraît surajouté, car l'histoire des tumeurs de ces sinus envisagées d'une manière générale, ne rentre dans la description des affections qui envahissent l'orbite, qu'autant que la maladie ayant son point de départ dans les sinus, est venue faire irruption dans la cavité orbitaire. Les abcès ouverts du côté de la cavité encéphalique, les polypes faisant saillie dans les fosses nasales — sans déformation de la paroi supérieure de l'orbite, les corps étrangers ne peuvent rentrer dans l'histoire de ces tumeurs, qu'en forçant un peu la signification qu'il convient de donner au mot de paroi.

Le livre suivant traite des tumeurs du tissu cellulaire, le phlegmon, les abcès, la cachexie exophthalmique et l'emphysème.

Le phlegmon de l'orbite est étudié avec soin dans son étiologie si variée et dans sa symptomatologie. Les exemples de cette affection, sans être très communs, le sont cependant assez pour permettre de donner de la maladie une bonne description, d'autant plus importante que le phlegmon se présente plus souvent dans la pratique. M. Demarquay insiste surtout sur deux symptômes importants, la fixité de l'œil et l'exophthalmos. La fixité du globe oculaire est, suivant lui, bien plutôt due à l'horreur instinctive du malade pour tout ce qui peut augmenter ses souffrances, qu'à la compression exercée par les tissus enflammés. L'exophthalmos sera direct ou latéral, suivant que la tuméfaction portera sur toutes les parties contenues derrière le globe, ou qu'elle sera limitée seulement à une portion du tissu cellulaire de l'orbite. Que faudra-t-il faire lorsque la suppuration aura succédé à l'inflammation, et que la cavité orbitaire sera le siége d'un abcès? « Il faut, dit M. Demarquay, évacuer le pus, en faisant une incision dans le point où la fluctuation apparaît. » Cependant en envisageant la facilité avec laquelle les plaies des paupières ou de leur voisinage déterminent des déformations de ces voiles membraneux (entropion, ectropion, etc.), M. Desmarres recommande d'ouvrir ces abcès, non dans leur partie la plus saillante, mais dans un point éloigné, tel que la circonférence de l'orbite, quitte à faire une ponction sous-cutanée et un trajet un peu long. M. Richet, à son tour, croit que le lieu le plus favorable pour ouvrir un passage aux liquides est la rainure oculo-palpébrale, ou mieux encore le bord adhérent de la paupière inférieure. M. Riberi, au contraire, veut qu'autant que possible on donne issue au pus à travers les fosses nasales, en perforant la lame orbitaire de l'ethmoïde. Le procédé de M. Riberi qui, pour être exécuté, nécessite une véritable opération chirurgicale, sera avantageux dans les cas où l'abcès aura pour origine la paroi interne de l'orbite, puisqu'on pourra en même temps que l'on évacuera le pus déjà formé, en tarir la source, en enlevant les parties cariées; mais on ne peut le considérer comme un procédé généralement applicable dans les cas de phlegmon orbitaire. Une incision un peu large vers le bord adhérent de la paupière inférieure expose évidemment à la formation d'un ectropion, surtout si la suppuration dure quelque temps. Il y a donc là un point de chirurgie pratique assez difficile à résoudre, mais aussi fort important, et nous eussions aimé à le voir un peu plus longuement discuté, et surtout à avoir l'opinion personnelle de l'auteur à laquelle nous attachons toute l'importance qu'elle mérite.

Nous arrivons maintenant à un chapitre intéressant, car il traite d'une maladie encore imparfaitement connue, qui, depuis quelques années, a été le sujet de plusieurs travaux en France et à l'étranger, la cachexie exophthalmique, connue aussi sous le nom de *maladie de Basedow*.

M. Demarquay a traité ce sujet avec l'importance qu'il mérite, et a fait parfaitement ressortir les parties intéressantes de son histoire. Saint-Yves, le premier en 1722, dit qu'il se fait quelquefois derrière le globe de l'œil « des amas de sérosité épaisse et » glaireuse qui, s'infiltrant dans les graisses de derrière le globe, » les tuméfie et le pousse en dehors comme dans l'abcès.» Middlemore, Brück, Pauli, appelèrent aussi l'attention sur l'infiltration séreuse de l'orbite, mais c'est réellement à Basedow que l'on doit d'avoir bien observé et bien décrit l'affection qui nous occupe; depuis, un grand nombre d'auteurs anglais et allemands publièrent des observations et appelèrent l'attention sur ce point. En France, MM. Sichel, Desmarres, Richet et M. Datin, dans sa thèse sur l'exophthalmie séreuse, en citaient quelques exemples. En 1856, M. Charcot présenta à la Société de biologie une observation très intéressante, il publia sur ce sujet dans la *Gazette hebdomadaire* (1859, n° 14), une notice bibliographique très étendue.

Mais tous ces auteurs ne sont pas d'accord sur les causes et la nature de la maladie. On a rattaché la production de l'exophthalmos à trois causes principales, l'infiltration séreuse, la congestion sanguine, l'hypertrophie graisseuse. L'infiltration séreuse paraît être la lésion anatomique la plus ordinaire, et dans un assez grand nombre de cas, l'infiltration s'est même étendue aux parties voisines, telles que les joues et les paupières, etc.

MM. Henoch et Walton l'attribuent à une congestion des vaisseaux orbitaires, et à la dilatation des veines de l'orbite. Quelques observations sembleraient venir à l'appui de leur manière de voir, mais leur explication n'est vraie que pour quelques cas que l'on peut considérer comme exceptionnels; quant à l'hypertrophie graisseuse nettement indiquée par Middlemore, sa réalité comme cause productrice de l'exophthalmos, ne paraît pas appuyée sur des preuves suffisantes.

A quoi peut-on attribuer l'infiltration séreuse que l'on rencontre plus souvent que toute autre lésion, et pourquoi se trouve-t-elle ainsi limitée parfois à l'orbite et aux parties voisines? On n'a pas encore de ce fait une explication plausible, Basedow faisait d'une affection cardiaque, du goître et de l'exophthalmos, une sorte de triade pathologique dont la réalité est loin d'être démontrée.

L'exorbitis présente dans cette affection des caractères qui per-

mettront souvent de le distinguer de celui qui reconnaît pour cause l'existence d'un phlegmon ou d'une tumeur intra-orbitaire placée derrière le globe de l'œil. La saillie de l'organe visuel se fait beaucoup moins rapidement que dans la plupart des autres maladies qui lui donnent naissance, elle augmente peu à peu, et met plusieurs mois, quelquefois même une année, avant d'atteindre son plus haut degré ; cependant M. Demarquay rapporte une observation dans laquelle l'exophthalmos se produisit rapidement sous l'influence du froid.

L'exophthalmos est assez souvent double, ce qui se comprend facilement, puisque l'œdème est dû presque toujours à une cause générale, enfin la propulsion du globe se fait directement en avant dans la plupart des cas, car la tumeur qui le produit occupe régulièrement le fond de l'orbite. Cette affection, le plus souvent de longue durée, suit généralement la marche de la maladie concomitante, aussi le traitement général est-il ici beaucoup plus important que le traitement local.

L'histoire de l'emphysème termine le livre II, nous trouvons dans le chapitre consacré à cette étude une curieuse observation de M. Jarjavay, qui, à elle seule, forme un tableau à peu près complet des phénomènes auxquels l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire de l'orbite peut donner lieu, et des accidents que sa présence peut déterminer.

Le troisième livre forme la partie la plus importante de l'ouvrage, puisqu'il traite des tumeurs proprement dites de l'orbite. Son importance même, le grand nombre de faits qu'il renferme, nous empêchent de pouvoir en donner une analyse qui serait inutile, car nous ne pouvons qu'engager le lecteur à consulter l'ouvrage, certain qu'il le fera avec fruit, et persuadé qu'il lira avec tout l'intérêt qu'elle mérite l'histoire d'affections rares pour la plupart, mais très importantes à cause de leur siége et de leurs relations avec l'organe de la vision, mais dont quelques-unes sont peu connues et qui sont presque toutes le sujet d'un grand embarras lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic et de poser d'une manière sûre les bases du traitement à employer. Nous ne pourrons qu'indiquer d'une manière sommaire la marche que l'auteur a suivie dans leur étude.

L'étude des corps étrangers intra-orbitaires sert de transition entre les tumeurs du tissu cellulaire et les orbitocèles proprement dites ; cette étude est le complément de celle du phlegmon de l'orbite, dont ces corps étrangers sont souvent la cause déterminante. Lorsqu'on parcourt les observations, on est frappé du volume des corps qui ont pu se loger dans l'orbite sans éveiller parfois l'attention du chirurgien et du peu de désordres qu'ils ont causé dans certains cas. Un des faits les plus remarquables est celui qui se présenta il y a quelques années à la clinique de M. Nélaton. Un jeune homme avait reçu un coup de parapluie, à la suite duquel il perdit connaissance pendant plusieurs heures. Trois ans après, il vint à la Clinique pour se faire traiter d'une soi-disant fistule lacrymale ; en cathétérisant le trajet, M. Nélaton reconnut la présence d'un corps dur ; mais, à toutes les questions, le malade persista à répondre que le parapluie n'avait pas été cassé. Quel ne fut pas l'étonnement lorsque le chirurgien, aux acclamations de l'amphithéâtre, retira de l'orbite une pomme de parapluie sculptée longue de 4 centimètres 1/2 !

Mais tous les cas ne sont pas aussi heureux, et l'auteur rapporte un grand nombre de faits dans lesquels une mort rapide suivit la pénétration du corps étranger dans la cavité crânienne.

Après l'histoire des corps étrangers vient celle des tumeurs sanguines, divisées en tumeurs sanguines par extravasation, tumeurs anévrysmales, érectiles et variqueuses.

Le chapitre des tumeurs érectiles et anévrysmales de l'orbite est rempli de faits intéressants que l'auteur a groupés et discutés de manière à faire de cette partie de son sujet la portion la plus remarquable de son livre. Après avoir relaté les différentes observations données comme exemple de tumeurs érectiles intra-orbitaires, M. Demarquay rejette leur existence d'une manière à peu près absolue. « Aussi, dit-il, après avoir acquis la conviction que tous les » faits rangés sous cette dénomination ne sont pas des tumeurs » érectiles, avons-nous été conduit à nous demander s'il ne s'agit » pas là de véritables anévrysmes, non pas d'anévrysmes proprement dits, d'anévrysmes à sac, mais de cette variété désignée » par les anciens auteurs sous le nom d'*anévrysmes faux*, et que » nous préférons, à l'exemple de M. Broca, nommer *anévrysmes* » *diffus*. »

Cette opinion, qui ne s'applique, du reste, qu'aux tumeurs érectiles artérielles, avait déjà été professée par l'auteur dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1859, p. 597, 631, 661). Quoique les observations de Rosas et de Walton puissent paraître infirmer peut-être cette manière de voir, il faut attendre de nouveaux faits avant de se prononcer sur ce point, quoique les raisons données par l'auteur paraissent la justifier. Dans un fait de ce genre, appartenant à M. Parise (de Lille) et présenté à la Société anatomique par M. Broca, bien que la tumeur enlevée eût semblé à l'opérateur être un exemple de tumeur érectile, le présentateur inclina vers l'existence d'un anévrysme ; malheureusement, l'état de conservation de la pièce ne permit pas de se prononcer d'une manière certaine sur la nature de l'affection.

Quelques tumeurs, dont l'histoire fait suite à celle des anévrysmes, doivent être regardées encore comme des raretés chirurgicales, et l'on ne pourrait demander à l'auteur d'en donner une description didactique : telles sont les tumeurs variqueuses, dont on possède un seul cas, celui de M. Foucher ; l'enchondrome, dont M. Fano a publié un exemple ; les tubercules, les tumeurs gommeuses et celles du nerf optique.

Après le chapitre consacré aux tumeurs fibreuses, fibro-plastiques et cancéreuses, vient l'histoire des affections de la glande lacrymale, affections dont on possède peu d'exemples, mais qui cependant, malgré le petit nombre de faits, sont très variées dans leur nature, car on a observé l'hypertrophie, l'inflammation ou dacryodénite, les kystes, le cancer, la dégénérescence fibro-plastique, et cette singulière altération désignée par Mackenzie sous le nom de *chlorome*, à cause de la couleur verdâtre que présentent ordinairement les tumeurs de ce genre.

L'ouvrage se termine par une sorte de résumé embrassant les points importants de l'histoire des tumeurs orbitaires, rapprochant, non plus leurs diverses variétés en prenant pour base leur nature anatomo-pathologique, mais les phénomènes que détermine leur présence et les modifications que peut apporter dans leur manifestation la nature de la maladie.

En nous donnant un traité des tumeurs de l'orbite, M. Demarquay a comblé une lacune, déjà en grande partie remplie par sa thèse de concours ; le sujet est, il faut bien le reconnaître, des plus difficiles à traiter, car les matériaux d'une histoire des tumeurs orbitaires étaient épars partout, et souvent même ils manquent. M. Demarquay les a rassemblés et groupés avec soin ; son ouvrage est rempli de faits ; il renferme presque toutes les observations connues, dont beaucoup sont simplement résumées, quelques-unes données *in extenso*. N'eût-il fait que cela, il eût rendu à la science un bon service et fait entrer un bon livre de plus dans la bibliothèque chirurgicale ; mais il a fait plus, et le TRAITÉ DES TUMEURS DE L'ORBITE n'aura pas seulement, comme le dit l'auteur dans sa préface, « à défaut d'autre mérite, celui d'attirer l'attention sur » un sujet très intéressant et de faire publier des faits bien obser- » vés, » il a encore celui de fournir un excellent guide dans l'étude encore si peu connue et si difficile des tumeurs de la cavité orbitaire.

LÉON LE FORT,
Prosecteur de la Faculté.

VII

VARIÉTÉS.

Par divers décrets, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. le docteur Charvet, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble ; M. Barthélemy de la Pommeraye, directeur

du Jardin zoologique et du Muséum d'histoire naturelle de Marseille; M. Parmentier, chirurgien de l'asile Napoléon, à Valence (Drôme); M. Busquet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon; M. Deporta, médecin en chef de l'hôpital Saint-Roch, à Nice; M. Scoffier, médecin à Nice; M. le docteur Yvaren, médecin des épidémies à Avignon; M. Songeon, médecin militaire sous le premier empire; M. Rietschell, médecin principal à Alger; Maignien, médecin-major à Oran.

— Pendant son séjour à Grenoble, l'Empereur, qui venait de visiter en Savoie les contrées où règne le crétinisme, a reçu en audience particulière le docteur Niepce, médecin-inspecteur des eaux d'Allevard. Sa Majesté s'est longuement entretenue avec notre confrère des causes du goître et du crétinisme, et lui a annoncé qu'elle allait proposer un prix sur cette question, si importante pour les malheureuses populations des Alpes. L'Empereur a remis à M. Niepce la croix de la Légion d'honneur, en récompense de son ouvrage sur le crétinisme, déjà couronné par l'Institut. (*Gazette des hôpitaux.*)

— M. le docteur Charles Bonet, âgé de cinquante-deux ans, vient de mourir à Châtelet (Belgique).

— M. le docteur Rathke, professeur de zoologie et de médecine à l'université de Kœnigsberg, est mort frappé d'apoplexie, la veille du jour où il devait ouvrir, comme président, le congrès des naturalistes.

— On assure que, par suite de la démission de M. le docteur Ricord, M. Cullerier prendra le service de ce chirurgien, et que M. Cusco, chirurgien de la Salpêtrière, prendra, à l'hôpital du Midi, celui de M. Cullerier.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Edinburgh Veterinary Review. — 1860. — Janvier. Observation d'abcès multiples, etc., par *Hunt*. — Règles pour ferrer les chevaux, par *J. Gamgee*. — Division partielle du tendon d'Achille, par *Emmott*. — Cas de fièvre puerpérale, par *Robertson*. — Cas de fièvre charbonneuse, par *Hunter*. — Sur quelques formes de polypes du cœur, par *A. Gamgee*.

Medical Times and Gazette. — 1860. — No 497. Variétés de l'aliénation mentale, par *Conolly*. — Cas de rein mobile, par *Johnson*. — Obstruction des conduits lacrymaux traitée par la méthode de M. Bowmann, par *Teale*. — 498. Observations d'affections abdominales, par *Hore*. — Trachéotomie; nécrose d'une partie du cartilage thyroïde, par *Russell*. — Obstruction des conduits lacrymaux (suite). — Empoisonnement par l'eau de Goulard, par *Aldis*. — 499. Remarques pratiques sur l'auscultation du fœtus, par *Bruitt*. — Sur une nouvelle modification de l'instrument de Walzer pour la cure radicale des hernies, par *Furneaux-Jordan*. — Cas d'ovarite, par *Gray*. — Obstruction des conduits lacrymaux, etc. (suite). — 500. Cas d'amputation de l'avant-bras, par *Croskery*. — Cas de peau bronzée, par *Leeming*. — Obstruction des conduits lacrymaux (suite). — 501. Variétés de l'aliénation mentale (suite). — Castration faite pour prévenir l'aliénation mentale, par *Aldis*. — 502. Particularités psychologiques et affections mentales chez les enfants, par *West*. — Sur l'acupressure à la suite des amputations, par *Simpson*. — Clinique obstétricale, par *Lee*. — 503. Sur le cervelet; cas de maladie de cet organe, par *Rolleston*. — Empoisonnement par le sublimé corrosif, par *Coghlan*. — Cas d'hémorrhagie consécutive mortelle, par *Rennie*. — 504. Pneumonie sthénique aiguë abandonnée à elle-même, par *Parkes*. — Sur un bruit stéthoscopique produit par l'action du cœur sur une partie du poumon, par *Richardson*. — Cas de fistule vésico-vaginale, par *Walton*. — 505. Variétés de l'aliénation mentale (suite). — Recherches expérimentales sur l'action de l'alcool sur le système nerveux, par *Marcet*. — 506. (Manque.) — 507. Nouvelle opération pour la cure d'une difformité du côté gauche de la face, par *Startin*. — Cas de tétanos, par *Wolker*. — Recherches expérimentales sur l'action de l'alcool sur le système nerveux, par *Marcet*. — 508. Sur l'ovariotomie (suite), par *Simpson*. — Cas de stomatite ulcéreuse chez l'adulte, par *Cleveland*. — Trois cas d'hystérotomie suivis de succès, par *Meadows*. — 509. Sur la lithotomie comme cause de mort, par *Buchanan*. — Action de l'alcool sur le système nerveux, par *Marcet*. — 510. Leçons sur le rachitisme, par *Jenner*. — Variétés de l'aliénation mentale, par *Conolly*. — Lithotomie comme cause de mort (suite). — 511. Sur la céphalotripsie, par *Simpson*. — La lèpre chez les Hébreux, par *Sim*. — Lithotomie comme cause de mort (suite). — 512. Nouvelle suture sans ligature, par *Startin*. — Recherches sur l'empoisonnement par l'acide oxalique, par *Thudichum*. — Cas remarquable de polycorie, par *Wilson*. — 513. Rachitisme (suite). — Clinique obstétricale, par *Lee*. — Empoisonnement par l'acide oxalique, par *Skinner*. — Vice de conformation corrigé par un palais artificiel, par *Elliott*. — 514. Variétés de l'aliénation mentale (suite). — Empoisonnement supposé par le précipité rouge, par *Shout*. — 515. Rachitisme (fin). — Valeur diététique comparée du pain fermenté et du pain aéré, par *Dauglish*. — Inflammation aiguë et abcès du sein, par *Nunn*. — 516. Céphalotripsie (suite). — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par *Budd*. — Emploi du caoutchouc pour confectionner des mâchoires et des palais artificiels, par *Parkinson*. — 517. Remarques cliniques sur les varices et leur traitement, par *Startin*. — Effets thérapeutiques de l'ammoniaque comme agent dermique, par *Grantham*. — Coups sur l'œil et sur la région de l'orbite, par *Haynes Walton*. — 518. Variétés de l'aliénation mentale (suite). — Avantages de l'acupressure sur la ligature, par *Dix*. — L'écair peut-il guérir des maladies? par *Althaus*.

The Lancet. — No 27. Sur l'épilepsie, par *Piddock*. — Accumulation mortelle du méconium, par *Barnes*. — Nouveau mode de traitement de la fistule vésico-vaginale, par *Battey*. — 1860. — Tome I, no 1. Leçons sur les fièvres, par *Tweedie*. — Notes sur l'atrophie et les dégénérescences des artères, par *Conton*. — Remarques sur la pathologie et le traitement du coup de soleil, par *Longhurst*. — Cas singulier d'empoisonnement par un papier de tenture arsénifère, par *Biggs*. — 2. Remarques cliniques sur quelques affections des reins, par *Bashom*. — Remarques sur la lithotritie, par *Coulson*. — Contributions à la pathologie utérine, par *Tilt*. — Atrophie, etc., des artères (2e partie). — Empoisonnement par l'extrait de Saturne, par *Aldis*. — 3. Fièvres (suite). — Remarques sur le diagnostic et le traitement des pierres vésicales, par *Thompson*. — Sur la curabilité du cancer, par *Arnott*. — 4. Affections des reins (suite). — Lithotritie (suite). — Remarques cliniques, par *Brinton*. — Atrophie, etc., des artères (3e partie). — Sur les difficultés du diagnostic différentiel de la grossesse et des tumeurs abdominales, par *Croft*. — Péricardite rhumatismale mortelle chez un enfant, par *Kirby*. — Ulcération dans la trachée et dans le tronc brachio-céphalique, par *Cumming*. — Cas de rupture du cœur, par *Hamilton*. — 5. Fièvres (suite). — Lithotomie (suite). — Pathologie utérine (fin). — Sur les ulcérations non spécifiques, par *Harrison*. — Ulcère de l'œsophage ayant perforé l'aorte, par *Mac-Combie*. — Nouveaux faits relatifs à l'action du cœur, par *Wallace*. — Hydrocéphalie congénitale, par *Fry*. — 6. Sur la section du muscle ciliaire dans le glaucome, par *Hancock*. — Remarques cliniques, par *Brinton*. — Valeur diagnostique d'un souffle dans l'artère pulmonaire, par *Sieveking*. — Anévrysme de la crosse de l'aorte, par *Eornshaw*. — 7. Fièvres (suite). — Lithotritie (suite). — Chlorose comme cause d'obstruction des veines, par *Brinton*. — Sur le liquide céphalo-rachidien, par *Williams*. — 8. Section du muscle ciliaire, etc. (fin). — Complications et variétés de la cirrhose du foie, par *Brinton*. — Sur la fièvre intestinale, par *Budd*. — Étranglement interne compliqué d'une hernie étranglée, par *Bryant*. — Sur la nature et le traitement des difformités, par *Holmes Coote*. — Emploi du chloroforme dans un cas de lenteur du travail, par *Ross*. — 9. Fièvres (suite). — Affection cérébrale obscure; autopsie, par *Brinton*. — Résumé de 19 cas de rupture du périnée, par *Baker Brown*. — Complication rare d'un accouchement, par *Thomas*. — 10. Affection intestinale, par *Clifton*. — Maladie du cœur, par *Brinton*. — Traitement mercuriel du croup, par *Handfield Jones*. — 11. Fièvres (suite). — Sur l'emploi des hypophosphites de soude et de chaux dans le traitement de la phthisie, par *Quain*. — Atrophie des artères (suite). — 12. Sur la version, par *Barnes*. — Pleuro-pneumonie et péricardite, par *Brinton*. — Érysipèle phlegmoneux chez un enfant, par *Beale*. — 13. Fièvres (suite). — Influence du climat des tropiques sur les maladies utérines, par *Tilt*. — Contributions à la chirurgie dentaire, par *Parker*. — 14. (Manque.) — 15. Fièvres (suite). — Remarques sur quelques traumatismes compliqués de l'épaule, par *Skey*. — Nouvel uréthrotome, par *Marshall*. — 16. Version dans les rétrécissements du détroit supérieur, par *Barnes*. — 17. Cancer de l'estomac, par *Brinton*. — Climats tropicaux, etc., par *Tilt*. — 18. Importance de l'étude de l'obstétrique, par *Graily Hewitt*. — Cas d'opération césarienne, par *Ashton*. — 19. Théorie et thérapeutique des maladies convulsives, par *Radcliffe*. — Sur l'athérome, par *Gibb*. — Imperforation de l'orifice utérin; opération, mort, par *Brown*. — 20. Fièvres (suite). — Remarques sur le traitement de l'albuminurie, par *Corfe*. — 21. Diagnostic et traitement des diverses paraplégies, par *Brown-Séquard*. — Maladies convulsives (suite). — Péritonite mortelle, par *Brinton*. — Traitement de l'anévrysme anastomotique par l'excision, par *Pemberton*. — Climats tropicaux, etc. (fin). — Névralgie aiguë guérie par le courant galvanique continu, par *Lobb*. — 22. Fièvres (suite). — Version pelvienne, etc. (suite). — Atrophie des artères (suite). — Traitement du goître par l'iodure de mercure à l'extérieur, par *Frodsham*.

Livres.

L'angine couenneuse et le croup, mémoire sur les affections diphthéritiques, nouvelle méthode de traitement expérimentée dans une épidémie de 1857, par le docteur *Wilhelm Zimmermann*. In-8 de 170 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Maladies des femmes (leçons cliniques), par *Bedford*. Traduit de l'anglais sur la 4e édition, et suivi d'un commentaire alphabétique, par le docteur *Paul Gentil*. Grand in-8 de 660 pages. Paris, Asselin. 9 fr.

Notice sur les eaux minérales de Monte-Catini, suivie d'une note sur les étuves de Monsummano (Toscane), par le docteur *J.-A.-N. Périer*. In-8 de 18 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

Observations de deux cas de pustule maligne, suivies de quelques considérations sur cette affection, par le docteur *Gaujot*. In-8 de 61 pages. 1 fr. 50

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 30 septembre 1860, et qui n'ont pas encore donné d'ordre contraire, sont prévenus qu'il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre 1860.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 12 OCTOBRE 1860. N° 41.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 22 au 24 août 1860.

181. FREDET, J.-J., né à Saint-Chamond (Loire). [*Recherches sur la luxation traumatique complète de l'extrémité supérieure du radius en arrière.*]

182. PARIS, Charles-C., né à Montmartre (Seine). [*Des grossesses multiples.*]

183. RIEBUYCK, Edmond, né à Vieux-Berquin (Nord). [*De la thoracentèse ou paracentèse thoracique dans les épanchements pleurétiques aigus.*

184. BOUSSUGE, Théodore, né à Lyon. [*De la diphthéroïde ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse considérée à la bouche, à la vulve, à la peau, sur les plaies.*]

185. GAGNARD, Léon, né à Castillon (Gironde). [*De la menstruation en physiologie et dans ses rapports avec la puberté et quelques maladies de cet âge.*

186. PACOT, C.-Léopold, né à Aisey-sur-Seine (Côte-d'Or). [*De l'acide carbonique considéré surtout comme anesthésique.*]

187. MANJOT, J.-A.-Ulysse, né à Hauteville (Ain). [*De la spoïtis.*]

188. DURAND, H.-Joseph, né à Nantes. [*Du tétanos et principalement de son traitement.*]

189. MOSQUERA, José-Antonio, né à Véra-Cruz (Mexique). [*Quelques réflexions à propos d'un cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. (Autopsie, triple bruit; bruit anormal au second temps.*]

190. BRUN, Charles-Vital, né à Vieux (Ain). [*Du sulfate de cinchonine et de son emploi dans les fièvres intermittentes.*]

191. COURTOIS, H.-A., né à Chaumes (Seine-et-Marne). [*De l'eau considérée au point de vue de l'hygiène.*]

192. BONNEFIN, J.-Clément, né à l'Île Maurice. [*De l'atrophie musculaire consécutive aux névralgies.*]

193. SAINTON, Hippolyte, né à Bar-sur-Seine (Aube). [*Essai sur la dermatologie française.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

BOURBON.

FEUILLETON.

Du délire mélancolique considéré comme symptôme ou comme signe précurseur de la paralysie générale, par le docteur E. BILLOD, médecin en chef de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire. — Note présentée à l'Institut dans la séance du 1er octobre 1860.

Dans une note lue à l'Institut (séance du 17 septembre 1860), sur le délire hypochondriaque, considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale, M. Baillarger exprime l'opinion que la paralysie générale, dans un assez grand nombre de cas, est précédée d'un délire hypochondriaque auquel il attribue une valeur pronostique importante.

Plus que personne, je suis à même d'apprécier l'exactitude de cette donnée, car l'observation communiquée par M. Combes à M. Baillarger, et sur laquelle le savant médecin de la Salpêtrière fonde surtout son opinion, a été recueillie dans mon service et sous mes yeux, et si je me permets de communiquer à l'Académie quelques observations à ce sujet, ce n'est certes pas pour contredire les assertions de mon éminent confrère, mais bien plutôt pour les confirmer en les généralisant.

Je me propose, en effet, d'établir que les considérations émises par M. Baillarger sur le délire hypochondriaque, en tant que caractérisant ou précédant la paralysie générale, peuvent s'appliquer également à tout délire mélancolique, quelle que soit la nature des conceptions délirantes, et, par exemple, à un délire de persécutions, et qu'enfin c'est bien plutôt à la mélancolie, le plus ordinairement avec stupeur, qu'à la nature des conceptions délirantes qui la caractérisent, que se rapporte le fait important par lequel M. Baillarger est venu remplir une lacune de l'histoire de la paralysie générale; c'est du moins ce qui me semble résulter de l'observation ci-après :

Le nommé R... (François-Auguste), capitaine d'infanterie en retraite, membre de la Légion d'honneur, âgé de cinquante et un ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, était atteint, lors de son

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 11 octobre 1860.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Étude historique et critique sur l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire, par le Dr Jules Worms.

(Suite. — Voir le numéro 40.)

Les chirurgiens américains ont les premiers donné une véritable extension à l'extirpation des tumeurs de l'ovaire. C'est à partir de 1809 que Mac Dowell (Kentucky) s'engageait dans la voie tracée en France par Laumonier, à la fin du dernier siècle, et pratiquait huit fois l'ovariotomie. Pendant une vingtaine d'années il ne trouva que de rares imitateurs dans sa patrie; mais, depuis 1840, les publications du nouveau continent ont rapporté des cas nombreux de cette opération (1). Les chirurgiens qui l'ont pratiquée le plus souvent dans cette nouvelle période sont MM. Atlee, Peaslee, Dunlap.

Parmi les observations américaines, il en est un certain nombre qui présentent un véritable caractère d'exactitude et d'authenticité; mais celles-là, il faut l'avouer, ne sont pas en majorité. Et d'ailleurs si tous les faits heureux ou malheureux annoncés par les Américains pouvaient être considérés comme rigoureusement authentiques, il ne serait pas logique de vouloir tirer des résultats obtenus dans des pays aussi peu semblables au nôtre par le climat, et souvent par la race des femmes soumises à l'opération (*négresses*), une déduction pratique applicable à la chirurgie française. Aussi, m'a-t-il semblé préférable de ne pas invoquer les exemples apportés de ces contrées. Il y a peut-être quelque injustice à maintenir une exclusion aussi absolue, mais celle-ci n'aurait pu être levée sans que, par la confusion qui en fût résultée, les faits les plus certains n'eussent eu à redouter quelque discrédit.

Dès que l'extirpation de tumeurs ovariques devint plus fréquente en Amérique, elle trouva d'assez nombreux adeptes en Allemagne et en Angleterre. Dans le premier de ces deux pays, elle fut exécutée à partir de 1819; et quelques années plus tard, les chirurgiens allemands les plus justement illustres portèrent le couteau sur des tumeurs de l'ovaire. Ce furent surtout Dieffenbach, Kiwisch, Heyfelder, Siebold, Scanzoni et Langenbeck. Des noms comme ceux-là disent assez haut que, à un moment du moins, l'ovariotomie comptait en Allemagne des défenseurs recommandables.

Cependant il semblerait que, depuis trois ou quatre ans, une opinion contraire ait prévalu; car depuis cette époque la pratique des chirurgiens allemands n'en a plus fourni de nouveaux exemples. Les insuccès qui, dans ce pays, ont été plus nombreux que partout ailleurs, malgré l'habileté bien connue du plus grand nombre des opérateurs, ont probablement été la cause de ce nouveau cours de l'opinion (1). Mais l'histoire d'un certain nombre d'opérations a été fidèlement rapportée et nous fournira d'utiles enseignements.

Tandis qu'elle semble être momentanément délaissée en Allemagne, l'ovariotomie devient de plus en plus fréquente en Angleterre. Lizars (d'Édimbourg) l'exécuta pour la première fois en 1825. Elle fut reprise vers 1840, principalement par MM. Clay, Bird et Lane, etc., qui l'ont très souvent accomplie à cette époque et depuis.

M. Charles Clay (de Manchester) est certainement le chirurgien du monde entier qui a le plus fréquemment extirpé des tumeurs de l'ovaire. Il a publié un grand nombre d'observations très détaillées et très intéressantes dans un mémoire spécial (2) et dans différentes publications périodiques. M. Clay a bien voulu m'indiquer lui-même les résultats généraux que sa pratique de l'ovariotomie lui a fournis. Il m'écrivait, le 8 avril 1860, que jusqu'à ce jour il avait extirpé 93 fois des tumeurs de l'ovaire, et que, dans ce nombre, 64 femmes ont été guéries complétement, et 29 sont mortes. Les suites des opérations des dernières années furent plus heureuses que celles des premières. Le mouvement progressif fut le suivant :

12 guérisons sur les 20 premiers cas; 14 sur les 20 suivants, et 38 sur les 53 derniers (3).

Depuis quatre à cinq ans, des professeurs de chirurgie des écoles publiques de médecine de l'Angleterre ont adopté l'extirpation comme moyen de guérison radicale des tumeurs ovariques, et à MM. Clay, Bird, Lane, Baker Brown et beaucoup d'autres, sont venus se joindre MM. Hutchinson, Erichsen, Spencer Wells, tous trois professeurs à Londres et chirurgiens des grands hôpitaux, et M. Murray Humphray, professeur à Cambridge. M. Simpson, d'Édimbourg, accoucheur de la reine, bien connu d'ailleurs en France par ses nombreux travaux, leur a apporté son concours moral, en proclamant dans ses cours, illustres dans toute l'Angleterre, la légitimité de l'ovariotomie.

Parmi les opérateurs nommés plus haut, M. Spencer Wells s'est fait surtout remarquer par la grande sincérité et l'exactitude qu'il a apportées à la publication de faits de sa pratique particulière, et par l'application de principes quelquefois nouveaux, mais toujours très judicieux, dans les indications et le procédé de l'opéra-

(1) 113 cas, d'après les recherches de M. John Clay, suivis 64 fois de succès, et 49 fois d'insuccès.

(1) M. Simon a recherché avec soin tous les cas d'ovariotomie qui se sont produits en Allemagne. Il en a trouvé 61 qui n'ont fourni que 12 guérisons radicales.

(2) *The Results of all the Operations for the Extirpation of Diseased ovaria*, Manchester, 1848.

(3) J'éprouve un grand plaisir et je remplis un devoir en disant ici combien j'ai rencontré de bienveillance confraternelle et d'empressement à me satisfaire auprès des médecins anglais auxquels j'ai demandé des renseignements, sans que je fusse en aucune façon connu d'eux. Je prie principalement MM. Clay, Humphray et Spencer Wells de recevoir mes remercîments pour les communications privées et souvent laborieuses qu'ils ont bien voulu me faire.

---

entrée à l'asile, le 11 décembre 1848, d'une lypémanie profonde avec stupeur, délire de persécution et disposition au suicide. Le malade portait au cou la trace d'une petite corde à l'aide de laquelle il avait tenté de s'étrangler quelques jours auparavant. Depuis l'admission, le penchant au suicide se manifestait par un refus d'alimentation qui céda au bout d'un mois. La stupeur était de plus en plus prononcée, et l'absence de volonté complète. Il résulte en effet d'une annotation écrite par le docteur Levincent, mon honorable prédécesseur, sur le registre des placements, que le malade « était nourri comme un enfant, et ne savait plus porter les vivres à la bouche. » Médecin adjoint de l'asile à cette époque, j'ai examiné avec soin le malade, et j'ai pu me convaincre, tant par mes propres observations que par les renseignements transmis par M. le docteur Maudet (de Cholet), qui avait délivré le certificat à fin d'admission, que le capitaine R... n'avait jamais manifesté la moindre préoccupation hypochondriaque, et que le délire avait toujours été caractérisé par des idées de persécutions et des craintes d'empoisonnement. Le malade, se croyant entouré d'ennemis armés qui en voulaient à ses jours, avait d'abord manifesté du penchant à la violence; puis, s'imaginant qu'il était menacé des plus affreux supplices, il aurait cherché à s'y soustraire par le suicide. Ce fut alors, paraît-il, que la stupeur succéda à l'excitation. Du reste, je le répète, aucune préoccupation hypochondriaque, et, pendant plusieurs mois, aucun embarras dans la parole, et aucun autre symptôme de paralysie générale. Six mois après l'admission, l'intelligence sembla se réveiller pendant un interrogatoire subi par le capitaine R..., devant M. le président du tribunal, et sous l'influence d'un appel à ses souvenirs militaires, mais ce ne fut qu'un éclair. On ne constata alors encore aucun embarras dans la parole. La démence sembla imminente.

Je transcris ici les deux annotations suivantes de M. Levinceut, constatant les progrès de l'affection dans le sens de la démence paralytique :

« *Janvier* 1850. — La démence se prononce; les idées de suicide persistent; les forces se relèvent. Le capitaine R... prend de l'embonpoint; il a la parole embarrassée. »

tion. En faisant sa première tentative en 1858, il s'est engagé publiquement à faire connaître toutes les extirpations qu'il accomplirait. Jusqu'à ce jour, cette tâche n'a pas dû lui être pénible, car il a guéri radicalement onze femmes sur dix-neuf qu'il a opérées (1).

Les succès de M. Spencer Wells tiennent, je le pense, à sa manière de juger les indications et de procéder dans l'exécution. Comme, du reste, ses observations présentent presque toutes les circonstances que le chirurgien peut rencontrer, on peut les considérer comme une source d'études de très grande importance.

Les lignes qui précèdent ont pour but d'indiquer d'une façon générale le mouvement qu'a suivi la question morale et pratique de l'ovariotomie depuis sa naissance et la situation qui lui est faite aujourd'hui, et de faire ressortir les circonstances qui peuvent fixer la valeur des documents dont dispose la science pour approfondir cette grave matière.

Il s'agit maintenant d'aborder la question au fond, et peut-être conviendra-t-il, pour commencer, de chercher à démontrer par quelques faits que des femmes très sérieusement menacées dans leur existence par des tumeurs de l'ovaire, et qui n'auraient pu être guéries par les moyens dont on fait habituellement usage en France, ont recouvré une santé parfaite après extirpation de la tumeur.

Je prends deux observations au hasard parmi celles qu'a publiées M. Spencer Wells ; ce sont les deux premières par ordre d'ancienneté dans la publication. Je les traduis littéralement.

Obs. I. (2). — *Kyste ovarique multiloculaire, sept ponctions, deux injections iodées ; — ovariotomie. — Guérison.* — Emma Bonner, non mariée, âgée de vingt-neuf ans, entre à *Samaritan hospital* le 9 février 1858, et fut placée dans mon service (M. Wells). Elle avait été servante et s'était bien portée jusqu'à l'âge de vingt-deux ans ; à cette époque elle éprouva une douleur qui du flanc gauche s'étendait jusqu'à l'aine ; elle ne s'aperçut de l'existence d'une tumeur que cinq ans plus tard. Celle-ci s'accrut considérablement dans l'espace d'une année, et il y a deux ans elle entra à l'hôpital Saint-Guy où elle fut ponctionnée par feu le docteur Lever. Elle y rentra au bout de six mois, fut ponctionnée une deuxième fois, puis une troisième ; treize semaines plus tard elle fut encore ponctionnée, à Lambeth, par M. Buller ; elle le fut quatre fois dans l'espace de deux mois. Il s'écoula chaque fois en moyenne treize litres de liquide. Deux fois on injecta de la teinture d'iode, mais loin de diminuer de volume, le kyste semble s'emplir plus rapidement.

Quand cette malheureuse femme entra à *Samaritan hospital*, il était évident que son existence était compromise grandement par la réaccumulation si rapide du liquide ; mais comme sa constitution offrait encore à ce moment une certaine résistance, et qu'elle voulait être délivrée à tout risque d'un mal qui rendait sa vie misérable, je décidai, après avoir consulté mes collègues de l'hôpital, à tenter l'extirpation de la tumeur. L'opération fut faite le 19 février 1859.

(1) Une douzième avait recouvré une santé parfaite après l'opération ; elle mourut dix mois plus tard d'une affection cancéreuse du péritoine. M. Wells s'est empressé d'annoncer ce résultat.

(2) *Dublin Quarterly Journal of Medical Sciences*, novembre 1859.

Je pratiquai sur la ligne blanche une incision de trois pouces, en commençant à un pouce au-dessous de l'ombilic ; je mis à nu le kyste qui adhérait aux parois abdominales. Après avoir rompu plusieurs de ces adhérences, je vidai la poche principale en la ponctionnant. Je pus sentir alors d'autres poches plus petites, et me convaincre que les adhérences avec les parois étaient des deux côtés très solides et très étendues.

A ce moment on se demanda, parmi les assistants, si l'on devait continuer l'opération ; je pensai qu'il serait plus dangereux de m'arrêter que d'aller plus loin, et je rompis les adhérences en passant la main entre la tumeur et les parois du ventre. M. Baker-Brown qui était présent à l'opération m'assista de son aide.

Une adhérence légère existait à la partie supérieure entre le kyste et l'épiploon ; je pus la détacher avec la main. Le pédicule de la tumeur était à gauche et large de trois doigts. Je le perçai en deux endroits et le liai en trois portions avec une corde de boyau. Il était tellement court qu'on ne put le fixer dans la plaie. L'ovaire droit fut examiné et trouvé normal.

Les ligatures du pédicule furent placées dans l'angle inférieur de la plaie et fixées à la peau avec de la toile agglutinative. Les bords de la plaie furent exactement rapprochés, réunis par des sutures de soie, les unes superficielles, les autres profondes ; une large bande de flanelle enveloppa l'abdomen.

L'anesthésie par le chloroforme avait duré quarante minutes ; la malade eut des nausées les jours suivants, mais elle n'eut pas de symptômes de péritonite réelle, il n'y eut qu'un peu de flatulence ; le pouls, rapide et faible pendant quelques jours, se releva rapidement. Depuis le premier jour on administra largement le vin et l'opium.

Il n'y eut d'écoulement séro-purulent par la plaie qu'à la partie inférieure où passaient les ligatures du pédicule ; deux ou trois fois il y eut un peu de douleur et de fièvre par suite de la rétention de cette matière, quand l'ouverture se bouchait ; en nettoyant la plaie et en rétablissant l'écoulement je procurai un soulagement immédiat ; il n'y eut de garderobe que le dixième jour.

La plaie guérit par première intention excepté au point où passaient les ligatures du pédicule. Celles-ci tombèrent le douzième jour. A partir de ce moment la malade se remit promptement.

Elle resta pendant quelque temps comme infirmière à l'hôpital ; l'automne suivant elle se plaça comme servante dans une maison où elle resta jusqu'au commencement de la présente année, en faisant un travail très dur. Elle quitta ce service pour émigrer en Australie.

Le 25 janvier 1859, au moment de son embarquement, M. le docteur West voulut bien examiner cette femme pour moi, et m'écrivit ce qui suit : Comme votre opérée avait à ce moment ses règles, je n'ai pu procéder à l'examen vaginal, mais en tout cas je n'ai pu sentir aucune trace de tumeur derrière les parois de l'abdomen ; c'est évidemment un succès complet.

Le kyste, en comptant son contenu, pesait 26 livres. Ce contenu était le liquide visqueux ordinaire, renfermant quelques cellules granulées. La poche principale formait la partie supérieure de la tumeur ; la partie inférieure était constituée par un certain nombre de petits kystes, remplissant la cavité pelvienne. Quoiqu'au premier abord quelques-unes de ces petites poches aient pu paraître indépendantes du kyste principal, on se convainquit par un examen attentif qu'elles étaient reliées à lui par une membrane d'enveloppe commune (1).

(1) Il existe certainement des lacunes dans ces observations au point de vue de l'état

« *Janvier* 1851. — Démence gaie ; les idées de suicide n'ont » pas reparu ; parole de plus en plus embarrassée ; vanité puérile ; » perte de la mémoire. »

Tel était l'état dans lequel je trouvai, avec quelques symptômes plus caractérisés de paralysie, le malade, lorsque je pris le service, au mois de juin 1854. Enfin la mort survint, par suite des progrès de la paralysie, le 21 novembre 1855.

A la suite de cette observation, je pourrais citer celle même publiée par M. Combes, et sur laquelle s'appuie M. Baillarger, car si le délire a eu pendant quelque temps, dans ce cas, le caractère hypochondriaque, il avait fini par le perdre, et les préoccupations de cette nature avaient fait place à d'autres conceptions délirantes, et, par exemple, à cette idée qui avait fini par absorber le malade, qu'il allait être jugé et condamné à mort pour des faux imaginaires.

Enfin j'ai en ce moment dans mon service un aliéné qui, depuis vingt mois environ, est dans un état de lypémanie avec stupeur, délire de persécutions et disposition au suicide, laquelle ne tardera pas, j'en suis convaincu, à se compliquer de paralysie générale, si j'en juge déjà par une certaine lenteur avec instabilité dans la démarche, et un léger embarras dans la parole.

Il résulte de ce qui précède que la paralysie générale est quelquefois précédée d'une aliénation mentale caractérisée par un délire mélancolique s'accompagnant ordinairement de stupeur. Reste à savoir si, dans ce cas, le délire mélancolique doit être considéré comme un signe précurseur de paralysie générale, ou si cette dernière affection ne doit pas être regardée comme une complication pure et simple, sans relation avec la nature du délire, et dont la lypémanie ne serait pas plus exempte que toute autre forme d'aliénation mentale. C'est là, je l'avoue, un point qui me semble laisser encore quelque incertitude, et sur lequel je n'oserais, quant à présent, me prononcer d'une manière absolue.

Dans le cas où le délire mélancolique devrait être considéré comme un signe précurseur de paralysie générale, il y aurait lieu, ce me semble, de déterminer d'une manière précise les caractères

Sans vouloir tirer en aucune façon une induction générale de ce fait, on peut dire néanmoins que le résultat obtenu a été très avantageux pour la malade. Le développement rapide de la tumeur, la reproduction incessante du liquide, après plusieurs ponctions suivies deux fois de l'injection iodée, la forme multiloculaire de la dégénérescence de l'ovaire, tous ces signes ne pouvaient laisser subsister un doute sur l'issue funeste de la maladie. Dans quel délai la mort serait-elle arrivée? Cela est assurément difficile à préciser; mais en jugeant par analogie, et considérant l'*immense majorité* des faits qui se présentent avec des conditions semblables et dans lesquels l'accumulation du liquide exige de fréquentes ponctions, on est autorisé à dire que ce délai fatal aurait été très rapproché. Il s'est écoulé une année entière depuis l'opération jusqu'au départ de cette femme; on a pu la suivre pendant ce temps, on l'a examinée au moment de son départ. On a pu dès lors la considérer comme complétement guérie.

Obs. II. — *Kyste ovarique multiloculaire, ponctionné trois fois; — ovariotomie; — adhérences avec le foie. — Guérison complète.*

Une femme mariée (1), âgée de vingt-huit ans, me fut envoyée en juillet 1858 par le docteur Ottaway (de Douvres). Elle était mariée depuis sept ans et avait eu trois enfants vivants. Elle était bien remise de sa dernière couche qui eut lieu deux ans et quatre mois avant que je la visse pour la première fois, mais elle s'aperçut que son ventre n'avait pas diminué de volume autant qu'après les accouchements précédents; elle ne put me dire au juste quand elle remarqua positivement l'existence d'une tumeur; toujours est-il que le ventre se développa incessamment depuis sa couche jusqu'au mois de mars 1858. A cette époque M. Ottaway la ponctionna pour la première fois, et retira dix-huit litres d'un liquide clair et séreux.

La poche se remplit très rapidement; on fit une deuxième ponction au mois de juin, et cette fois il s'écoula dix-sept litres d'un liquide plus épais. Six semaines après cette deuxième ponction, elle vint à Londres, et souffrait déjà beaucoup de l'oppression causée par la reproduction du liquide. La menstruation qui autrefois était très régulière, manquait depuis onze semaines. Elle ne put être admise immédiatement à l'hôpital; la respiration devenant de nouveau pénible par suite de la reproduction du liquide, je la ponctionnai une troisième fois à son logis, à Londres, et retirai quatorze litres de liquide épais. Quand le kyste fut vidé, je pus m'apercevoir qu'il existait, à part une grande poche, des tumeurs multiples plus petites dans le côté droit; elles adhéraient, pour la plupart, aux parois abdominales.

Le kyste se remplissant de nouveau, la santé générale étant passablement bonne, la malade voulant être débarrassée de sa tumeur, quoique instruite explicitement des dangers de l'opération, j'entrepris celle-ci le 11 août 1858, après avoir recueilli l'avis de mes collègues.

Voulant éviter des vomissements après l'opération, je fis prendre de la glace deux heures auparavant; on employa pour endormir la malade un mélange de six parties d'éther et d'une partie de chloroforme, M. le docteur Richardson se chargea de l'administrer.

physique des malades, de l'anatomie pathologique des tumeurs, du manuel opératoire; mais il ne faudrait pas oublier que les Anglais sont très familiarisés avec ce sujet, qui est au contraire nouveau pour nous, et que des détails pleins d'intérêt pour nous seraient des longueurs pour eux.

(1) Madame R.......s, demeurant actuellement à Douvres, Lime Kilo street.

Je pensai pouvoir compléter l'opération en ne faisant qu'une petite incision à l'abdomen, mais l'extraction de la poche principale fut entravée par l'adhérence des petits kystes avec les parois abdominales; ces adhérences étant intimes, je fus obligé d'élargir l'ouverture abdominale et de fendre le kyste pour pouvoir l'extraire. Les petits kystes situés à droite et signalés plus hauts étaient en outre attachés à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire, et l'on doit comprendre quel soin je dus mettre à les en séparer.

Le pédicule fut lié en quatre portions, au moyen d'un solide fil de lin; chaque portion était de l'épaisseur du doigt, et assez longue pour pouvoir être maintenue entre les lèvres de la plaie. Celle-ci fut fermée avec des épingles à bec de lièvre, l'épingle inférieure retenant les parois de l'abdomen en même temps que le pédicule de la tumeur, afin d'empêcher qu'il ne pût glisser dans le ventre. Le kyste pesait une livre et 5 onces, et son contenu pesait 29 livres.

La malade passa une bonne nuit; elle dormit, et le lendemain de l'opération, elle prétendit se trouver moins fatiguée qu'à la suite de ses couches. On avait donné un grain d'opium toutes les trois heures, mais ce mode d'administration ayant donné lieu à des nausées, on substitua aux pilules un suppositoire de morphine. Trois fois par jour on vidait la vessie au moyen de la sonde.

Le troisième jour, il y eut un peu de diarrhée, mais elle s'arrêta presque aussitôt; la plaie se cicatrisa par première intention; jusqu'au huitième jour, le pouls varia entre 120 et 140 pulsations; depuis lors, il tomba à 100; à partir du huitième jour, la malade put s'asseoir dans son lit et s'occuper de travaux d'aiguille.

Le neuvième jour, le pédicule était presque complétement mortifié, excepté en un point sur lequel, après avoir enlevé l'ancien fil, j'en fixai un nouveau. Les autres ligatures tombèrent avec l'eschare. Le dernier fil tomba le dixième jour avec la dernière portion du pédicule mortifié. A partir de ce jour, les forces revinrent rapidement, et la plaie étant complétement fermée, cette femme quitta l'hôpital trois semaines après l'opération.

Le docteur Ottaway (de Douvres), la visita à la fin du mois de février 1859, six mois après l'opération, et m'écrivit qu'il la trouva occupée à la buanderie où elle était restée toute la journée. Elle fit remarquer à ce médecin qu'elle ne s'était jamais mieux portée qu'à présent, qu'elle vaquait à tous les ouvrages de la maison; qu'elle fait quelquefois à pied, sans être fatiguée beaucoup, trois lieues pour aller à la Baie de Sainte-Marguerite; qu'en un mot, elle ne peut souhaiter de se mieux porter.

Sa figure qui autrefois était si livide et si amaigrie, est aujourd'hui fraîche et rose.

La menstruation ne s'est produite qu'une fois depuis sa sortie de l'hôpital, et comme les seins sont un peu tuméfiés, elle ne serait pas éloignée de croire à une grossesse (1).

Les remarques qui suivent l'observation précédente peuvent en partie s'appliquer à celle-ci; chez cette femme les ponctions avaient

(1) J'ai écrit directement à M. Ottaway, à Douvres, pour avoir les derniers renseignements sur cette femme opérée. Voici ce que ce médecin a eu la courtoisie de me répondre à la date du 18 mars 1860 : « La femme dont vous me parlez est une de mes clientes; elle a été opérée par M. Spencer Wells. J'avais désespéré de son existence; elle se porte actuellement aussi bien qu'une femme puisse se porter. Elle s'appelle madame R....s et demeure Lime Kilo street, à Douvres. » Il est certain que, s'il était survenu une grossesse depuis l'opération, M. Ottaway m'en aurait parlé dans cette lettre.

à l'aide desquels on pourrait distinguer ce même délire, alors qu'il doit ou ne doit pas aboutir à la paralysie générale, du moment où il est démontré que le délire mélancolique est loin d'avoir toujours cette fatale terminaison.

Après avoir admis, avec M. Baillarger et la plupart des auteurs, que le délire mélancolique peut, aussi bien que le délire des grandeurs, caractériser la paralysie générale, il ne me paraît pas hors de propos, en terminant cette note, de constater que ces deux délires se combinent quelquefois chez le même individu pour constituer un état mixte, dans lequel les idées de richesse et de grandeur s'enchevêtrent, par exemple, avec les idées de persécution. C'est ainsi que j'ai eu deux fois, depuis six ans, l'occasion d'appeler l'attention de mes internes sur des cas de paralysie générale dans lesquels les malades, se croyant possesseurs d'immenses trésors, s'imaginent en même temps qu'ils sont entourés d'ennemis qui veulent les leur ravir. D'autres fois ils pensent que tous les avantages dont ils sont pourvus, sous le rapport des honneurs et de la fortune, leur font des envieux et des jaloux, qui leur suscitent mille désagréments, et ourdissent contre eux les plus noires machinations.

— La commission administrative de l'Association générale, dans sa séance du 5 octobre, a statué sur l'admission des nouveaux membres suivants: MM. les docteurs Audibert, Louis, Baillarger, Piegu, Richet, Laborie, Desprès, Lacronique, médecin-major à l'hôpital du Gros-Caillou, et Worbe, médecin-major au 2e régiment des grenadiers de la garde.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 10 octobre, à huit heures très précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; 2° démonstration de la syphilisation, par M. Auzias-Turenne; 3° guérison d'un asthme produit par la compression des nerfs laryngés, par M. Vella; 4° discussion sur la laryngoscopie; 5° communications diverses.

dû être répétées très souvent et la malade marchait rapidement vers la mort. Y aurait-il eu lieu de faire précéder l'extirpation d'injections iodées dans la poche principale? La nature du liquide *épais* qu'elle renfermait permet de dire qu'on aurait, en faisant cette tentative, encouru un danger de plus pour n'obtenir qu'un résultat plus que douteux. Les partisans les plus chaleureux des injections iodées parmi les chirurgiens français sont unanimes à regarder l'efficacité de cette méthode comme à peu près nulle, quand il s'agit de la cure radicale des kystes renfermant un liquide épais.

Les derniers renseignements obtenus sur le compte de la femme qui fait le sujet de la deuxième observation sont aussi précis que possible, et il est avéré qu'elle est bien guérie.

Si j'ai commencé par exposer des cas heureux d'ovariotomie, ce n'est assurément pas pour faire ressortir plus qu'il ne conviendrait les avantages de cette opération; j'ai voulu simplement dissiper un doute bien légitime que des exagérations d'enthousiasme ont pu jeter sur quelques succès réels, ceux-ci fussent-ils même fort restreints.

Les revers seront dévoilés avec un égal empressement, comme cela doit être quand il s'agit de jeter quelque lumière sur un des problèmes les plus difficiles qui puissent être posés à la conscience et à la responsabilité du médecin.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique. — Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par le docteur Jacquemier.

(Suite. — Voir le numéro 40.)

Obs. III. — Madame C..., domiciliée à Paris, âgée de vingt-deux ans, primipare, brune, mince, grande, formes élégantes, santé habituellement bonne, bassin bien conformé, n'a éprouvé dans le cours de sa grossesse aucun accident, si l'on excepte des nausées qui, incommodes au début, se sont changées, peu à peu, en un appétit vif et soutenu. Le ventre a pris un volume considérable et s'est porté en avant, sans entraver la marche qui s'est maintenue jusqu'au jour de l'accouchement. Le travail débute, à terme, à onze heures du soir ; au bout de quelques heures les douleurs sont vives, rapprochées; l'orifice utérin souple se dilate régulièrement. En prenant de l'intensité, sans devenir moins fréquentes, les douleurs déterminèrent des nausées et des vomissements qui se répétèrent plusieurs fois dans l'espace de trois heures. Pendant ce temps le travail avait marché, une petite quantité de liquide amniotique s'était écoulée, et, à six heures du matin, l'occiput légèrement tourné à gauche s'engageait sous l'arcade des pubis.

A dater de ce moment le travail ne fit aucun progrès, bien que les vomissement eussent cessé et que la pression exercée sur le rectum provoquât de grandes douleurs d'expulsion. C'est vainement que la marche, les frictions sur le ventre furent employées pour activer les douleurs, tout fut inutile. A midi les choses étaient dans le même état qu'à six heures du matin. Depuis plusieurs heures madame C.... se plaignait d'une douleur vive du côté de la vessie, elle était à bout de forces. Le forceps fut proposé et accepté : l'application en fut facile et prompte, mais des tractions progressives et méthodiques ne purent amener la tête au dehors. L'instrument fut retiré sans qu'il survînt rien d'anormal; des douleurs plus vives reparurent mais sans résultat.

Tel est le résumé d'une note étendue du docteur Clavel qui me fit appeler pour le seconder. Au point extrême où était arrivée l'expulsion, et en comparant la médiocre résistance du périnée avec le mouvement rapide et étendu de retrait de la tête lorsqu'il cessait les tractions, il était resté convaincu que l'obstacle était situé au-dessus de la tête et sur le tronc lui-même. Quoiqu'il se fût écoulé près de trois heures depuis la dernière tentative d'extraction, les choses étaient toujours dans le même état. Le forceps fut appliqué de nouveau, et à l'aide de tractions prolongées et soutenues, je parvins à faire avancer un peu l'occiput sous l'arcade du pubis, et assez pour dégager la tête en forçant le mouvement d'extension. Tendant à remonter, la tête restait fortement appliquée par sa base contre le périnée. Dans l'impossibilité d'introduire les doigts dans les parties, il fallut, à la fin, me résigner à saisir solidement l'occiput et le menton, et à exercer des tractions qui durent être très fortes et prolongées pour surmonter la résistance que les épaules éprouvaient à suivre la tête. Les symptômes d'asphyxie que présentait l'enfant furent assez promptement dissipés après la section du cordon et l'émission du peu de sang par cette voie; des cris sonores tardèrent peu à nous rassurer sur l'intégrité des fonctions respiratoires.

L'enfant pesait 4 kil. 100; le diamètre occipito-frontal avait 0,125; le bi-pariétal 0,094. La largeur des épaules d'un acromion à l'autre, était de 0,125.

Les accidents qui suivirent furent nuls pour l'enfant. Pour la mère ils consistèrent en une douleur vive de l'aine gauche avec impossibilité de remuer le membre correspondant pendant plusieurs jours, en une rétention d'urine qui dura dix jours et nécessita l'emploi fréquent de la sonde, enfin en une constipation opiniâtre. Les lochies, d'abord épaisses et fétides, prirent un meilleur aspect. Dix jours après l'accouchement on vit apparaître les signes de la convalescence ; une légère déchirure du périnée était en voie de cicatrisation.

On voit, par les observations qui précèdent, que je m'étais trouvé plusieurs fois aux prises avec une cause de dystocie à laquelle j'étais fort peu préparé. Je me rappelai alors quelques cas plus ou moins analogues consignés dans des recueils déjà anciens, et toujours consultés avec fruit, auxquels je n'avais pas prêté alors toute l'attention qu'ils méritent, parce que, conformément à l'opinion établie, je croyais qu'ils étaient, en grande partie du moins, le résultat d'une intervention intempestive et de manœuvres défectueuses. Je reconnais aujourd'hui que la plupart doivent être pris en sérieuse considération pour faire l'histoire de la dystocie par le volume trop considérable de la poitrine et des épaules, et pour mettre à même d'en juger, je vais donner à titre de spécimen une analyse détaillée de deux de ces cas.

Obs. IV. — Mauriceau dit avoir accouché une femme d'un enfant extrêmement gros, après qu'une sage-femme et trois assez célèbres chirurgiens s'y furent lassés inutilement. La sage-femme essaya d'abord de le tirer par la tête qu'il présentait; mais comme il avait vraisemblablement les épaules fort larges et proportionnées au reste du corps, elle ne put venir à bout de tirer dehors cet enfant, qui pour lors était vivant, ainsi qu'il paraissait par les mouvements manifestes de sa tête. Le premier chirurgien appelé fit de si violents efforts pour tirer la tête de cet enfant, qu'il la sépara entièrement du corps, restant toujours arrêté au passage par la grosseur des épaules. Le second chirurgien arracha les deux bras l'un après l'autre sans pouvoir venir à bout de pouvoir faire suivre le corps. Le troisième parvint à atteindre un pied et tira si fort dessus que l'os de la jambe se sépara de l'os de la cuisse. C'est en dégageant les deux membres inférieurs et en tirant dessus que Mauriceau parvint à extraire le corps de ce gros enfant. Ces manœuvres avaient duré plus de trois heures. La femme éprouva dès le second jour des accidents redoutables et mourut le sixième jour. (Mauriceau, *Dernières observations*. Obs. XVIII.)

Je dois ajouter que rien dans l'observation ne peut faire supposer que la brièveté du cordon, une viciation du bassin ou la rétraction du col utérin aient contribué à augmenter l'obstacle. Mauriceau, dans les remarques critiques dont il fait suivre ce fait, me semble juger trop sévèrement la conduite de ces trois chirurgiens. Il est impossible de ne pas reconnaître que l'obstacle apporté par les épaules à la sortie du tronc était considérable, et que les manœuvres n'ont en rien contribué à l'augmenter. Il est presque puéril de supposer qu'on aurait pu porter les doigts indicateurs sous chaque aisselle, et que des tractions à leur aide eussent été efficaces au début. Mais je partage complétement son opinion à l'égard du second chirurgien, qui avait eu une idée heureuse en songeant à dégager les bras. Seulement, il n'aurait fallu tirer dessus qu'après les avoir dégagé tous les deux. Il y a là le germe du procédé le plus propre à éluder l'obstacle en faisant courir le moins de danger à l'enfant. Ajoutons que Mauriceau lui-même aurait peut-être mieux fait, dans l'intérêt de cette malheureuse femme, de fixer un crochet sur le rachis que de retourner l'enfant, afin d'épargner des distensions à des parties déjà très irritées, sinon déchirées.

Obs. V. — De la Motte (obs. 451) rapporte l'histoire d'une femme en travail depuis plusieurs jours; la tête était bien située, très avancée au passage, sans pouvoir être poussée plus loin par les fortes et fréquentes douleurs que cette femme avait souffertes depuis trois jours. L'enfant ayant cessé de vivre, de la Motte ouvrit largement le crâne, enleva la plus grande partie du frontal et des pariétaux, et put saisir à pleine main ce qui restait de la tête. Bien que réduite ainsi et rapprochée de l'extérieur, il fit tous ses efforts sans pouvoir l'attirer au dehors ni même l'ébranler, malgré la bonne prise de ses mains et des tentatives répétées qui finirent par les faire tomber subitement en paralysie, de manière à ne pouvoir boutonner sa veste ni s'en aider en aucune façon. Le lendemain, débarrassé de sa paralysie, il se rendit de nouveau près de sa malade avec un jeune confrère; il lui trouva du courage et le pouls assez bon, rien de changé pour le reste en apparence; il se remet à la besogne, mais cette fois avec plus de bonheur : il put dégager la tête au moyen de deux de ses doigts qu'il coula vers la fourchette, et il attira le menton dehors. Le jeune confrère empoigna alors le cou pour tirer le reste du corps; à quoi, tout fort et vigoureux qu'il était, il ne put y parvenir s'étant repris par deux et trois fois. Les épaules de l'enfant étaient si grosses que de la Motte ne put les dégager avec ses doigts passés sous l'aisselle en manière de crochets. « Je me joignis, dit-il, à mon confrère, et nous tirâmes tous deux ensemble si fort que nous parvînmes à en faire l'extraction sans que la tête se séparât du corps. Aussi l'enfant était l'un des plus gros que j'aie vus. » Ici je n'oserai pas affirmer que de la Motte l'ait pesé autrement que des yeux, en lui donnant le poids si considérable de dix-sept livres, non compris le cerveau et une partie du crâne enlevés. La femme n'eut pas un moment de fièvre, elle se releva douze jours après en bonne santé.

On serait dans l'erreur si l'on supposait que la pratique contemporaine ne peut offrir rien de comparable aux deux derniers faits. Depuis la lecture de ce mémoire à l'Académie (séance du 2 décembre 1851), j'ai rapporté dans les colonnes de ce journal deux observations dont je ne puis par cela même que donner un court sommaire.

Obs. VI. — C'est un confrère de province qui écrit, le 16 novembre 1853, à M. Cazeaux. « Permettez à un de vos anciens élèves de réclamer votre avis. Je voudrais vous demander s'il existe beaucoup de faits, dans la science des accouchements, dans lesquels les principales difficultés aient siégé dans le passage des épaules, la tête étant déjà sortie. » La femme C..., âgée de trente-quatre ans, deux accouchements antérieurs, bien constituée ; début du travail à quatre heures du matin ; à six heures du soir, deux praticiens jugent l'application du forceps nécessaire ; plusieurs tentatives n'amenèrent aucun résultat ; ils mandent l'auteur de la lettre, qui trouve, à une heure du matin, le pouls fréquent, la femme affaiblie, mais ayant des contractions utérines énergiques, se donnant beaucoup de mouvements et pleine de courage ; parties génitales excoriées, tuméfiées, tête fortement engagée en position occipito-cotyloïdienne droite. Nouvelle application de forceps, tractions croissantes pendant une heure, secondées par des efforts énergiques de la patiente, qui entraînent à la fin une tête volumineuse. Tout reste en place malgré des tractions sur la tête, dégagement d'un bras, nouvelles tractions infructueuses, affaiblissement du pouls et mort de la mère, la tête et un bras étant au dehors. Tentatives de tractions tout aussi inutiles pour terminer l'accouchement sur le cadavre. Opération césarienne ; la position de l'enfant dans la matrice est des plus régulières ; le dos regarde à droite et en avant, le bras gauche étendu et libre sur le côté gauche du tronc ; un d'eux presse sur le corps du fœtus pour imiter les contractions de la matrice, pendant que l'autre tire sur la tête et le bras sortis. Efforts inutiles ! L'épaule gauche s'arrête toujours contre le pubis. Section de la symphyse ; aussitôt sort un enfant très volumineux, pesant 9 livres romaines ; diamètre bi-pariétal, 10 centimètres ; occipito-frontal, 11c,50 ; bi-acromial, 13 centimètres. (*Revue médicale*, n° du 15 septembre 1854, et *Gaz. Hebd*, t. IV, p. 590.)

Obs. VII. L. S..., âgée de quarante-trois ans, constitution robuste, taille moyenne, mariée depuis douze ans, six couches faciles et heureuses ; la septième grossesse n'offrit rien de particulier, si ce n'est que le ventre parut excessivement volumineux, qu'elle se prolongeait au delà de son terme, au dire de la malade, et que les mouvements cessèrent d'être perçus trois jours avant l'accouchement, à la suite d'une chute qu'elle fit en allant à la garderobe. Le travail, à son début, ne présenta rien de particulier, et, vers six heures du matin, à la suite de contractions très énergiques, une bonne partie de la tête était dégagée, mais le fœtus n'avançait pas ; l'accoucheur essaya de la dégager complétement en introduisant successivement ses mains, et il parvint à extraire la tête et à dégager le bras gauche qui correspondait à la partie postérieure du bassin. Ne pouvant obtenir un succès plus complet, il envoya la patiente à la clinique du professeur Stoltz. Il s'était écoulé cinq heures depuis les premières tentatives d'extraction ; le professeur commença par des tractions énergiques sur la tête et sur le bras, qui n'eurent pour résultat que l'élongation du cou et l'arrachement presque complet du bras qu'il sépara du tronc d'un coup de ciseaux ; des tractions à l'aide d'un crochet aigu, guidé sur l'index de la main gauche et fixé sur la poitrine, n'eurent d'autre résultat que de déchirer les chairs, de fracturer quelques côtes, et de déterminer la hernie du poumon correspondant. Le crochet retiré, il parvint, à l'aide de quelques doigts placés entre les côtes, à dégager l'épaule antérieure et la poitrine. Le fœtus n'avançant pas encore, il incisa la paroi du ventre avec des ciseaux de Smellie, et en retira une partie des viscères, ce qui lui permit de donner une direction oblique au reste du tronc, et rendit dès lors son extraction facile

Poids de l'enfant : 5 kilogrammes 600 grammes ; diamètre occipito-frontal, 15 centimètres ; bi-pariétal, 11 centimètres ; diamètre bi-acromial (l'épaule arrachée rapprochée), 21 centimètres ; diamètre antéro-postérieur du thorax, 15 centimètres ; diamètre bi-trochantérien du bassin, 15 centimètres.

La mère succomba le dixième jour, avec des lésions fort complexes, déchirure complète du périnée, gangrène de la vulve et du vagin, symptômes de résorption purulente et putride. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1857, n° 5, et *Gaz. hebd*, t. IV, p. 588.)

Obs. VIII. — Sous ce titre : *Une scène d'accouchement à Wallis (mer du Sud)*, *la Gazette des hôpitaux* a publié, dans son n° du 19 juin 1860, un cas de dystocie très digne d'être remarqué. Quoi qu'il vienne de loin, il n'est pas permis de douter de son authenticité : M. A. Briquelot, chirurgien de marine, qui en raconte toutes les péripéties d'une manière fort dramatique, étant lui-même témoin et acteur.

Pour abréger, j'élague tout ce qui n'a pas directement trait à l'accouchement. M. Briquelot fut prié, par le R. P. Mériais, de la mission catholique, de vouloir bien donner les secours de l'art à une jeune femme canaque, primipare, en mal d'enfant depuis soixante heures, paraissant se trouver dans des conditions insolites. Introduit dans l'habitation remplie de femmes du pays, accroupies sur le sol, il la trouva étendue sur des nattes, la tête soutenue sur les genoux de son mari. Il constata d'abord que l'occiput se présentait dans de bonnes conditions, et que la tête était à peu de distance de l'entrée du vagin. Comme les contractions utérines se faisaient encore assez régulièrement, malgré un certain degré d'affaiblissement de la femme, il supposa que l'expulsion arriverait naturellement, rassura l'assemblée, et recommanda un peu de patience au mari et à la malade. Mais, au bout d'un certain temps, la tête ne paraissant pas avancer d'une ligne, les contractions allant en diminuant, et la femme s'affaiblissant de plus en plus, il proposa le forceps qu'il réussit à faire accepter. L'instrument appliqué, il ne put faire opérer le moindre mouvement de descente à la tête, malgré l'assistance d'un aide vigoureux. Jugeant la vie de l'enfant en danger, un prêtre lui donna le baptême, après quoi il renouvela l'application du forceps. Mais des tentatives nouvelles plus énergiques que les premières n'eurent pas plus de succès. La femme mourut pendant une suspension des manœuvres.

Le missionnaire lui ayant exprimé le désir de l'entourage d'avoir l'enfant séparé, il renouvela les tractions avec d'autant plus de confiance qu'il n'avait plus rien à ménager. Ses efforts, réunis à ceux de son compagnon, n'amenèrent que la rupture de la colonne vertébrale de l'enfant ; sentant le cou s'allonger et la peau se distendre, il put arrêter les manœuvres à temps, pour ne pas donner à ces naturels le spectacle de la tête séparée du tronc. Ayant déclaré l'extraction impossible, il s'apprêtait à se retirer, lorsque, après une nouvelle consultation de l'assemblée féminine, il fut sollicité par le missionnaire d'extraire l'enfant par l'opération césarienne. Étant lui-même curieux de connaître la cause de l'obstacle à la délivrance, il divisa largement l'abdomen et l'utérus sur une ligne médiane, et retira un enfant assez fort. « Les épaules, ajoute M. Briquelot, étaient certainement très volumineuses, mais je ne constatai cependant pas une différence de proportion entre ces parties et la tête, capable d'expliquer l'impossibilité que les premières avaient eue à franchir un bassin régulièrement développé, après la descente de la première. C'est sur ce point que je désirerais surtout appeler l'attention des praticiens, et au besoin solliciter leurs observations, car ma mémoire ne me représente en ce moment rien de pareil. »

Je borne là le récit des observations particulières que je pourrais augmenter de l'analyse de seize autres, tirées de la pratique de Mauriceau, Portal, de La Motte, Levret, etc. A la vérité, ces observations sont pour la plupart incomplètes, et si elles mettent hors de doute le fait principal, c'est-à-dire l'obstacle que la poitrine et les épaules ont rencontré à traverser le bassin, elles laissent sou-

vent ignorer si cette cause de dystocie était ou n'était pas associée à un certain degré d'étroitesse du bassin ou à une inertie plus ou moins prononcée de la matrice. Néanmoins il faut tenir compte des éléments positifs qu'elles présentent, ce qui porte à vingt-six le nombre des faits que j'ai pu consulter.

Malgré ce chiffre élevé, on ne peut pas dire que cette cause de dystocie est fréquente ; au contraire, portée à un degré prononcé, elle doit être considérée comme peu commune, mais non au point de justifier le silence que les auteurs contemporains ont gardé à son sujet. Ce qui démontre surtout combien elle mérite de fixer l'attention, c'est sa gravité, ce sont les conséquences fâcheuses qu'elle peut avoir pour la mère et pour l'enfant. Sur les vingt-six cas contenant des renseignements suffisants pour constituer une observation, six fois les mères sont mortes des suites plus ou moins immédiates de la longueur du travail et des efforts qu'il a fallu faire pour les délivrer, trois même ont succombé sans pouvoir être accouchées, pendant les manœuvres pénibles et infructueuses d'extraction. Des vingt qui ont survécu, une fut très longtemps à se rétablir, une autre, qui n'eut d'abord qu'une rétention d'urine, fut plus tard affectée de fistule vésico-vaginale.

C'est surtout pour les enfants que les conséquences ont été funestes. Si l'on en retranche trois morts avant le début du travail et un autre dont le sort est ignoré, il en reste vingt-deux sur lesquels six seulement ont pu être conservés à la vie, et seize ont péri pendant le travail, presque toujours par le fait même des efforts employés pour surmonter l'obstacle, huit avant que la tête ait pu être amenée au dehors, et les huit autres pendant le temps qui s'est écoulé entre sa sortie et celle des épaules.

Le temps pendant lequel la tête a été ainsi retenue à l'extérieur, ne paraît pas avoir été moindre dans les cas les plus heureux, à en juger par la répétition des tentatives, d'une demi-heure à une heure. Ce temps a dû être assez long dans les cas où la personne de l'art qui assistait la femme en travail a été forcée, après des tentatives inutiles, d'en appeler une autre à son aide ; quelques observations font mention de plusieurs heures, une de trois, une de six, une de vingt-quatre heures. Dans aucun de ces cas l'expulsion ne s'est opérée spontanément pendant le temps où la patiente était abandonnée aux seules ressources de la nature.

(*La fin prochainement.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Recherches sur le système vasculaire sanguin de l'hippopotame*, par M. *P. Gratiolet*. — Contrairement à ce qui s'observe chez les autres mammifères, la pièce basilaire de l'os hyoïde, chez l'hippopotame, n'a point de talon ; elle ne fait point coude, et les muscles stylo-hyoïdien et digastrique, au lieu de laisser à l'artère carotide externe un passage libre, sont immédiatement appliqués sur elle, à sa racine ; or, c'est précisément en ce point que la carotide externe s'engage, et les moindres contractions de ces muscles doivent exercer sur elle une compression plus ou moins forte dont le résultat est d'interrompre le cours du sang qui arrive à la tête. Cette disposition anatomique semble avoir pour but de prévenir les congestions céphaliques pendant ces longues suspensions de la respiration qui sont familières à l'hippopotame ; mais elle n'a sur la circulation veineuse aucune influence, les veines jugulaires passant en dehors des muscles digastrique et stylo-hyoïdien.

Un autre artifice anatomique, dans le système veineux, achève d'expliquer comment une longue suspension des mouvements respiratoires peut chez l'hippopotame se concilier avec la vie. C'est l'existence d'un anneau musculaire dans les parois mêmes de la veine cave inférieure. Lorsque ce sphincter se contracte, le sang que ramène la veine cave inférieure n'arrive point au cœur, il s'accumule dans les trames vasculaires, dans les réservoirs veineux quels qu'ils soient ; le sang de la veine cave supérieure, au contraire, revient librement dans l'oreillette droite, d'où il passe dans le poumon, et de là par l'aorte dans toute l'étendue du système artériel ; une partie de ce sang s'engage donc dans les origines de la veine cave inférieure et s'ajoute à la masse du sang *immobilisé*. C'est une nouvelle quantité de sang enlevé à la circulation pulmonaire, et les mouvements du cœur continuant, il se fait à chaque instant, et de la même manière, une soustraction nouvelle à certains organes, et en particulier à ceux d'où viennent l'azygos et la jugulaire, c'est-à-dire aux centres nerveux et aux principaux organes des sens. Ainsi l'imminence de cette congestion des centres nerveux, qui est l'une des principales causes de la mort par asphyxie est de plus en plus éloignée.

En résumé, les mammifères plongeurs acquièrent la faculté d'échapper à l'asphyxie, en détournant de leurs poumons la plus grande partie de leur sang, se faisant ainsi par instants, et par une suite d'artifices très simples, semblables, à certains égards, aux reptiles, chez lesquels la circulation pulmonaire n'est qu'une dérivation partielle de la circulation générale.

PATHOLOGIE. — *Aphonie complète avec productions pathologiques dans le larynx, constatées par l'examen laryngoscopique*, par M. *Moura-Bourouillon*. — (*Comm.* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.) — Voyez GAZ. HEB., n° 39, p. 634.)

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *De l'influence du système nerveux sur les mouvements respiratoires chez les dytisques*, par M. *E. Faivre*. — (*Comm.*, MM. Flourens, Milne Edwards, Rayer.) — L'auteur s'est assuré par de nombreuses expériences que chez les dytisques la respiration, comme la locomotion, exige, pour se produire, l'influence et le concours de plusieurs centres nerveux.

L'ablation du ganglion sous-œsophagien a fait cesser les mouvements abdominaux postérieurs. L'ablation du ganglion métathoracique fait cesser les mouvements respiratoires, ceux même qu'on peut provoquer par action réflexe. Les ganglions de l'abdomen, insuffisants à entretenir par eux-mêmes la respiration, sont seulement des conducteurs.

On ne saurait méconnaître une analogie singulière entre quelques-uns de ces résultats et les conséquences auxquelles est arrivé depuis longtemps M. Flourens à la suite de ses expériences sur les animaux supérieurs.

MÉDECINE. — *Note sur la mélancolie avec stupeur, considérée comme signe précurseur de la paralysie générale*, par M. *Billod*. — (*Comm.*, MM. Serres, Flourens, Rayer.) — (Voir le *Feuilleton*, p. 657.)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. *Lemaire* adresse une note ayant pour titre : *Rôle des infusoires et des matières albuminoïdes dans la fermentation, la germination et la fécondation.* La présence du coaltar, de la benzine et de l'acide phénique ayant prévenu, sans qu'il y eût mélange, la fermentation de matières éminemment fermentescibles, même au contact de l'air, M. Lemaire croit pouvoir expliquer ce résultat par une action toxique s'exerçant sur les infusoires. En résumé, dit l'auteur en terminant sa note, je pense que les infusoires si abondamment répandus dans la nature, et qui ont été constatés dans la liqueur séminale de presque tous les animaux connus, dans les organes mâles de presque toutes les plantes, constituent le *primum movens* des phénomènes de fermentation, de germination et de fécondation, mais que, pour que leur action se manifeste, leur réunion avec des matières albuminoïdes paraît indispensable.

CHIRURGIE. — *De la méthode galvano-caustique appliquée au traitement de la cataracte;* extrait d'une note de M. *Tavignot*. — L'appareil instrumental se compose de la pile Grenet à pédale et de deux tiges conductrices appropriées. Ces deux tiges en ivoire sont tout à fait pareilles et terminées, à une extrémité, par le prolongement du cordon métallique central auquel vient s'adapter le

fil conducteur de la pile, et à l'autre extrémité par un pas de vis qui sert à recevoir une aiguille à cataracte de 16 à 18 millimètres de longueur.

Premier temps. — L'une et l'autre main armées d'une tige galvano-caustique, l'opérateur dirige leur fer de lance de manière à traverser la circonférence externe de la cornée dans deux points différents, mais non opposés, le premier correspondant au diamètre transversal et le deuxième au diamètre vertical de l'œil. C'est la ponction externe qui est pratiquée la première, l'inférieure l'est ensuite et presque aussitôt.

Deuxième temps. — Il suffit de presser avec le pied sur la pédale de la pile pour rendre incandescent l'un des fers de lance tenu en contact avec l'autre; on peut alors, à l'aide de mouvements de jonction et de disjonction des aiguilles, détruire la capsule antérieure dans toute l'étendue du champ pupillaire, et réduire simultanément le cristallin lui-même en une sorte de détritus informe dont la résorption fait ensuite promptement justice.

Troisième temps. — On cesse la pression exercée avec le pied; dès lors la pile ne fonctionne plus, et les aiguilles, refroidies, sont dégagées rapidement de la chambre antérieure de l'œil.

Cette opération est d'une exécution très rapide, peu douloureuse et d'une précision extrême, à cause de l'immobilisation absolue du globe oculaire. Grâce à la transparence de la cornée, on peut suivre, un à un, chacun des mouvements imprimés aux instruments, calculer leur portée et régulariser ainsi leurs effets.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Meuse et de l'Aisne. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Kuhn*, médecin-inspecteur des eaux minérales de Niederbronn, demandant qu'une analyse de ces eaux soit faite dans le laboratoire de l'Académie. — c. Une demande de même nature pour les eaux de Forges-les-Briis, adressée par MM. les docteurs *Bertrand* et *Cherest*. — *d.* Les rapports de MM. les docteurs *Jardon*, *Chély*, *Niepce* et *Roux*, sur le service médical des bains de Boulogne, Calais, Allevard, Biarritz et Hammam-Meskoutine. (*Commission des eaux minérales*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. *Blot* et *Devilliers*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements. (*Renvoi à la section.*) — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Zandyck*, intitulé : *Constitution météorologique et médicale de Dunkerque de* 1850 *à* 1860. — *b.* Une lettre sur la vaccine, par M. *Auguste Ciret*, officier de santé à Blaison. (*Commission de vaccine.*) — c. Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Scelles de Montdésert*. (*Accepté.*)

M. *Velpeau* dépose sur le bureau une observation ayant pour titre : *Double fracture du fémur; rupture de l'attache du triceps crural au bord rotulien; luxation du bras droit*, par M. le docteur *Blanc* (de Romans). (*Commissaire :* M. Robert.)

Lectures et mémoires.

MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE. — M. *Chatin*, au nom d'une commission dont il fait partie, avec MM. *Bussy* et *Guérard*, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Macario*, intitulé : *De l'influence médicatrice du séjour à Nice.*

« Le travail de M. Macario, dit M. le rapporteur, est un travail sérieux, patient, considérable, qui dénote chez l'auteur un bon esprit d'observation, et qui sera accueilli avec faveur par le corps médical, qui y puisera d'utiles enseignements. »

M. Chatin entre ensuite dans l'analyse du mémoire de M. Macario, dont les recherches persévérantes sont basées, dit-il, sur les observations météorologiques faites à Nice depuis 1806 jusqu'à 1859 inclusivement.

Il résulte de l'étude de ces documents qu'à Nice le thermomètre centigrade descend rarement au-dessous de 0° pendant l'hiver, tandis qu'en été il ne s'élève jamais au-dessus de 28°. La moyenne de la température, en automne et au printemps, est de 17 à 18°; celle de l'été, de 22 à 23°; celle de l'hiver, de 9°,3.

Le retour périodique du chaud au froid se fait d'une manière régulière, sans transitions brusques, les variations thermométriques d'un mois à l'autre n'étant que de 2°,5 à peu près.

La pression atmosphérique, comme dans les climats intertropicaux, ne varie annuellement que de $0^m,04$.

A Nice, l'atmosphère est sans cesse renouvelée par des courants qui soufflent successivement de tous les points de l'horizon.

« Après avoir constaté la direction des vents et leur prédominance respective, toute favorable au climat de Nice, l'auteur cherche à établir l'utilité de ce climat et en particulier celle de la salure de l'atmosphère marine dans la phthisie passive. A l'appui de son opinion, M. Macario établit que la tuberculose est plus rare à Nice que dans le reste de la France ou en Angleterre; et que les cas rares de phthisie observés chez les indigènes tiennent à des causes indépendantes de la climatologie. Il fait d'ailleurs sagement remarquer que l'influence favorable du climat de Nice se borne à conjurer les prédispositions et à combattre les premiers symptômes de la phthisie.

Le vent du nord-est est le plus fréquent à Nice.

Les jours pluvieux y sont rares. Année commune, on ne compte guère plus de soixante jours de pluie par an, dont trente dans le trimestre d'automne.

Les observations hygrométriques démontrent que l'air de Nice est aussi éloigné d'une siccité excessive que d'une extrême humidité. Année commune, l'hygromètre de Saussure marque 58°,2.

Les brouillards sont inconnus dans ce climat, et les orages n'y font que de très rares apparitions.

La saison d'hiver est caractérisée à Nice par des affections catarrhales et diphthéritiques; le printemps par des fièvres éruptives; l'été par des troubles de l'appareil digestif, des fièvres bilieuses, des hépatites, des ophthalmies; l'automne, par des entérites et des fièvres intermittentes.

Suivant M. Macario, l'action du climat de Nice s'exerce principalement sur la peau, dont elle augmente les fonctions. L'auteur insiste sur les différences qui existent entre les divers quartiers de la ville et de ses environs, au point de vue de l'hygiène des malades, et sur la nécessité de faire à cet égard un choix judicieux; il donne à ce sujet des renseignements précis, qui seront consultés avec fruit par les médecins qui envoient leurs clients à Nice.

M. le rapporteur termine en rappelant les titres scientifiques de M. Macario, et propose à l'Académie l'adoption des conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur; — 2° renvoyer son mémoire au comité de publication; — 3° appeler sur M. Macario l'attention de la commission des correspondants nationaux. — (*Adopté.*)

VACCINE. — M. *Depaul*, au nom de M. *Bousquet*, rapporteur de la commission de vaccine, commence la lecture du rapport officiel sur les vaccinations pratiquées, en France, pendant les années 1858 et 1859.

Le rapport entre d'abord dans quelques considérations relatives à l'utilité de la vaccine et à son origine.

En présence des ravages effrayants qu'exerçait la petite vérole et de l'impuissance de l'art à les combattre, il fallut songer à prévenir le fléau.

L'inoculation est le premier en date des moyens prophylactiques. Elle était usitée depuis assez longtemps en Orient, mais d'une manière tout empirique, lorsque lady Montagu en transporta la pratique de Constantinople à Londres. On l'accueillit en Angleterre avec assez de faveur; il n'en fut pas de même en France, où elle fut proscrite par les parlements, comme étant un moyen de propager et de multiplier le germe varioleux.

M. Bousquet reconnaît que l'inoculation variolique n'est pas sans danger, et, de plus, il déclare qu'elle n'est pas infaillible, bien qu'elle réussisse 99 fois sur 100.

On chercha donc un autre préservatif : Jenner le trouva dans le cowpox.

D'où dérive originellement le cowpox?

Vient-il d'une éruption propre à la vache, ou des eaux aux jambes du cheval? ou, comme le veut une troisième hypothèse, ne serait-il qu'une transformation de la variole, inoculée de l'homme à la vache?

M. Bousquet examine successivement ces trois opinions. De la discussion à laquelle il se livre il résulte qu'aucune d'elles n'est suffisamment démontrée pour être adoptée définitivement.

Le rapporteur étudie ensuite les relations de nature qui existent entre le cowpox et le virus varioleux. Il rappelle les expériences de Godwin à ce sujet, et il conclut que le virus varioleux et le virus vaccin, sans être opposés, sont de nature différente; qu'ils sont analogues sans être identiques; et que c'est par cette analogie que s'applique la faculté qu'ils ont de se suppléer dans l'économie. — La vaccine, ajoute-t-il, ne guérit pas la petite vérole, elle la prévient; c'est donc à tort qu'on a invoqué ses résultats à l'appui de l'adage : *Similia similibus curantur*.

Présentation.

M. le docteur *Blot* met sous les yeux de l'Académie deux monstres : l'un est un cyclope rhinocéphale; l'autre est un exencéphale, avec *spina bifida* et exomphalie.

A quatre heures et demie l'Académie se réunit en *Comité secret* pour entendre la lecture du rapport de M. Wurtz sur les candidats au titre de correspondant national.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1860.

Notice sur Leroy (d'Étiolles), lue à la Société de médecine de Paris par le secrétaire général le docteur BOYS DE LOURY. — Imprimée par décision de la Société.

Depuis notre dernière séance, messieurs, une nouvelle et bien douloureuse perte est venue attrister la Société. Un de nos membres les plus aimés par le charme de son caractère et par la saillie de son esprit, le plus fécond sans doute en inventions ingénieuses, qui sut avec le plus de succès appliquer à l'art de guérir les ressources les plus heureuses de la mécanique, Leroy (d'Étiolles), dont on nous annonçait il y a bien peu de temps la maladie, vient de succomber lorsque son âge, sa force, l'activité de son intelligence n'auraient pu nous faire prévoir ce fatal événement.

Chacun de nous, messieurs, pourrait en quelques mots peindre notre si regretté confrère, dont la nature franche et sympathique se dévoilait, se faisait connaître au premier abord. Sa démarche élégante, le pittoresque de sa diction, son regard si vif, si spirituel, et jusqu'à ses traits qui rappelaient ceux du Béarnais, composent un ensemble qui restera à jamais empreint dans nos souvenirs.

Esquissons rapidement les premières années de Leroy. Né en 1798 à Étiolles près Corbeil, fils d'un ancien officier vendéen dans une condition moyenne de fortune, il est engagé en 1815 dans les volontaires royalistes; mais sa carrière est brusquement coupée peu de mois après par l'arrestation du général dont il devait être l'officier d'ordonnance. Une année de philosophie passée à Louis-le-Grand détourna à tout jamais le jeune homme de ses velléités belliqueuses.

Étudiant en médecine à dix-sept ans, docteur à vingt-quatre, il n'avait pas attendu le moment de sa réception pour donner le plus éclatant témoignage du profit qu'il avait tiré de ses études et de la capacité de son intelligence; deux ans auparavant, en 1822, son nom se trouvait attaché à l'une des inventions les plus utiles et les plus brillantes que notre art ait produit dans ce siècle.

Par une coïncidence singulière, trois jeunes praticiens travaillaient, à l'insu les uns des autres et au même moment, à cette mémorable découverte de la lithotritie. Pendant qu'Amussat démontrait la structure de l'urèthre et rappelait la direction droite de ce canal, qui avait déjà permis à Ambroise Paré d'y introduire la sonde droite, Leroy (d'Étiolles) présentait à l'Institut sa pince à trois branches, avec laquelle il allait saisir le calcul dans la vessie; enfin Civiale, avec d'autres instruments, en faisait le premier l'application sur l'homme.

Long fut le débat devant l'Académie des sciences sur cette priorité; la commission présenta successivement quatre rapports jusqu'en 1831 sur cette importante découverte.

C'est à cette dernière époque qu'elle assura par un prix à Leroy (d'Étiolles) la perfection de ses instruments sur ceux de ses compétiteurs d'alors. L'Académie a rendu, par six décisions successives jusqu'en 1839, les plus hauts témoignages qu'elle pût accorder aux inventions de Leroy; en 1836, la commission de l'Institut ne mettait pas en doute la priorité des instruments de lithotritie de Leroy (d'Étiolles) et leur action plus prompte; pourtant, ce n'était qu'avec retenue que l'Académie mesurait les encouragements, et en refusait même de nouveaux, à moins de modifications d'une importance majeure.

C'est que ce n'était pas de prime saut que la lithotritie allait bouleverser toutes les méthodes qui, depuis des siècles et principalement le dernier, avaient paru pour l'extraction de la pierre; le lithotome, déjà si souvent modifié depuis le frère Côme, trouvait encore entre les mains des plus illustres chirurgiens de nouvelles combinaisons au moment où la lithotritie apparaissait devant le monde savant. A celle-ci on opposait des arguments dont les uns, bien fondés, subsistent encore et dont les autres ont disparu sous le perfectionnement successif des méthodes et des instruments. Quelques esprits d'élite ne voulaient pas prendre au sérieux la nouvelle découverte, mal servie par des instruments imparfaits et qui rappelaient un peu la chirurgie arabe d'Albacasis. Fou, répétait trois fois de suite au jeune inventeur Antoine Dubois, lorsque peu d'années plus tard le grand chirurgien s'applaudissait de s'être fait opérer par cette méthode. Le vénérable Boyer accueillait par des plaisanteries les premières démonstrations que son jeune confrère faisait devant lui, et, avec cette bonté et cette candeur qui lui appartenaient, s'apercevant qu'il avait été trop loin : « Ce que je vous dis là n'est pas pour vous molester, mon ami, mais pour vous empêcher de perdre votre temps à poursuivre des rêveries. » L'honnête et savant professeur qui donnait cet avis dans sa profonde conviction ne dédaigna pas plus tard de faire venir le jeune praticien dans son service chaque fois qu'un cas de calcul s'y présentait, et l'illustre Dupuytren lui-même se laissa guider par les lumières de notre confrère.

Cette première voie si brillamment ouverte, Leroy (d'Étiolles) ne pouvait s'y arrêter. Chaque année apporte des modifications utiles dans ses instruments : l'urèthre, en même temps que la vessie, est son sujet d'études; des dilatateurs, la curette articulée, des instruments pour couper les brides, pour porter un caustique dans un point déterminé du canal, sont successivement inventés; à l'armamentarium déjà si considérable de la chirurgie des voies urinaires, Leroy (d'Étiolles) ajoute une brillante panoplie dont il a passé en revue devant la Société les intéressants détails.

Qui de vous, messieurs, n'a été frappé de cet ingénieux instrument qui, s'emparant dans la vessie d'un bout de sonde qui s'y est brisée, d'une aiguille ou de tout autre corps de cette même forme allongée, le saisit transversalement d'une manière fixe et, sous la volonté du chirurgien, le conduit progressivement dans une direction parallèle à cette pince qui le tient et au canal de l'urèthre, dont il se trouve ainsi dégagé sans l'opération de la taille, à laquelle autrement le patient aurait été infailliblement soumis?

Mais, tout en s'occupant d'une manière spéciale des maladies des voies urinaires, dont il passe en revue les principales lésions sous le nom d'urologie qu'il leur applique, l'ardeur dévorante de Leroy (d'Étiolles) ne se trouve pas encore satisfaite; il est peu de points de notre art sur lesquels il ne porte ses investigations : c'est l'électricité animale, puis des observations sur la contraction des fibres musculaires, des expériences sur la transfusion du sang, d'autres sur les effets de l'introduction de l'air dans les veines, des mémoires aux académies sur la reproduction du cristallin, la ligature des polypes du pharynx, les fistules vésico-vaginales, le traitement des anévrysmes par des injections coagulantes, celui de

l'hydrocèle par l'électropuncture, de grandes recherches cliniques et statistiques sur le cancer, études dont il a entretenu à plusieurs reprises la Société et sur lesquelles il avait fondé de grandes espérances s'il eût pu y porter la dernière main.

Son esprit investigateur sortant du domaine médical utilise encore, dans d'autres carrières, ses connaissances et son aptitude si remarquables pour la mécanique. C'est l'agriculture qu'il dote d'une nouvelle charrue. Le triste événement de 1842 du chemin de fer de la rive gauche lui suggère plusieurs moyens pour éviter le déraillement. La vie des camps lui doit un hamac dont les supports serviront de chevaux de frise contre les charges de cavalerie. Il n'est pas jusqu'à l'arme la plus offensive, le canon, dont il ne s'occupe le premier. Dès 1831 il avait trouvé le canon rayé. Le comité d'artillerie avait alors rejeté la proposition de notre confrère, qui depuis reçut l'approbation d'une commission du ministre de la guerre.

A des études si variées, ainsi que les intelligences d'élite, Leroy (d'Étiolles) joignait un goût très éclairé des arts; il se plaisait au milieu d'une remarquable collection de maîtres anciens qu'il avait créée, et que plus d'un riche amateur ont pu lui envier.

Se trouvant si fréquemment sur un terrain où il rencontrait des adversaires, Leroy (d'Étiolles) s'est trop souvent engagé dans de longues polémiques, duels dont les armes n'ont pas toujours été courtoises. Au milieu de la vivacité du langage, il existait pourtant entre les adversaires une conviction qui atteste de leur droiture et de leur loyauté. La finesse d'esprit et la gaieté de Leroy le conduisaient presque inévitablement au sarcasme et à la plaisanterie, armes qui laissent souvent de plus profondes blessures que la meilleure logique.

Mais si Leroy (d'Étiolles) s'est quelquefois trouvé emporté par des circonstances où il est difficile que la passion ne s'élève pas, si plus d'une fois son esprit s'est montré caustique, d'une autre part quelle convenance il apportait au milieu de nous, messieurs, que de témoignages de liaisons fraternelles, enfin de quelle abnégation ne l'avons-nous pas trouvé capable lorsque nous lui présentions de pauvres clients auprès desquels il savait d'avance que pour prix d'opérations si délicates, exécutées par une main si habile, il ne recueillerait que la reconnaissance et la satisfaction d'avoir fait le bien.

La croix d'honneur avait depuis longtemps récompensé les mérites de notre confrère, plusieurs fois il fut appelé par les gouvernements qui se sont succédé à diriger des établissements hospitaliers sans qu'il fût limité à sa spécialité. Décoré des ordres des principaux États, presque toutes les Sociétés savantes de l'Europe tinrent aussi à honneur de se l'adjoindre comme associé.

La dernière année de la vie de Leroy (d'Étiolles) fut pour lui la plus digne récompense de ses travaux. Appelé à Saint-Pétersbourg pour opérer un personnage dans une haute position, il réussit, quoi qu'on crût le malade dans un état désespéré, à cette opération, d'autres succédèrent. L'accueil le plus honorable fut fait par les praticiens de Saint-Pétersbourg et de Moscou au médecin français, qui, avec son abandon habituel, expliquait devant eux toutes les ressources de l'urologie. Nous l'avons vu, messieurs, dans une séance intime, nous raconter les épisodes de cette intéressante excursion; il avait pris l'engagement de nous donner un travail sur ses observations et sur le grand hospice des orphelins de Saint-Pétersbourg. La Société regrettera toujours que ce dernier souvenir qu'il nous réservait n'ait pu être achevé.

Une affection grave dont il ne se préoccupa pas assez tôt fit en quelques mois de rapides progrès; sentant que sa vie active accélérait la marche de son mal, il alla demander le repos aux lieux de sa naissance. Dans le courant d'août, notre confrère Jacquemain, son ancien compagnon d'étude, recevait de lui la prière de l'aller voir à Étiolles. « Si vous ne vous pressez, écrivait-il, vous ne retrouverez plus votre ami. » Dans cet appel d'un mourant, dernière affection d'une vieille amitié, notre confrère put encore inspirer au malade une espérance qu'il était loin d'avoir. Peu de jours après, le 22 août, Leroy (d'Étiolles) avait cessé de vivre.

J'ai voulu, messieurs, dans cette incomplète notice, dessiner à larges traits le caractère et les principaux travaux de notre si regretté confrère. Les trente ans qu'il a passés au sein de notre Société en auraient imposé le devoir à votre secrétaire général, si l'amitié qu'il portait à Leroy (d'Étiolles) ne le lui avait également dicté. Cette affection, messieurs, que nous portions au père sera l'héritage de son fils, dont les travaux remarquables sur les paralysies des membres inférieurs, et d'autres sur la gravelle et la scarlatine, nous laissent augurer qu'il saura dignement porter un nom si brillamment illustré.

ADDITITON A LA SÉANCE DU 20 JUILLET 1860.

HALLUCINATIONS.

M. *Delasiauve* a répondu comme il suit à M. Brierre de Boismont :

Je ne sais pourquoi M. Brierre de Boismont tient si fort à constater un désaccord entre nous. Il rappelle la distinction qu'il a faite des deux formes aiguë et bénigne du délire alcoolique. Quand, il y a dix ans, j'ai publié à peu de distance deux mémoires, qui n'étaient que la paraphrase immédiate de discours improvisés dans nos séances, si alors j'eusse connu le travail de notre collègue, j'aurais été, certes, heureux de le citer. Toutefois, on aurait tort de croire que j'aie élevé la prétention d'avoir le premier signalé les degrés de la maladie. Il n'est point de livres ou d'articles de journaux traitant ce sujet qui ne mentionnent les cas graves et légers. Léveillé surtout, dans sa belle Monographie datant de quarante ans, leur a consacré des chapitres distincts.

Mon mérite, si j'en ai un, est d'avoir établi de nouveaux éléments de diagnostic, non-seulement entre les deux formes, suraiguë et simple, du delirium tremens, mais entre l'agitation maniaque et celle de la folie des ivrognes, de manière que, sur le vu seul des symptômes, on puisse reconnaître et l'affection ébrieuse et la gravité qu'elle comporte; circonstance d'autant plus intéressante que l'omission d'un spécifique approprié, l'opium à dose élevée, peut avoir pour conséquence une mort rapide et imprévue. Dans les cas ordinaires, de beaucoup les plus nombreux, l'expectation suffit.

Ce n'est pas l'occasion de reproduire les considérations des écrits que je viens de rappeler. Je dirai seulement que, tandis que le délire de la manie se caractérise par l'incohérence des pensées, la mobilité des sentiments et le désordre des actes, celui des fous ébrieux a pour base presque exclusive l'éclosion hallucinatoire sur un fond d'obtusion plus ou moins prononcé. L'insensé ne crie et ne manifeste d'appréhensions que parce qu'il assiste à des scènes fantastiques. En dehors, il reste engourdi, hébété, anxieux. Le plus ou moins de lenteur ou de rapidité des pseudo-perceptions imprime aux cas des physionomies diverses qui marquent en général leur intensité, c'est-à-dire l'une ou l'autre espèce.

Quant au caractère spécial de ces anomalies perceptives, je regrette de ne pas partager entièrement l'opinion de M. Brierre de Boismont et de plusieurs autres collègues. La vue d'animaux, rats, souris, couleuvres, insectes, etc., n'est pas aussi dominante qu'ils le pensent. Dans quarante-deux cas que j'ai rapportés, elle n'existait ostensiblement que chez huit ou neuf malades. Je dis ostensiblement, car, ainsi que j'en ai fait la remarque dans mon opuscule même, si l'on notait exactement tout ce que font et disent les délirants alcooliques, on verrait, selon les moments, une variation infinie dans la succession des tableaux. Deux tiers sur un, ce sont les terreurs chimériques qui frappent l'observateur, et je puis assurer que depuis dix ans l'expérience n'a point démenti pour moi les résultats de mes recherches antérieures.

8 octobre.

P. S. — Dans ces derniers mois, j'ai fait faire sous ma direction des investigations nouvelles : douze ou quinze individus alcoolisés ont été suivis avec soin. On les a interrogés sur les symptômes présents, on a fait appel à leurs souvenirs, et la concordance est la même. L'élève qui a recueilli ces documents est en vacance. Nous y ajouterons encore, car l'occasion est fréquente, et l'on verra par cette publication quelle est la valeur ou plutôt la fréquence respective des différents ordres hallucinatoires.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 19 OCTOBRE 1860.

Réponse de M. *Fauconneau-Dufresne* à une note de M. *Duparcque* sur le traitement de la colique hépatique calculeuse.

Observation de paralysie progressive localisée dans les muscles du palais, de la langue et de l'orbiculaire des lèvres, par le docteur *Costilhes*.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement de la phthisie pulmonaire à marche fébrile par le tartre stibié à doses rasoriennes longtemps continuées, par M. le docteur FONSSAGRIVES, professeur à l'École de Brest.

Voici en quels termes M. Fonssagrives formule le traitement en question : Le but de la médication étant d'éviter, autant que possible, toute perturbation digestive, et en particulier les vomissements, il convient d'administrer l'émétique avec les précautions propres à amener presque d'emblée la tolérance rasorienne. L'association classique d'une préparation opiacée et d'une eau distillée aromatique à des doses journalières de 0g,10 à 0g,20 de tartre stibié, permet, dans le plus grand nombre des cas, d'atteindre aisément ce résultat. Le véhicule de la potion peut être de l'eau simple ; mais quelquefois il m'a paru avantageux de la remplacer par une macération amère de quassia-amara, principalement chez les personnes dont l'estomac et l'appétit ont besoin d'être stimulés. J'ajoute aussi assez souvent un peu de digitale, soit sous forme de teinture alcoolique, soit sous forme de dissolution de 1 à 3 granules de digitaline, quand, ainsi que cela arrive souvent chez les tuberculeux, le cœur est très excitable, et que l'énergie de ses battements fait pressentir l'imminence d'une hémoptysie. J'ai rarement porté au delà de 0g,30 les doses journalières de tartre stibié; le plus souvent même, à moins que la fièvre ne soit vive et la réaction ardente, je m'en tiens à 0g,20 par vingt-quatre heures, dose suffisante pour obtenir l'effet de sédation circulatoire et respiratoire que l'on recherche, et qui ne peut impressionner très profondément l'économie. Quand la fièvre est définitivement arrêtée, je fais prendre une potion en deux jours, ce qui réduit à 0g,10 seulement la dose du tartre stibié.

La potion est donnée par cuillerée à bouche, d'heure en heure, si les phénomènes qui précèdent l'assuétude ne sont pas trop violents, ou de deux heures en deux heures dans le cas contraire ; mais il vaut mieux presser un peu activement les doses au début, pour conquérir rapidement la tolérance, que de compromettre celle-ci par des ménagements intempestifs. Les premiers jours il faut cesser la potion une heure avant l'administration des aliments légers dont se composent les repas, et ne la reprendre qu'une heure après. Cette précaution, moins importante quand la tolérance sera complète et solide, devra néanmoins, autant que possible, être respectée. L'administration de la nuit n'est jamais aussi régulière; dans les premiers temps surtout, trois cuillerées à bouche seront administrées entre le soir et le matin. J'ai vu assez rarement, il est vrai, une interruption totale de toute la nuit provoquée par le sommeil, amener la cessation temporaire de la tolérance.

Une précaution qu'il est essentiel de prendre pour prévenir la pustulation stibiée de la gorge (accident que du reste je n'ai jamais rencontré, même après l'administration consécutive de 60 à 90 potions) consiste à engager le malade à se gargariser, après l'administration de la cuillerée médicamenteuse, avec quelques gorgées d'eau simple ou de tisane.

L'atténuation graduelle des doses journalières doit être subordonnée à la marche des accidents fébriles ; résistent-ils, il faut maintenir ou même augmenter la dose du tartre stibié ; cèdent-ils au contraire, il faut abaisser la dose de médicament à 0g,20 d'abord, puis à 0g,10, quantité qui peut être maintenue sans nul préjudice pendant des mois entiers, et dont l'administration journalière n'apporte aucune entrave à la digestion d'une nourriture copieuse et réparatrice.

La dose totale d'émétique administré pendant un traitement, varie entre 8 et 12 grammes, et la durée de ce traitement est d'un mois et demi à trois mois. Le moment où il convient de le suspendre est indiqué par la chute complète de la fièvre et des accidents colliquatifs; mais il arrive parfois que la réapparition du mouvement fébrile oblige à y recourir de nouveau ; on ne prolonge alors cette reprise du médicament que le temps strictement nécessaire pour venir à bout de cette recrudescence liée constamment à une nouvelle poussée du ramollissement.

Les règles de la diététique alimentaire qui doit coïncider avec l'emploi de l'émétique, demandent à être formulées avec soin, car elles concourent puissamment au résultat que l'on recherche. Le premier jour, des bouillons de viande doivent seuls être permis; au reste, les malades, en proie aux perturbations digestives qui signalent souvent la première impression du traitement, se montrent de bonne composition, et manifestent peu d'appétence pour la nourriture. Le lendemain, deux potages sont permis; le troisième jour, on en porte le nombre à trois, et on en augmente la quantité et la succulence ; le quatrième, on y joint des aliments légers : œufs, poissons; le cinquième, on permet de la viande rôtie en petite quantité, et, très généralement, à la fin de la première semaine, le malade peut se nourrir sans tenir compte de la médication énergique à laquelle il est soumis. Il y a plus, une nourriture forte et substantielle est la condition d'une tolérance durable, et il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance qui existe sous ce rapport entre la médication stibiée et la médication arsenicale. L'augmentation de l'appétit est la conséquence habituelle de l'émétique ; elle constitue un excellent signe d'assuétude et de tolérance, et, quand il manque, il ne faut pas hésiter à recourir, soit à la potion stibiée à vésicule amer, soit à des apéritifs spéciaux, administrés au moment des repas et en dehors du traitement. Relativement au choix des aliments, ils doivent être pris dans la catégorie de ceux qui ont une puissance nutritive énergique sous un petit volume; et il ne faut faire, sous ce rapport, aux appétences du malade que les concessions strictement indispensables. Quant aux boissons, une bonne quantité de vieux bordeaux coupé d'eau ou d'une infusion froide de houblon est celle qui convient le mieux.

L'alitement ne doit être recommandé que le premier jour, ou les deux premiers jours au plus ; l'exercice en plein air, quand le temps le permet, est un adjuvant très utile, qui excite l'appétit, dispose au sommeil et favorise la tolérance. Inutile d'ajouter que, plus les influences climatériques auxquelles sont soumis les malades seront bénignes, plus on verra s'accroître les chances de réussite de la médication. Ce n'est pas une condition de succès indispensable, mais il faudra se l'approprier toutes les fois qu'elle sera possible.

Dans les propositions suivantes, sont résumées les indications et les contre-indications du traitement préconisé par M. Fonssagrives, ainsi que les résultats généraux de cette médication :

1° Quel que soit le rôle que l'on fasse jouer, dans la phthisie pulmonaire, à l'élément inflammatoire, qu'il soit la cause ou le résultat du dépôt de la matière tuberculeuse, il est incontestable qu'il prend une très grande part à la production des désordres qui signalent le passage d'un degré à un autre ou la progression d'un même degré. Sous son influence, des pneumonies lobulaires avec oblitération plasmatique des vésicules se forment autour des dépôts tuberculeux, et la fièvre est la conséquence si nécessaire de ce travail inflammatoire, qu'on peut affirmer qu'il s'opère, sous quelque proportion que ce soit, dès que chez ce tuberculeux le pouls devient fébrile.

2° L'émétique employé à hautes doses et très longtemps, arrête les congestions ou les inflammations localisées qui se produisent autour des tubercules crus, et empêche ceux-ci de passer au ramollissement ou à la suppuration.

3° L'existence de la fièvre indique l'opportunité de cette médication, qu'il faudra prolonger, à moins d'intolérance exceptionnelle, jusqu'à ce que l'état apyrétique soit solidement rétabli.

4° Les bronchites intercurrentes et les congestions fébriles du premier degré, toute la période de ramollissement et même celle d'excavation tuberculeuse, quand le marasme et les perturbations ultimes des fonctions digestives ne se sont pas encore manifestés, indiquent l'emploi de ce moyen; mais son opportunité la plus réelle est fournie par le début de la période de ramollissement.

5° L'usage d'une alimentation copieuse et réparatrice est une condition essentielle de tolérance et d'utilité du médicament.

6° L'émétique peut être administré pendant plus de trois mois sans produire aucun accident; les fonctions digestives semblent au contraire mieux s'exercer sous son influence, il n'y a jamais de diarrhée, et la nutrition reprend d'une manière très sensible.

7° Il convient de suspendre la médication dès que la fièvre est arrêtée, sauf à la reprendre aussitôt qu'une nouvelle poussée de ramollissement se manifeste.

8° On peut par ce moyen maintenir la phthisie à l'état chronique ou apyrétique, et ouvrir ainsi une voie d'opportunité à l'emploi des moyens opposés avec plus ou moins de succès à la diathèse tuberculeuse.

9° On arrive, en alternant ces deux ordres de ressources, à prolonger considérablement la vie des tuberculeux, et dans quelques cas même à enrayer le progrès des tubercules et à en faire une lésion organique sans retentissement sympathique, et jusqu'à un certain point indifférente à la vie. (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LIX, n°s 1 et 2).

Contribution à l'anatomie pathologique du pancréas, par M. le docteur J. Klob.

Les altérations anatomiques du pancréas décrites par M. Klob sont assez analogues à celles que l'on rencontre dans le foie à la suite des lésions valvulaires ou d'affections pulmonaires chroniques, qui créent un obstacle puissant à la circulation veineuse. On sait que, dans ces cas, le foie présente d'abord une congestion du système des veines sus-hépatiques, congestion qui, grâce à son siége anatomique spécial, donne au foie un aspect tout particulier, analogue à celui de la noix muscade (myristification du foie). Cette congestion, qui augmente déjà par elle-même le volume du foie, s'accompagne plus tard d'une exsudation dans le tissu cellulaire, qui revêt à l'extérieur les vaisseaux sus-hépatiques; cet élément nouveau contribue, pour sa part, à augmenter le gonflement du foie. A un degré plus avancé, l'exsudat s'organise en diminuant de volume, resserre les vaisseaux qu'il entoure et le parenchyme du foie; cette glande subit dès lors une atrophie progressive, analogue à celle qui caractérise les dernières phases de la cirrhose, et s'accompagnant assez souvent de la formation de granulations, de bosselures, etc., tout à fait semblables à celles de la cirrhose.

D'après les recherches de M. Klob, des altérations de même nature se produisent dans le pancréas à la suite des mêmes causes; il faut y ajouter, en outre, les obstacles circulatoires, soit dans le tronc de la veine porte, soit dans ses ramifications intra-hépatiques (dégénérescences diverses du foie).

Au début, le pancréas est augmenté de volume, gorgé de liquides; le tissu cellulaire sous-péritonéal qui l'entoure est œdématié. En incisant la glande, on trouve que ses lobules, d'une couleur blanc-jaunâtre, tranchent sur le tissu cellulaire interstitiel, qui a une coloration plus ou moins rouge, et qui est le siége d'une infiltration séreuse; c'est surtout à cette infiltration qu'est due l'augmentation de volume de l'organe. A l'examen microscopique de ce tissu cellulaire interstitiel, on trouve toujours de nombreux éléments qui dénotent une production active de tissu connectif nouveau. Les acini glandulaires ~~et les~~ conduits excréteurs ne sont d'ailleurs nullement altérés; seulement les cellules glandulaires contiennent moins de granulations graisseuses qu'à l'état normal ou en sont même complétement dépourvues.

A une époque plus avancée, on voit le pancréas se rapetisser de plus en plus, en même temps qu'il augmente considérablement de consistance. La coloration blanc-jaunâtre ou d'un jaune rougeâtre pâle est plus uniforme; le tissu connectif de nouvelle formation, en se rétractant à mesure qu'il s'organise, exagère, en quelque sorte, l'aspect lobulé que le pancréas présente à l'état normal. Finalement, ce tissu connectif revêt parfois presque tous les caractères des tendons. Entre les mailles de ces traînées fibreuses, comme cicatricielles, on voit le plus souvent déjà à l'œil nu de petites granulations ou traînées qui laissent parfois échapper une espèce d'émulsion lorsqu'on les comprime. A l'examen microscopique, on reconnaît encore parfois dans ces parties des culs-de-sac glandulaires étranglés, avec leurs cellules propres; quelquefois elles sont infiltrées de dépôts moléculaires de carbonate de chaux; ailleurs on rencontre des cristaux sous forme de faisceaux, formés probablement d'acide margarique, et provenant de l'atrophie du tissu adipeux.

Ces altérations occupent tantôt le pancréas dans toute son étendue, tantôt elles sont beaucoup plus prononcées dans quelques points que dans d'autres. M. Klob les a rencontrées, le plus souvent, dans la tête, moins fréquemment dans le corps, et très rarement dans la séreuse seule. Ces dégénérescences partielles sont parfois extrêmement prononcées; la partie affectée est alors remplacée presque en entier par une masse fibreuse (*Schwielen-Substitution*), dans laquelle on découvre encore çà et là des vestiges isolés du parenchyme, et, en outre, parfois des kystes de volume variable. Il est probable que ces kystes se forment aux dépens de parties parenchymateuses entièrement séquestrées par le tissu connectif rétracté.

La formation de ces masses fibreuses, qui s'accompagne, comme partout ailleurs, d'une rétraction plus ou moins prononcée, a surtout des conséquences importantes lorsqu'elle se passe au niveau de la tête; il peut arriver alors que le canal cholédoque et le *diverticulum Vateri* se trouvent tellement tiraillés de dehors en dedans que l'écoulement de la bile se trouve considérablement gêné ou même totalement supprimé; de là un ictère rebelle qui peut même devenir mortel.

A côté des lésions qui viennent d'être décrites, on trouve parfois, comme conséquence des mêmes causes pathologiques, des hémorrhagies interstitielles. M. Klob n'a rencontré ces extravasations sanguines que dans des cas où l'obstacle à la circulation de la veine porte était extrêmement prononcé. Les apoplexies capillaires, très peu étendues, paraissaient d'ailleurs être assez fréquentes dans la *cirrhose* du pancréas; on trouve, en effet, souvent des dépôts pigmentaires ou de petits kystes hématiques dans le tissu connectif rétracté, qui produit l'atrophie de la glande. (*Œsterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde*, 1860, n° 33)

De l'emploi du rhinoscope pour faciliter le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur Semeleder.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache, quelque procédé que l'on emploie, est toujours une opération difficile, et il est parfois impossible au chirurgien le plus exercé de savoir au juste s'il a réussi à pénétrer dans le pavillon de la trompe. Le *rhinoscope*, en rendant cette partie accessible à la vue, permet de garder le bec du cathéter avec la plus grande facilité, et de s'assurer avec certitude de sa pénétration. On peut confier le rhinoscope à un aide, pendant que l'on pratique le cathétérisme, ou l'on tient le rhinoscope d'une main en même temps que l'on dirige la sonde de l'autre. Cette nouvelle application de la laryngo-rhinoscopie est par conséquent appelée à rendre des services dans des cas où, sans elle, les plus habiles pouvaient échouer. (*Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde*, 1860, n° 21.)

Kyste de l'ovaire contenant de l'air. — Présentation à la Société médicale de Berlin, par M. le docteur J. Meyer.

Ce fait manque malheureusement de détails importants. Toutefois, aucun doute ne peut être élevé sur son entière authenticité, et la lésion dont il s'agit est tellement exceptionnelle qu'il est utile

de reproduire les quelques lignes qui y sont consacrées dans le compte rendu de la Société.

La malade, âgée de trente-six ans, extrêmement affaiblie, très pâle, sans signes manifestes d'une dyscrasie, portait dans le bas-ventre une tumeur du volume d'une tête d'enfant, s'étendant de la symphyse pubienne jusqu'au nombril, arrondie, située d'abord sur la ligne médiane, et plus tard un peu à gauche. Elle n'était manifestement pas adhérente à la peau, et il était assez facile de la déplacer latéralement. En percutant sur la tumeur, on obtenait un son tympanique extrêmement prononcé. On n'y entendait pas de bruit particulier pendant la déglutition. Le museau de tanche était un peu tuméfié et divisé à gauche, tandis que le corps de l'utérus était déplacé vers la droite.

La malade s'était d'abord aperçue de l'existence d'une tumeur en 1856 : elle occupait alors le côté droit du bas-ventre. Au bout d'un an, elle se serait abaissée, au dire de la malade, vers l'époque où la tumeur fit son apparition ; la malade avait des selles liquides, mêlées de sang et de pus.

La rate et le foie présentaient une augmentation considérable de volume. La malade avait quatre à six selles diarrhéiques par jour ; les fèces étaient tantôt jaunâtres, tantôt colorées en gris par du pus ou en rouge par du sang. La défécation occasionnait toujours des douleurs dans la tumeur. Mort dans le marasme par suite de la diarrhée.

Autopsie. — L'ovaire gauche était transformé en un kyste qui avait contracté des adhérences intimes avec la première partie de l'S iliaque. Ce kyste contenait de l'air; sa face interne était celle d'un kyste dermoïde, avec développement de poils. Il contenait dans son intérieur deux boules formées de poils enchevêtrés, analogues à des bézoards; oblitération des trompes de Fallope. Dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins et du tube digestif.

On aurait peut-être pu diagnostiquer cet état de choses si l'on avait retrouvé des poils dans les matières fécales.

Une observation semblable à la précédente a été publiée par M. Bouchacourt. Il s'agissait d'un enfant de cinq ans qui rendait du pus et des poils avec les selles, qui étaient diarrhéiques. Au bout de quelque temps, on vit sortir par l'anus un kyste garni de dents et de poils. (*Deutsche Klinik*, nº 15, 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales (méthode américaine), par E. FOLLIN. — Paris, Labé, 1860.

Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le traitement américain, modifié par M. BOZEMAN. Thèse inaugurale de M. ANDRADE. — Paris, 1860.

M. Follin a publié, dans les numéros d'avril et mai du recueil qu'il dirige avec autant de zèle que de talent, un mémoire trop bien connu de nos lecteurs pour que nous puissions nous permettre d'en donner une analyse. Ce travail, augmenté et complété par quelques détails opératoires nouveaux, le résumé d'un grand nombre d'observations, vient d'être publié par l'auteur sous forme d'opuscule. La thèse de M. Andrade, dont nous voulons surtout rendre compte, traite également de l'opération de la fistule vésico-vaginale par le *procédé américain*, ou de M. Bozeman. Quoique postérieure au mémoire de M. Follin, la thèse de M. Andrade n'en est pas une simple reproduction, car depuis longtemps déjà notre jeune confrère s'occupait à réunir les matériaux de son travail, et la date plus récente de sa publication a permis à l'auteur d'ajouter quelques nouvelles observations à celles déjà nombreuses contenues dans les travaux parus avant le sien.

Nous n'avons pas à rappeler les procédés employés généralement en France pour la guérison des fistules vésico-vaginales. Chacun connaît ceux employés avec tant d'habileté par M. le professeur Jobert (de Lamballe) : avivement des bords du trajet fistuleux, suture à points séparés formée généralement de deux fils de soie cirés et réunis en une sorte de ruban; incisions latérales à quelque distance de la plaie, lorsque la tension des tissus pouvait faire craindre la coupure par les fils des parties embrassées par la suture, cathéter à demeure, etc.

Envisagé dans son essence, le procédé américain ne diffère pas de celui de M. Jobert (de Lamballe) ; mais la manière de pratiquer l'avivement, de passer et de réunir les fils, la matière dont ils sont formés, font que la manière de pratiquer l'opération s'éloigne assez de la précédente pour lui mériter le nom de méthode.

A qui revient l'honneur de son invention et de son application? C'est un point que nous n'avons pas à examiner, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur désireux de connaître la partie historique de la question, aux articles si remarquables publiés à ce sujet par M. Verneuil dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (janvier et février 1859).

Les différences qui séparent la méthode américaine de celle suivie en France jusqu'à ce jour portent sur la position de la malade, la substitution du décubitus abdominal au décubitus dorsal, l'emploi d'un spéculum particulier dispensant d'autres moyens de dilatation de l'orifice vulvaire, l'usage de fils métalliques fixés sur une plaque de plomb, etc. Quels sont les avantages et les inconvénients des procédés opératoires employés dans la méthode Bozeman?

Le décubitus antérieur, la malade reposant sur les genoux et les coudes, a l'inconvénient de priver l'opérée du bienfait du chloroforme, dont l'emploi serait difficilement surveillé; mais il ne faut pas oublier que si l'opération est longue, elle est peu douloureuse, beaucoup moins qu'on ne pourrait le croire, si l'on jugeait de la sensibilité du conduit vaginal par celle de la partie vulvaire. Cette position est, il est vrai, fatigante, mais on peut, comme l'a fait M. Verneuil, pratiquer l'avivement, la malade reposant sur le côté.

M. Andrade donne comme un des avantages de cette position l'écoulement dans la vessie du sang qui s'échappe des parties atteintes par le bistouri pendant l'avivement. Ce sang épanché dans le réservoir urinaire peut être, dit-il, facilement retiré. Nous ne saurions partager son opinion, et nous nous rangeons complétement sur ce point à l'avis de M. Follin, qui regarde ce fait comme un inconvénient; il est loin de compenser l'avantage d'opérer sans être gêné par le liquide qui s'écoule; mais cet inconvénient, auquel il est facile de remédier, le cas échéant, par quelques injections délayantes poussées dans la vessie, ne doit pas être exagéré.

M. Verneuil compte encore parmi les désavantages de cette position le déplacement de la fistule entraînée vers l'ombilic par le poids de l'utérus. M. Verneuil a pratiqué l'opération sur le vivant, nous ne l'avons pratiquée que sur le cadavre; mais il nous semble que ce petit inconvénient est aussi compensé largement par la facilité si grande des manœuvres, et il devient quelquefois un avantage en déplissant les plis du vagin, derrière lesquels se cachent assez souvent des fistules étroites.

Dans le décubitus antérieur, la hernie que fait, dans les larges fistules surtout, la muqueuse vésicale se réduit d'elle-même quelquefois complétement, et nous verrons qu'un des points principaux de la nouvelle méthode opératoire est l'intégrité de cette muqueuse. Enfin il ne faut pas oublier que l'opérateur, dans le procédé ordinaire, agit, pour ainsi dire, à main levée, puisque la paroi antérieure du vagin est devenue supérieure, tandis que dans la méthode américaine cette paroi devient inférieure, et se place ainsi sous les yeux et sous l'action facile de la main.

Une seconde différence consiste dans l'emploi d'un spéculum spécial, sorte de gouttière, de cuiller métallique polie et brillante, réfléchissant assez fortement les rayons lumineux et les concentrant là où doit porter le bistouri. Ce spéculum s'applique sur la paroi postérieure du conduit vaginal, s'accommodant à la concavité du sacrum, et il suffit pour opérer une dilatation suffisante. Un des inconvénients de la méthode ordinaire consiste précisément dans

la difficulté de rendre les parties facilement accessibles. Cependant il ne faudrait pas l'exagérer, et nous avons pu contester bien souvent la facilité et l'aisance avec lesquelles M. le professeur Jobert, par une bonne disposition donnée à ses aides, parvenait à mettre à portée du bistouri les fistules en apparence les plus inaccessibles. Il est vrai que tout le monde ne possède pas l'habileté exceptionnelle qu'une longue habitude de cette opération a donnée à ce chirurgien.

Nous ne parlerons pas des instruments employés pour pratiquer l'avivement, il nous suffira de rappeler le précepte important de respecter complétement la muqueuse vésicale; mais cet avivement doit, du côté du vagin, être fait sur une large surface; il faut enlever complétement tout le tissu cicatriciel, et aller même au delà. M. Verneuil a apporté à ce temps de l'opération une modification très simple et d'une incontestable utilité : au lieu de commencer l'avivement par la dissection du bourrelet qui borde l'orifice de la fistule, il commence l'opération en pratiquant une incision ovalaire ou circulaire, mais toujours parallèle aux bords de l'ouverture accidentelle, et à $0^{m},01$ de ceux-ci. Cette incision, très superficielle, ne comprend que la muqueuse vaginale; elle marque la limite extérieure de l'avivement. La limite intérieure étant naturellement bornée par l'ouverture, il ne s'agit plus que d'enlever la muqueuse comprise entre ces deux démarcations, et cette manœuvre préliminaire simplifie beaucoup ce temps de l'opération.

Le précepte de borner l'avivement à la muqueuse vaginale, et de respecter complétement la vessie, a une très grande importance. La malade ne se trouve plus, de cette façon, exposée à une hémorrhagie vésicale, et la plaie ne se trouvera, dans aucune de ses parties, en contact immédiat et forcé avec l'urine.

Lorsque l'on s'est assuré que toute la portion superficielle de la muqueuse autour de la fistule a été enlevée, et que le bistouri n'a laissé du côté aucune partie non avivée, on procède à la suture. Ce deuxième temps de l'opération comprend deux manœuvres distinctes, sur chacune desquelles nous devons insister : passer les fils, les serrer d'une manière solide, fixe et permanente.

Les fils métalliques sont employés à l'exclusion de tous les autres, mais le métal employé varie de nature; ils peuvent être de plomb, de fer argenté, d'or, de platine, mais les plus usités sont ceux d'argent très fin. Cette suture métallique offre deux avantages : le premier, que la finesse des fils permet d'en placer un plus grand nombre, et de retenir ainsi en contact plus parfait les deux lèvres de la plaie; le second, c'est que les sutures métalliques exposent beaucoup moins que celles de fil ou de soie à l'ulcération des parties embrassées par l'anneau constricteur, ce qui permet de les laisser un plus long temps en place, et d'assurer ainsi une réunion plus exacte et plus complète. C'est là un point que l'expérience a décidément acquis à la science. Le nombre des points de suture varie nécessairement avec l'étendue et la largeur de la fistule : dix, et c'est là le nombre maximum, ont été plusieurs fois nécessaires, quelquefois deux seulement ont pu suffire.

Pour passer le fil métallique, on se contente assez souvent de traverser les tissus avivés avec une aiguille courbe entraînant un fil de soie, à l'extrémité duquel s'attache le fil d'argent; en tirant sur un des chefs, la partie métallique de la ligature vient prendre la place de la soie, que l'on enlève. M. Simpson passe directement et sans intermédiaire le fil d'argent au moyen d'une aiguille particulière munie d'un canal central s'ouvrant près de la pointe.

Quelle que soit la manière dont la suture est mise en place, ce qu'il importe avant tout, c'est qu'elle ne comprenne pas la muqueuse vésicale, et que le fil ne vienne pas, comme dans le procédé ordinaire, apparaître dans l'intérieur de la vessie.

Il faut donc enfoncer l'aiguille à un centimètre environ en dehors des bords de la surface avivée, la diriger obliquement, la faire sortir en avant du bord vésical de la suture, et lui faire faire dans l'épaisseur de l'autre lèvre de la plaie le même trajet, mais en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors.

Lorsque les fils ont été placés en nombre suffisant et d'une manière convenable, comment les retenir? C'est encore un point sur lequel la méthode américaine diffère de la méthode française. Dans la première, on ne se contente pas, comme dans la seconde, de tordre ou de nouer les fils métalliques, on les serre sur une plaque variant de forme et de nature, mais qu'on fait maintenant presque toujours en plomb, et l'emploi de cette plaque a pour but de soutenir d'une manière plus exacte les lèvres de la fistule opérée.

M. Marion-Sims, un des premiers opérateurs suivant la nouvelle méthode, fait usage d'une sorte de suture en cheville qu'il appelle suture en crampon (*clamp suture*). Les crampons sont de petites chevilles d'argent ou de plomb d'une longueur proportionnée à celle de la fistule, et percées d'une certaine quantité de petits trous en rapport avec le nombre des fils. Lorsque les fils métalliques ont été convenablement placés, on passe un de leurs chefs, ceux de gauche par exemple, dans les trous correspondants du crampon, et on les fixe en leur faisant faire un ou deux tours sur la tige qu'ils traversent. Les sutures et la tige ont alors assez de rapports avec la forme d'un peigne, les fils métalliques représentant les dents de peigne. Ceci fait, en tirant sur les chefs opposés, on rapproche le crampon de la lèvre de la fistule à laquelle il doit répondre, et l'on passe les extrémités libres des fils dans les tissus du crampon de droite, que l'on pousse contre l'autre lèvre de la fistule. On rapproche enfin plus ou moins fortement, avec les doigts ou avec une pince, les deux crampons l'un de l'autre, et on assujettit la suture par un grain de plomb perforé, qu'on écrase lorsque l'on trouve le rapprochement des lèvres suffisant; les fils se trouvent ainsi solidement fixés.

Ces tiges métalliques agissant sur une surface linéaire ont l'inconvénient peu grave, suivant M. Marion-Sims, d'ulcérer légèrement la muqueuse vaginale, qu'elles creusent, et qui les recouvre quelquefois de bourgeons charnus. L'inconvénient est sans doute léger au point de vue de la guérison de la maladie, mais les chefs des fils cachés ainsi profondément dans l'épaisseur des tissus rendent l'enlèvement des fils quelquefois très difficile.

M. Bozeman a substitué aux crampons de M. Sims une plaque de plomb qu'on perce de trous en nombre correspondant à celui des fils employés, et que l'on découpe au moment même de l'opération en lui donnant une forme et une étendue correspondant à la largeur de la fistule qu'il s'agit de combler. Il donne à cette suture le nom de suture en bouton (*the button suture*).

Lorsque les fils se trouvent placés, on prépare la plaque, et on perce dans son centre et linéairement autant de trous qu'il y a de fils, les deux chefs devant passer dans la même ouverture. Puis, au moyen d'un instrument composé d'une tige d'acier fixée sur un manche, terminée par un bouton aplati et percé au centre d'un trou dans lequel passent les deux chefs réunis, instrument que l'on pousse jusqu'au contact des tissus, on accole l'un à l'autre les fils, et l'on rapproche ainsi, autant qu'on le juge convenable, les deux lèvres de la plaie. L'ajusteur de la suture (*suture adjuster*) retiré, on introduit les deux extrémités de chaque fil dans chacun des trous de la plaque de plomb, que l'on pousse au contact de la fistule, et on les fixe d'une manière permanente en écrasant contre la plaque un grain de plomb perforé, assez semblable au petit tube de M. Galli.

M. Baker-Brown, au lieu d'une plaque, emploie de petits croissants de plomb, perforés au centre, qu'il applique de la même façon.

M. Atlee fait usage d'une plaque de plomb ayant à son centre une fenêtre proportionnée à l'étendue et à la forme de la fistule; des deux côtés sont percés des trous parallèles et équidistants. Il y a donc deux trous pour chaque fil. Les sutures placées, on rapproche un certain nombre des fils, comme dans le procédé de M. Bozeman, et on les passe au travers de la fenêtre de la plaque. Les chefs des autres fils sont engagés dans les trous percés sur les côtés de la gouttière; ils sont ainsi maintenus plus écartés et pressent les tissus aussi bien de haut en bas que latéralement. Mais une description ne peut faire comprendre cette modification, qui nous paraît bonne; il suffira, pour en saisir complétement la nature, de jeter les yeux sur la figure qui accompagne le mémoire de M. Follin, auquel nous ne pouvons que renvoyer le lecteur.

Quelle est l'utilité de la plaque de plomb? Comment soutient-elle les tissus? Protége-t-elle efficacement la plaie contre le contact des liquides? Ce sont là des questions importantes à résoudre, puisque

leur solution peut faire adopter tel ou tel procédé, ou peut engager à modifier dans un certain sens les procédés déjà employés. Nous n'avons pas du sujet une expérience personnelle, n'ayant pas pratiqué l'opération sur le vivant ; mais après l'avoir faite plusieurs fois sur le cadavre, nous ne pensons pas que la plaque de plomb, telle que l'emploie M. Bozeman, donne tous les avantages qu'elle pourrait donner employée d'une façon un peu différente. En effet, la suture est déjà serrée par l'ajusteur lorsque l'on applique la plaque ; celle-ci, bien que poussée contre la fistule, n'agit que par son centre, là où elle est traversée par ses fils, et ses bords s'écartent toujours assez pour laisser passer les liquides, bien que le contact prolongé de ces bords avec les tissus ait assez souvent déterminé un commencement d'ulcération.

La suture, formée par la réunion dans un contact intime des deux chefs des fils qui la constitue, donne une anse circulaire qui comprime et étrangle les tissus dans tous les sens ; or, il ne faut, pour obtenir la réunion par première intention, que rapprocher les deux surfaces saignantes. M. Atlee y serait, nous le pensons, mieux arrivé que M. Bozeman, si la moitié de ses sutures n'étaient fixées comme celles de ce chirurgien.

Quant à nous, d'après ce que nous avons pu voir, nous pensons que l'avantage de la plaque de plomb est non-seulement de soutenir la fistule et les parties voisines, mais surtout de convertir, imparfaitement il est vrai, une striction circulaire en une pression entre deux points parallèles. Une simple mais solide opposition des lèvres de la plaie saignante, suffit pour obtenir la réunion par première intention ; ainsi, pensons-nous qu'il y aurait avantage à modifier de la manière suivante la plaque de M. Atlee. Ce serait de passer tous les fils sans exception dans les tissus percés sur les côtés de la gouttière, en ayant soin que la distance entre les trous correspondant à chacun des chefs opposés d'un même fil soit égale à celle qui sépare le bord de l'avivement du point d'entrée de la ligature. Ainsi, en supposant que chacun des fils ait été introduit à 1 centimètre en dehors de la surface avivée, ce qui donnerait pour les deux lèvres rapprochées 2 centimètres, en laissant 1 centimètre d'intervalle entre les trous opposés de la plaque, le rapprochement serait suffisant ; le bord libre de la fistule venant s'engager un peu dans la gouttière centrale de la plaque, s'y comprimerait lui-même légèrement, et la fistule serait ainsi soutenue dans toute sa largeur, puisqu'elle se trouverait comprise entre deux surfaces parallèles, l'une linéaire, formée par le fil ; l'autre très large, constituée par la plaque, solidement fixée sans employer une forte striction. Nous ne savons ce que. cette modification produirait sur le vivant ; mais, autant qu'on peut en juger par l'expérimentation cadavérique, elle nous a paru utile.

Lorsque la malade est reportée dans son lit, il faut avoir grand soin d'empêcher le séjour et l'accumulation de l'urine dans la vessie. On emploie à cet effet une sonde que l'on maintient à demeure. M. le professeur Jobert (de Lamballe) emploie une sonde de gomme élastique ordinaire, retenue au moyen de fils allant s'attacher à un bandage de corps. M. Bozeman se sert d'une sonde d'argent présentant à peu près la forme des cathéters pleins de M. Beniqué, et qui offre l'avantage de demeurer en place, sans qu'il soit besoin de liens pour le retenir, c'est le *self-retaining catheter*.

M. Follin, en remplaçant l'argent par l'aluminium, a donné à cet instrument une légèreté qui offre de grands avantages en le faisant supporter avec beaucoup plus de facilité.

Le régime que doit suivre la malade est d'une grande importance : on peut, comme le font les chirurgiens anglais et comme le conseille M. Follin, administrer l'opium à la dose de 2 ou 5 centigrammes toutes les quatre ou six heures. L'usage des opiacés unis aux toniques et même aux excitants, s'associe très bien à un régime alimentaire léger, et nous avons pu en Angleterre on constater les bons effets après les opérations.

Les fils peuvent rester en place neuf, dix et douze jours ; mais il faut, vers le septième au plus tard, examiner avec ménagement l'état des parties.

Tels sont les points principaux qui constituent ce que l'on appelle la méthode américaine ; nous en avons donné une analyse succincte, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur aux travaux de MM. Follin et Andrade. Quels résultats a donnés cette méthode ?

M. Follin donne l'analyse des faits de M. Bozeman et Baker-Brown, qu'il réunit en tableau en y joignant 12 cas opérés par M. Simpson. Il résulte de son résumé que sur 60 femmes opérées, 39 ont guéri par réunion primitive, 10 après deux opérations, 3 après un certain nombre ; il y eut 7 insuccès, et l'une des malades succomba. Il y a donc en totalité 54 guérisons sur 60 cas.

M. Andrade a procédé d'une manière un peu différente. Il n'a plus compté par malade, mais par opération. Nous l'approuvons fort d'avoir fait ainsi, car ce qu'il importe avant tout pour juger de l'efficacité de la méthode américaine, c'est de savoir quelles chances elle nous offre, d'obtenir rapidement, et s'il est possible après une seule opération, la guérison définitive. Sa statistique comprend 68 cas ; elle ne renferme pas les 12 cas de M. Simpson rapportés par M. Follin, mais elle en renferme d'autres appartenant à des chirurgiens anglais et américains, et ceux de MM. Follin, Verneuil et Foucher.

Les 68 malades présentaient quatre-vingt-trois fistules, plusieurs possédaient à la fois deux et même trois orifices fistuleux. Ces fistules, d'après le tableau de M. Andrade, réclamèrent 110 opérations :

45 fois une seule opération ; 16 fois deux ; 4 fois trois ; 1 fois cinq ; 1 fois six ; 1 fois dix.

Il y eut 63 guérisons, 23 améliorations, 22 insuccès, 2 morts. Sur les 63 guérisons, 44 furent obtenues à la première opération.

La statistique, comme le fait remarquer M. Andrade, présentée de cette façon, est plus exacte dans un certain sens ; mais elle assombrit plus qu'il ne faut le tableau des succès. En effet, une même malade, le n° 26, de M. Bozeman, qui ne guérit pas, compte pour 10 opérations, et, par suite, pour 10 insuccès ; il en est de même du n° 33, de M. Baker-Brown, opéré six fois. Ces faits ne doivent pas décourager, car ils sont rares, et tous les chirurgiens savent que quelques constitutions douées d'une force plastique insuffisante semblent ne pas permettre les réunions par adhésion primitive.

Si, combinant les faits de MM. Follin et Andrade, nous examinons les résultats au point de vue du nombre des malades soumises à la méthode, nous voyons que sur 80 femmes atteintes de fistules, 72 furent guéries, 2 succombèrent, 6 n'eurent que de l'amélioration ou conservèrent leur fistule.

Tels qu'ils se présentent, ces résultats sont assez beaux pour modifier profondément le pronostic des fistules urinaires vaginales ; il fallait, avec le procédé ordinaire, toute l'habileté qu'une longue habitude a donnée à M. Jobert (de Lamballe) pour obtenir des succès que nous avons bien souvent constatés, succès beaucoup plus nombreux qu'on n'affectait peut-être de le croire, mais qui sont loin d'être aussi fréquents entre les mains d'autres chirurgiens, aussi habiles sans doute, mais moins familiarisés avec une opération au succès de laquelle les aides et les personnes chargées des soins consécutifs contribuent plus qu'on ne pense.

Cependant il faut reconnaître que la méthode américaine par la facilité de la manœuvre opératoire, par les résultats qu'elle donne, est de beaucoup supérieure à la nôtre. MM. Follin et Andrade, par leurs mémoires sur ce sujet, ont rendu un grand service à la science en faisant connaître cette opération, encore peu connue des chirurgiens français. M. Follin surtout, un des dignes représentants de cette école, qui s'attache à suivre les progrès de la science en quelque lieu que se produisent les améliorations, que ce soit en Angleterre, en Allemagne ou sur le continent américain, a fait plus que nous décrire l'opération et nous en signaler les avantages ; le premier des chirurgiens français il nous a montré *ipso facto* sur la malade elle-même que l'opération est facile, quoique délicate, et que les guérisons ne se voient pas seulement de l'autre côté du détroit.

La thèse de M. Andrade, en apportant quelques faits nouveaux, vient compléter son travail. Résultat de recherches consciencieusement suivies, renfermant un grand nombre de faits intéressants habilement groupés, elle montre une fois de plus que si la thèse inaugurale n'est pour la plupart qu'une formalité dont ils se débarrassent le plus mal possible, elle est pour quelques-uns l'occa-

sion d'un travail sérieux et utile à la science. Celle de M. Andrade nous prouve que la chirurgie comptera au Brésil un digne représentant de plus, car il y portera la sévérité de jugement et d'appréciation qui caractérise et honore la chirurgie française.

Léon Le Fort,
Prosecteur de la Faculté.

VI

VARIÉTÉS.

Le jury pour le concours de l'internat qui s'ouvrira le 22 de ce mois est composé de MM. Briquet, Moissenet, Bouvier, Cusco et Guérin, juges titulaires; Triboulet et Jobert (de Lamballe), suppléants.

— M. Boyer-Gubert, premier adjoint au maire de Draguignan, médecin du dispensaire et de l'hospice de cette ville, et M. le docteur Sirus Pirondi, médecin à Marseille, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Une mesure de la plus haute importance, relative à la statistique médicale des hôpitaux de Paris vient d'être arrêtée par M. le directeur de l'Assistance publique.

Considérant que l'administration n'a pas en sa possession des éléments complets suffisamment coordonnés pour l'établissement d'une statistique médicale des hôpitaux de Paris; que pour faire ressortir plus encore l'efficacité des soins donnés aux malades dans les hôpitaux, aussi bien que pour fournir aux hommes laborieux des moyens de comparaison et d'étude, il convient de combler au plus tôt cette lacune; mais que, pour atteindre le but proposé, il y a lieu de poser tout d'abord, avec le concours de quelques-uns des praticiens éminents attachés au service médical des hôpitaux, des bases solides qui permettent à l'administration de rendre sûr et durable le travail qu'elle entreprend, M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique a arrêté qu'il sera dressé, à partir du 1er janvier prochain, une statistique médicale des hôpitaux de Paris.

Que l'étude des éléments nécessaires à ce travail est confiée à une commission de médecins et chirurgiens des hôpitaux, composée comme suit :

MM. Grisolle, médecin de l'Hôtel-Dieu, président; Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, vice-président; Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu; Natalis Guillot, médecin de l'hôpital Necker; Beau, médecin de l'hôpital de la Charité; Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière; Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Guéneau de Mussy, médecin de l'hôpital de la Pitié; Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon; Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière; Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie; Bouchut, médecin du même hôpital; Depaul, chirurgien du Bureau central; Broca, chirurgien du Bureau central.

La commission se réunira au chef-lieu de l'administration, où tous les documents dont elle pourra avoir besoin seront mis à sa disposition.

Les propositions seront formulées dans un rapport qui deviendra la base de l'organisation projetée.

— La Société de prévoyance des médecins des Deux-Sèvres, a constitué ainsi son bureau :

Président, M. le docteur de Meschinet; vice-président, M. le docteur Fontant; secrétaire, M. le docteur Paul Tondut; trésorier, M. le docteur Auguste Tonnet.

— Le docteur Fabre (de Meyronnes), auteur du *Traité du goître et du crétinisme*, est mort il y a peu de jours. Par une triste fatalité, son fils, le docteur Adrien Fabre, ancien aide-major au 1er régiment d'artillerie, vient de succomber à l'âge de trente-deux ans, à une rapide et cruelle affection.

— Le samedi 3 novembre 1860, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination aux places d'externes en médecine et chirurgie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Les élèves qui désireraient prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 10 octobre inclusivement.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, M. le docteur Marcé, agrégé de la Faculté, a été nommé médecin des aliénés de la Seine à la ferme de Sainte-Anne, où un service médical vient d'être institué. La ferme de Sainte Anne n'a jamais renfermé jusqu'à présent que des malades tranquilles occupés à des travaux agricoles.

— M. le docteur Amstein (de Mézières) est nommé directeur de la santé, à Nice.

— MM. Rietschell, médecin principal à Alger, et Maignien, médecin major à Oran, ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur, et non au grade de chevalier, comme nous l'avons inséré par erreur.

— Un décret réserve cent places à l'asile des aliénés de Bassens (près Chambéry), pour les crétins et les idiots les plus infirmes des départements de la Savoie et de la Haute-Savoie.

— MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques recommenceront le lundi 15 octobre 1860. A dater de cette époque, les pavillons de l'école pratique seront ouverts tous les jours, le dimanche excepté, de onze heures du matin à quatre heures du soir.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

The Dublin Quarterly Journal of Medical Science. — 1860. — Février. Sur les brûlures du larynx, par *Bevan*. — Observations médicales, par *Griffin*. — Sur les fièvres des Indes occidentales, par *Groskery*. — Sur le delirium tremens, par *O'Donovan*. — Sur l'influence des aliments, par *Smith*. — Sur la mortalité des enfants nés dans les maisons de correction, par *Minchin*. — Sur l'étranglement des hernies fémorales, par *Whitth*. — Sur les rétrécissements syphilitiques de l'œsophage, par *West*. — Sur la staphylorrhaphie, par *Browne*. — Nouvel instrument pour la paracentèse, par *Russell*. — Mamelons multiples chez un homme, par *Fitzgibbon*. — Sur la méthode ectrolique, par *Stokes*. — Mai. Chirurgie opératoire, par *Butcher*. — Paralysie des muscles des bronches, par *Duncan*. — Traitement de l'ascite, par *Croskery*. — Sur la dégénérescence des verrues, par *Collis*. — Cas de monstre double, par *Hobart*. — Sur le carcinome de la vessie, par *Thompson*.

The British and Foreign Medico-chirurgical Review. — 1860. — Janvier. Sur l'angine diphthérique, par *Sanderson*. — Empoisonnement par des saucisses, par *Tripe*. — Sur la digestion, par *Harley*. — Sur la phthisie des tailleurs de pierre, par *Peacock*. — Avril. Pulsation et oblitération de l'aorte, par *le même*. — Sur l'ostéite, par *Barwell*. — Ethnologie, par *Retzius*.

Lo Sperimentale. — N° 9. Sur un cas de leucocythémie, par *Mattei*. — 10 et 11. Rapports du physique et du moral de l'homme, par *Ghinozzi*. — Principe de l'organicisme, par *Belti*. — Sur la métrorrhagie dépendant de l'insertion du placenta sur le col de l'utérus, par *Balocchi*. — 12. Organicisme (suite). — Méthode à suivre dans l'étude de la médecine, par *Burresi*. — 1860. — Nos 1 et 2. Entérorrhaphie, par *Conti*.

La Liguria medica. — 1860. — N° 1. Constitution médicale de Gênes, par *Balestrini*. — L'anesthésie hypnotique, par *R..* — 2. Sur la conjonctivite intermittente, par *Marinelli*. — 3. Sur l'anémisme, par *Castellani*. — Sur un cas de sclérème, par *Pasquali*. — 4. Note sur l'iodisme, par *Galligo*. — Nouveau traitement de l'ascite, par *Bolestreri*.

Livres.

Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou des deux formes du charbon externe chez l'homme, par *J. Bourgeois*. In-8 de 428 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr. 50

Traité de l'action thérapeutique du perchlorure de fer a l'extérieur et a l'intérieur, par *A.-M.-B. Burin du Buisson*. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine de Paris, concours de 1859. In-8 de près de 400 pages. Paris, Victor Rozier. 5 fr.

Atlas der pathologischen Histologie des Auges (Atlas d'histologie pathologique de l'œil), par *G. Stellwag de Carion* et *C. Wedl*. 1re livraison. Grand in-4, cartonné. Leipzig, G. Wigand. 10 fr. 75

Die trophischen Nerven, ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie (Les nerfs trophiques, contribution à la physiologie et à la pathologie), par *S. Samuel*. Grand in-8. Leipzig, O. Wigand. 8 fr.

Klinische Vorträge ueber Augenheilkunde (Leçons cliniques sur les maladies des yeux), par *J. de Hasner*. 1re partie. Grand in-8. Prague, Credner. 3 fr. 25

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 30 septembre 1860, et qui n'ont pas encore donné d'ordre contraire, sont prévenus qu'il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre 1860.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 19 OCTOBRE 1860. N° 42.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 22 au 29 août 1860.

194. CHEVALLIER, André, né à Saint-Senier-de-Beuvron (Manche). [*De l'intoxication par l'emploi du nitrate acide de mercure chez les Chapeliers.*]

195. NÉRON, Frédéric, né à Saint-Didier-la-Séauve (Haute-Loire). [*Quelques considérations sur l'anus contre nature accidentel.*]

196. DUPONT, Auguste-Léon, né à Laon (Aisne). [*Quelques considérations pratiques sur les amputations, et spécialement sur l'amputation sus-malléolaire.*]

197. RIVOLS, Gabriel-Edmond, né à Toulouse (Haute-Garonne). [*Essai sur les applications de l'électricité à certains cas d'atonie vésicale.*]

198. LAROYENNE, Lucien, né à Vienne (Isère). [*Études sur la circulation, dans certains états physiologiques et pathologiques, sa vitesse étudiée à l'aide d'un nouvel hémodromomètre.*]

199. LONDE, Charles, né à Paris. [*Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs.*]

200. PICARD, Jules-Adolphe, né à Saint-Julien-du-Sault (Yonne). [*De la périnéphrite primitive.*]

201. PELLETIER DE CHAMBURE, G., né à Flavigny (Côte-d'Or). [*Observations d'abcès du médiastin à la suite de l'opération de la trachéotomie.*]

202. BARRAUD, Félix, né à Macon (Saône-et-Loire). [*Des poussières; leur influence sur la santé, spécialement sur les fonctions respiratoires.*]

203. LABORDE, Jacques, né à Donjon (Allier). [*Quelques considérations sur la puberté chez la femme et sur la ménopause.*]

204. ÉLISABETH, E., né à Lisieux (Calvados). [*Du rhumatisme articulaire ou hémitartrite.*]

205. GRENIER, Charles, né à Noyon (Oise). [*De la suette miliaire.*]

206. BOURGAREL, Ferdinand-P., né à Toulon (Var). [*Des causes qui retardent ou empêchent la guérison des plaies.*]

207. HARDY, Ch., né à Chailly (Seine-et-Marne). [*Études sur les inflammations du testicule, et principalement sur l'épididymite et l'orchite blennorrhagique.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

BOURBON.

FEUILLETON.

Littérature médicale.

M. Moreau (de Tours) : La psychologie morbide. — Vicomte de Lapasse : Essai sur la conservation de la vie. — M. Descuret : La médecine des passions. — Le baron de Feuchtersleben et M. Foissac : Hygiène de l'âme. — M. Ch. des Étangs : Du suicide politique.

(Suite et fin. — Voir les numéros 21, 29, 32, 34 et 37.)

Dans les trois ouvrages dont il nous reste à parler, ceux de MM. Foissac, Descuret et des Étangs, une question sociale des plus hautes est agitée, la question du suicide.

Le *suicide politique!* Ce chapitre manquait à l'histoire générale du suicide, et nul n'était plus autorisé à l'écrire que M. Ch. Des Étangs, un des rares médecins qui savent *hausser* leur esprit au-dessus de la pratique, imbu d'une solide éducation philosophique, connu dans les lettres par son excellente traduction de *Celse*, mêlé au mouvement des idées sociales, et, avec tout cela, doué d'un jugement droit, d'un cœur élevé et d'une indépendance de caractère égale à son honorabilité. Quand nous avons vu un tel sujet entre ses mains, nous nous en sommes félicité, et notre motif est de ceux qu'on hésite à dire de peur d'être mal compris. L'œuvre de M. Des Étangs devait avoir pour résultat de rendre au suicide sa gravité, et, si on osait le dire, sa dignité. Expliquons-nous.

Des penseurs honorables, des aliénistes distingués, ont essayé de rattacher, par un lien constant et indissoluble, le meurtre de soi-même à l'aliénation mentale. Nul doute d'ailleurs que beaucoup de malheureux, prêts à sortir volontairement de la vie, y sont violemment ramenés par l'instinct de nature, et se livrent à eux-mêmes de terribles combats où la raison s'égare et se brise. Mais, comme doctrine générale, l'assimilation du suicide à un acte de folie a toujours heurté en nous, non pas seulement la raison, l'expérience, mais quelque chose de plus intime et de plus sensible, le sentiment moral. Le mot paraîtra peut-être singulier, et pourtant il exprime exactement, selon nous, une pensée juste; une pensée que M. Des Étangs n'exprime nulle part, mais qui est certainement au fond de son œuvre. La doctrine dont nous par-

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 18 octobre 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TAILLE DE FRANCO ; M. GOYRAND (D'AIX) ET M. MALGAIGNE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX : CORRÉLATIONS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, DU RHUMATISME CHRONIQUE ET DE LA GOUTTE AVEC DIVERSES ÉRUPTIONS CUTANÉES. — DISCUSSION SUR LA CHROMIDROSE. — CAS DE RHINONÉCROSIE EN RAPPORT AVEC LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LE RHUMATISME FÉBRILE. — DE L'EMPHYSÈME GÉNÉRALISÉ CHEZ LES ENFANTS.

Pendant que les chirurgiens de Paris profitent de l'heureux temps des vacances pour aller en province chasser et villégiaturer, les chirurgiens de province emploient leurs loisirs en sens inverse ; ils viennent à Paris partager notre pluie et notre sombre atmosphère. *Trahit sua quemque voluptas*... Seulement, tandis que nos grands maîtres ne portent dans les départements que des cerveaux fatigués et un désir respectable de paresse, nos confrères périphériques nous apportent des travaux très recommandables qui servent d'aliment nourrissant à nos Académies, qui n'en sont pas fâchées.

Il y a quelques jours, c'était M. Bouisson (de Montpellier), qui nous communiquait une observation des plus rares, rédigée dans un style brillant et pur. Aujourd'hui un autre chirurgien du midi, M. Goyrand (d'Aix) nous a payé son tribut en nous lisant un extrait de l'ouvrage de son illustre compatriote Pierre Franco (de Turriers.)

Ces deux lectures nous ont fortement attaché, car toutes les deux, malgré leur genre bien différent, offrent beaucoup d'intérêt. Aussi regrettons-nous que l'Académie ne leur ait pas prêté la même attention. M. Bouisson a joui des bénéfices d'un silence inaccoutumé, tandis que M. Goyrand, malgré l'ampleur de son organe, n'a pu triompher du vacarme regrettable dont la salle était le théâtre. Nous profiterons de la circonstance pour dissuader tout auteur d'aborder la tribune les jours d'élection, à moins que MM. les académiciens finissent par comprendre que les conversations particulières à demi-voix, intéressantes à coup sûr, ne le sont que pour eux, qu'elles blessent les orateurs et qu'elles gênent singulièrement le public venu là pour s'instruire.

Nous disions donc que M. Goyrand avait discouru sur Franco. C'est le chapitre de la taille qu'il a analysé pour montrer qu'on ne connaissait pas assez la pratique de ce grand chirurgien et les services de plusieurs ordres qu'il a rendus à la lithotomie et en général au traitement chirurgical de la pierre.

Franco, sans parler de la taille hypogastrique, avait plusieurs procédés de taille sous-pubienne, il connaissait le petit appareil, le grand appareil de Marianus Sanctus, et de plus aussi il avait sa méthode particulière de taille périnéale qui a été plus d'une fois infidèlement interprétée. M. Goyrand range sous plusieurs chefs les progrès réalisés par son compatriote du XVIe siècle, et les énumère à peu près dans l'ordre suivant.

1° Franco avait sur la taille des idées théoriques très exactes et tout démontre qu'il la pratiquait fort bien ; il divisait le col de la vessie, mais recommandait d'éviter soigneusement que l'incision allât jusqu'au corps de l'organe.

2° Il voulait les incisions nettes et modérées, mais suffisantes toutefois pour que le passage de la pierre ne fît pas de trop grands dégâts et que l'extraction se fît sans violence.

3° Il a connu le grand appareil et lui a emprunté tous les instruments véritablement utiles, entre autres le cathéter conducteur et les tenettes.

4° C'est à tort que le procédé de Franco a été confondu avec la taille latéralisée. Il existe des différences notables entre ces deux modes de taille périnéale. Le premier, Franco a incisé doublement le col de la vessie avec un lithotome caché double dont l'invention remonte plus haut, mais qui jusqu'alors n'avait probablement servi qu'à débrider les plaies. Franco a également imaginé des tenettes à mors croisés qui ont été données comme neuves dans le commencement de notre siècle.

5° Franco a inventé et mis en usage la taille en deux temps : le premier consacré à inciser les parties molles jusqu'à la vessie inclusivement, le second exécuté plus ou moins longtemps après et destiné à l'extraction de la pierre.

6° Lorsque celle-ci était trop volumineuse, il recommandait de la fractionner *dans la vessie même*, à l'aide de tenettes particulières ou tenailles incisives d'une grande force, introduites par la plaie périnéale. Ce précepte est du ressort de la lithotritie ainsi qu'un procédé de brisement et de perforation des calculs arrêtés dans l'urèthre.

7° Franco enfin s'est illustré par l'exécution de la taille hypogastrique, sans se douter toutefois que sa décision hardie et qu'il regardait lui-même comme une témérité, serait érigée

---

lons nous blesse parce qu'elle est calomniatrice. Il y a des suicides accomplis dans toute la liberté de l'esprit, dans toute la plénitude de la volonté. Imaginez alors cette âme stoïque, qui a délibéré avec elle-même, qui a fait taire la révolte des sens, qui déchire résolument toutes ses attaches mondaines, tous ses liens de famille, d'affection, d'affaires, tous ses souvenirs, toutes ses espérances, qui s'est tournée une dernière fois vers le ciel et qui maintenant accomplit sans pâlir l'œuvre fatale. Le spectacle est horrible, mais peut-on nier qu'il ne soit plein de grandeur ? Et si le sacrifice a servi une noble intention, une noble cause ; s'il a eu pour victime un de ces caractères qui ont fait l'admiration du monde, n'est-il pas triste de le voir la proie d'une théorie qui l'abaisse et le dégrade ? « Quoi de plus propre, dit l'auteur, à troubler la conscience, à déconcerter la raison, que d'avoir à subir ce fait irrécusable, que des hommes tout puissants pour l'intelligence et d'un cœur éprouvé ont néanmoins estimé que la mort est le seul remède aux blessures de l'âme ? Si le philosophe, fléchissant sous le problème de nos destinées ou se déclarant vaincu par la douleur physique, en vient à briser sa plume pour saisir une arme homicide ; si le conquérant, devant le néant de ses victoires, laisse tomber son épée pour épuiser la coupe qui doit lui assurer une nuit sans réveil, que ferons-nous, nous dont la vie se consume en efforts impuissants ? Qui nous soutiendra dans ces drames ignorés du monde, où le malheur est nu, sans prestige et sans gloire, et qui nous empêchera, pour parler le langage d'un écrivain célèbre (Montesquieu), de nous donner aussi les *commodités de l'héroïsme*, en faisant finir la pièce juste à l'endroit où l'ennui nous gagne ? » Voilà de judicieuses paroles. Oui, loin que le trouble de l'esprit, et avec lui la défaillance du cœur, soient la condition nécessaire du suicide, ce sont souvent, au contraire, les grands esprits et les cœurs fermes dont la main frappe sans trembler. Et voilà pourquoi nous n'aimons pas à voir jeter à de tels infortunés le même genre de commisération qu'à des fous. Dites qu'ils sont criminels, qu'ils manquent à la loi divine, à la loi de la destinée humaine, mais ne les avilissez pas. Le crime n'est pas toujours l'abjection.

Le suicide politique échappe, avons-nous dit, plus que tout autre

plus tard en méthode vulgaire et d'une application fréquente.

A coup sûr, tout le monde ne sait pas que Franco a fait autant de bonnes choses sur ce point chirurgical, et M. Goyrand l'apprendra certainement à plus d'un praticien; mais ceux qui connaissent le grand chirurgien provençal, et qui ont lu son ouvrage, regretteront que le commentateur se soit contenté d'en donner une analyse un peu aride, et se soit montré trop sobre de réflexions personnelles. Peut-être M. Goyrand a-t-il d'ailleurs fait à son auteur favori la part trop belle en ce qui touche la lithotritie vésicale et uréthrale. Des documents sérieux tendent à prouver que l'idée et même l'exécution du broiement de la pierre sont bien antérieures au XVI[e] siècle. Quant à la lithotritie uréthrale, nous savons qu'elle est indiquée dans Albucasis. En revanche, et puisqu'il était question de mettre en relief les choses originales contenues dans le fameux chapitre de la taille, il n'eût peut-être pas été inopportun de rappeler qu'on y trouve l'indication du *tour de maître*, du cathétérisme avec des algalies de plomb *rectilignes*, des accès de fièvre après le cathétérisme, etc. (p. 112).

Ces réflexions, que le temps ne nous permet pas de développer, n'ont pas pour but d'atténuer le mérite de la communication de M. Goyrand. Nous pensons, comme lui, que rendre justice, même tardive, à un auteur constitue une action à la fois bonne et utile, et la prédilection que nous avons pour les études historiques nous engage à féliciter notre confrère d'Aix d'avoir rappelé les droits de Franco à l'estime de ses successeurs.

Le président de l'Académie ayant ouvert la discussion, M. Malgaigne seul a parlé brièvement. Suivant lui, Franco aurait introduit une innovation dans le traitement de la pierre chez la femme, innovation consistant à dilater l'urèthre féminin pour extraire la pierre toutes les fois que celle-ci n'excède pas le volume d'une muscade. Nous croyons avoir bien entendu M. Malgaigne, et nous sommes bien surpris qu'il ait commis une légère inexactitude historique. La chose est assez insolite, comme chacun sait. Franco n'a point inventé la dilatation de l'urèthre chez la femme, et il paraît même peu partisan de la méthode, comme le prouveront les citations suivantes. Après avoir décrit la taille chez la femme, il ajoute : « Ceste procedure est trop meilleure que celle de laquelle aucuns vsent, assauoir auec vn dilatoir; lequel ils passent par » le conduit de la vessie iusques à ce, qu'ils sont à la capa» cité d'icelle :... Lesquelles choses ne se peuuent faire sans » rompre les fibres du muscle qui retient l'urine: tellement » que de toute leur vie l'urine sort par là sans leur congé, » qui est fort fâcheux... Toutefois, si la pierre n'estoit gueres » grosse, assauoir comme pourroit estre vne noix muscade, » ou enuiron, peu plus, peu moins, et selon que la pierre » est ou roigneuse ou vnie, car l'unie pourra passer plus » grosse que la roigneuse pour les raisons exposées, consi» dérant aussi que le col de la vessie des femmes est plus » court et plus large que celui des hõmes. Lesquelles choses » se pourront faire sans incision avec le dilatoir, tel qu'il est » icy figuré. »

Lorsque le canal est dilaté et la pierre saisie avec les tenettes, Franco, au lieu de la faire sortir par l'urèthre, ajoute : « Je trouue meilleur tenāt ainsi la pierre subiette, comme » auons dit, prendre la canule et tarière..., mettre la dite » canule au col iusques à ce qu'elle touche la pierre : en après » passer la tarière par dedans pour aller percer la pierre... » et par ce moyen n'est ia besoing faire si grāde ouverture » que auec le dilatoir. » (*Traité des hernies*, p. 142 et suiv., édit. de 1561.)

Au reste, Deschamps fait remonter jusqu'au temps de Marianus Sanctus la dilatation de l'urèthre pratiquée dans le but d'extraire les calculs de la femme sans opération sanglante.

Ar. Verneuil.

Le cinquième fascicule du tome IV des Bulletins de la Société médicale des hôpitaux vient de paraître. Il est, comme ses devanciers, riche de faits pratiques et de discussions instructives. Nous y avons surtout remarqué des communications relatives aux *complications du rhumatisme aigu*, à la *chromhidrose* ou *chromocrinie* et à la *rhino-nécrosie*.

Nos lecteurs n'ignorent pas qu'on s'est attaché depuis quelques années à l'étude des accidents cérébraux qui se développent parfois dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. De nouveaux exemples de ces accidents ont été rapportés par M. Legroux et par M. Laborde, interne, au nom du chef de service, M. Léger. Des deux cas rapportés par M. Legroux, l'un, dans lequel l'autopsie montra une légère méningite, laissa quelques doutes dans l'esprit même de l'auteur sur la nature rhumatismale de l'affection, et l'autre, où il s'agissait bien évidemment de rhumatisme, s'est terminé par la guérison et ne permet que des conjectures sur l'état anatomique des méninges. L'observation de M. Léger est plus concluante, parce qu'elle réunit ces trois éléments essentiels de la question : l'existence manifeste d'un rhumatisme articulaire aigu,

---

à cette théorie malencontreuse Est-il possible en effet, de confondre avec les fous un Caton qui s'abrite de la mort contre la tyrannie, après avoir passé une nuit à méditer le Phédon pour mieux s'assurer de l'immortalité de l'âme; un Brutus caressant sous sa toge le poignard qui va le tuer tout à l'heure si César échappe à ses coups, et plus tard accomplissant son dessein pour ne pas survivre à la défaite de la liberté; une Arrie qui, pour encourager son mari à ne livrer qu'un cadavre aux soldats de Claude, s'enfonce un fer dans le sein et le présente à Pœtus en lui disant : « Tiens, cela ne fait pas de mal! »; et toutes ces victimes désignées de la Terreur dont parle M. Des Étangs, qui ont su tromper le bourreau par une mort libre, reçue avec la réflexion, avec le calme qu'on apporterait aux plus sages actions de la vie. Il est encore un coup des hommes de foi qui se tuent uniquement parce que l'autel est renversé, qui s'en vont parce que les dieux s'en sont allés.

Et si les choses se passent ainsi dans la sphère des agitations politiques, pourquoi en serait-il autrement dans celle des affaires privées? Lucrèce se perçant de coups après la consommation de son déshonneur et montrant ses plaies saignantes à son mari, avec les belles paroles qu'on connaît, Lucrèce était-elle aliénée? Dans tous les siècles, et de nos jours encore, la même scène ne s'est-elle pas répétée? Jusque dans la région fangeuse du vol et de l'assassinat, le suicide peut commander d'autres sentiments que ceux du mépris et de la pitié; et nous en avons vu de ces prédestinés du bagne se placer fermement — pourquoi ne pas dire courageusement? — entre la mort volontaire et un crime heureux, et se mettre en règle pour la circonstance. N'est-ce pas la précaution qu'avait prise également ce personnage élevé qui a épouvanté Paris par une atroce scène d'assassinat nocturne, dans sa propre maison, il y a une douzaine d'années?

Les vues que nous rappelons ici, nous sommes heureux de les voir partagées et fortement exposées par M. Foissac. Son chapitre du *suicide* est un des plus neufs, des plus solidement pensés de tout l'ouvrage. Notre confrère montre jusque dans l'histoire sacrée des exemples de suicide auxquels il est impossible de refuser l'admiration : Razias, *mourant noblement*, dit le texte saint, en se frap-

le développement d'accidents cérébraux dans le cours du rhumatisme, et les signes anatomiques d'une phlegmasie méningée. Les enveloppes du cerveau, infiltrées de sérosité, étaient le siége d'une suffusion sanguine, et présentaient dans les environs de la grande scissure des exsudats plastiques de formation récente, où le microscope constatait la structure fibrillaire qui leur est propre. La seule circonstance qui pourrait obscurcir la signification pathogénique du fait, c'est que le sujet de l'observation, homme de soixante-douze ans, avait été traité un an auparavant pour un *état congestif du cerveau* (ce qui est en rapport, sans doute, avec certaines plaques *laiteuses* trouvées dans les méninges), et que, livré à l'abus des boissons alcooliques, il était encore en état d'ivresse depuis trois jours quand le décubitus sur un sol humide et l'action du froid ont donné naissance au rhumatisme. Mais il importe de faire remarquer que, l'ivresse étant dissipée, le malade a joui pendant environ trente-six heures de la plénitude de ses facultés intellectuelles avant les premières manifestations délirantes. Il est donc permis de penser, avec l'auteur de l'observation, que les antécédents du sujet, les circonstances mêmes où la maladie s'est développée, ont seulement constitué une *prédisposition* qui a rendu plus facile et plus sûre l'action du rhumatisme sur les membranes encéphaliques. Ajoutons enfin, pour prévenir une objection parfois adressée à cet ordre de faits, que le sulfate de quinine avait été exclu du traitement. Le malade n'avait pris que 20 grammes de sirop de morphine le jour de son entrée, et, le lendemain, tout au plus 5 centigrammes d'extrait d'opium, car il en avait été prescrit 10 centigrammes en deux pilules, et le délire n'a commencé que vers une heure de l'après-midi.

Les autres complications rhumatismales concernent l'*érythème noueux* et l'*urticaire*.

Les douleurs qui accompagnent quelquefois l'érythème noueux, et qui débordent de beaucoup la sphère des manifestations cutanées, la coïncidence assez fréquente de cet érythème et du rhumatisme, ont amené quelques praticiens à admettre une relation entre l'éruption et la diathèse rhumatismale. Cette opinion, qui a été soutenue par M. Rayer (*Traité des maladies de la peau*, p. 123), par M. Begbie (*Remarks on Erythema nodosum*, etc., in *Monthly Journal*, juin 1850, p. 497), par M. Shanahan, dans sa Thèse inaugurale (1853, n° 34), enfin par M. Bazin (*Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique*, Paris, 1860), a été l'objet d'une attention particulière de la part de M. Germain Sée. Dans l'observation qu'il a communiquée à la Société des hôpitaux, les plaques érythémateuses avaient envahi le pied gauche, le genou du même côté et les deux poignets.

Leur apparition était « précédée et accompagnée de douleurs extrêmement vives, principalement au creux du jarret, le long du muscle poplité, sur le trajet des extenseurs des orteils et aux parois thoraciques. La pression n'augmentait nullement les souffrances, excepté quand elle était exercée sur un point très limité de la gaîne tendineuse, et alors les muscles se contractaient très violemment; du reste, les jointures étaient souples et sans gonflement. Ces douleurs, excepté celle de la poitrine, qui céda au massage, persistèrent malgré la disparition des érythèmes et devinrent intolérables. Le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, les liniments opiacés, le chloroforme, la compression, tout échoua. Le bain seul procura quelque soulagement, qui devint définitif après l'usage de l'opium à la dose de 6 à 7 centigrammes par jour.

M. Sée, tout en reconnaissant que les douleurs concomitantes de l'érythème noueux ont parfois un caractère spécial, soit d'acuité, soit de distribution, qui n'est pas suffisamment connu des praticiens, refuse à ces douleurs toute connexité avec la diathèse rhumatismale. M. Legroux, dans le service de qui ont été recueillies les observations relatées par M. Shanahan, défend l'opinion contraire.

D'un autre côté, M. Legroux veut également rattacher au rhumatisme aigu les éruptions *ortiées*, et il a fourni un exemple de cette connexité dans une observation détaillée qu'il a lue à la Société.

Que disent à cet égard les faits? Nous n'avons pas la prétention de les avoir assez souvent consultés pour être en mesure d'interpréter sûrement leur langage; mais un assez grand nombre d'auteurs ont déjà consigné sur ce point le résultat de leurs observations, et c'est surtout leur témoignage que nous voulons jeter dans le débat.

Il ne nous paraît pas qu'il y ait lieu de tenir grand compte du caractère des douleurs qui accompagnent l'érythème noueux. Que les douleurs soient quelquefois semblables à celles du rhumatisme ou de la névralgie, c'est ce qu'on peut accorder, et ce qui ne serait après tout, comme l'a fait remarquer M. Vigla, que l'analogue de ce qui se passe dans le zona, dont un des principaux symptômes est, tout le monde le sait, la douleur lancinante. Il est même très possible que

pant d'une épée, se précipitant ensuite du haut d'une muraille, et s'arrachant enfin les entrailles pour ne pas subir les outrages d'une race impie; *sainte* Domnine, *sainte* Pélagie, qui sauvèrent leur chasteté menacée, l'une en se noyant, l'autre en se jetant du toit d'une maison sur le pavé de la rue. M. Foissac ajoute, il est vrai, que ces saints personnages *ont obéi sans doute à quelque inspiration surnaturelle;* mais les faits sont là qui sont plus irréfutables que l'explication. Et la réflexion pleine de noblesse qui suit accuse d'ailleurs suffisamment la pensée de notre savant confrère. « Si quelqu'un était tenté de blâmer ces saints personnages, nous l'engagerions à apprendre d'eux à aimer la vertu jusqu'à donner son sang pour la conserver intacte. » Et il ajoute aussitôt : « Nous nous abstiendrons de juger les suicides de Lucrèce, de Thémistocle, d'Annibal, de Caton, de Strozzi même. *Nous regarderions comme un blasphème* d'oser taxer de lâches ou de criminelles ces âmes magnanimes. La lâcheté consisterait à insulter à des renommées et à des caractères qui se sont élevés au-dessus de l'humanité. »

Il n'est pas jusqu'à M. Descuret, dont tout le livre respire l'esprit catholique, qui, parmi ses anathèmes contre le suicide, ne trouve quelques paroles de respect pour certaines victimes « dont la force morale et le courage habituel ne sauraient être révoqués en doute. »

Il nous reste à dire quelques mots (car il est temps de terminer cette trop longue revue) sur le caractère général des trois ouvrages que nous avons sous les yeux.

Le Suicide politique est une étude d'histoire considérée par un côté restreint; mais, dans cette étude sérieuse, la scène des événements se montre comme se laisse voir la nature extérieure à celui qui l'observe à travers un instrument d'optique. Le bout par lequel on regarde est étroit; mais le champ de la vision est vaste. De même, en se plaçant au point de vue exclusif du suicide, l'auteur a su embrasser avec force et réunir en des tableaux du plus vif intérêt (outre des aperçus sur les époques antérieures à la Révolution) les grandes scènes historiques dont notre âge a été témoin, depuis 1789 jusqu'à nos jours. L'histoire doit être entendue ici dans un sens

la souffrance parte directement des nerfs ou du tissu fibreux. Mais le même fait pourrait résulter du voisinage d'un anthrax ou d'une autre lésion, et ce qui est en litige, ce n'est pas le siége de la douleur, c'est son origine primitivement rhumatismale. Quant à l'urticaire, le genre de souffrances qui lui est propre n'invite guère par lui-même à le rapporter à une manifestation rhumatismale.

Mais il est d'autres signes d'une corrélation du rhumatisme, non-seulement avec l'érythème noueux et l'urticaire, mais encore avec d'autres éruptions cutanées, et aussi d'une corrélation du rhumatisme chronique et de la goutte avec diverses affections de la peau, des signes, disons-nous. qui méritent au moins considération. — Ainsi, dans le cours du *rhumatisme articulaire aigu*, on voit assez fréquemment apparaître, d'abord les deux éruptions indiquées plus haut; puis cette sorte de roséole que Bateman appelle précisément *rhumatique*, Requin *rubéoliforme*, et dont M. Rayer a publié un exemple (obs. XIX de son *Traité*); puis l'érythème *papuleux* (Rayer, Devergie); puis encore l'érysipèle. Enfin M. Schoenlein a décrit sous le nom de *péliose rhumatique* (*Allg. und spezielle Path.*, 1837, t. II, p. 48) une éruption caractérisée par des taches ecchymotiques, et qui n'est vraisemblablement qu'une variété de la roséole rhumatique. — De même, et plus évidemment encore, on voit se lier au rhumatisme chronique, mais surtout à la goutte, certaines dermatoses, notamment le psoriasis, le prurigo, l'eczéma, le prurit anal (Rayer, *loc. cit.*— Garrod, *On Gout*, 1859. — Laycock, *Brit. Medico-Chirurg. Review*, 1853, t. II, p. 29). Ajoutez que, chez un individu atteint de goutte articulaire, Golding Bird a trouvé de l'urate de soude dans le liquide provenant d'un eczéma.

Il n'y a pas seulement coexistence des deux ordres d'affection. On voit quelquefois alterner la maladie articulaire avec le rhumatisme et la goutte; l'érysipèle, par exemple, disparaît pour faire place à une phlegmasie articulaire, comme, dans d'autres cas, on le voit subitement remplacé par une pleurésie; comme la phlegmasie articulaire elle-même, dans certains cas de scarlatine anormale, peut se montrer, puis faire place à quelque inflammation viscérale, jusqu'à manifestation régulière et complète de l'exanthème, ainsi que nous en connaissons un exemple.

En présence de cet ensemble de faits, la corrélation dont il s'agit ne peut guère être mise en doute. Seulement, il ne faut pas en exagérer le caractère; il ne faut pas oublier que les mêmes symptômes qui accompagnent le rhumatisme et la goutte sont fréquemment symptomatiques d'autres diathèses; que l'urticaire, par exemple, et la roséole peuvent apparaître dans le cours d'une pneumonie, d'une phlébite, d'une fièvre typhoïde; et le tort de M. Bazin est de vouloir conclure de la présence d'une des éruptions mentionnées plus haut à la présence de la diathèse rhumatismale.

— Un court débat sur la *chromhidrose* ou coloration bleue des paupières s'est engagé au sein de la même Société à l'occasion d'un fait communiqué par M. Hardy. Ce débat n'a porté que sur un point, savoir, si cet état singulier des paupières est le résultat d'une maladie, ou s'il n'est pas tout simplement l'effet d'une supercherie. A ne tenir compte que de l'observation de M. Hardy, la dernière interprétation pourrait être soutenue; mais en considérant l'ensemble des faits publiés jusqu'ici, il devient assez difficile de ne pas croire, avec M. Leroy (de Méricourt), avec M. Gintrac père, avec M. Fonssagrives, à l'existence d'un état morbide spécial, caractérisé par une sécrétion bleuâtre autour des paupières. Nous renvoyons le lecteur à la lettre qui nous a été adressée, au sujet même de cette discussion, par notre honoré confrère, M. Fonssagrives (1860, n° 20, p. 327). Toutefois, puisque, dans certains cas, la matière colorante, enlevée, se reproduit *en quelques heures*, nous ne serions pas plus fâché que M. H. Roger de lire la relation d'un cas de chromocrinie, dans lequel le médecin aurait vu la couche colorante se former sous ses yeux. Cela seul pourrait mettre fin à tous les doutes. Peut-être notre mémoire nous trompe-t-elle; mais il nous semble que M. Leroy (de Méricourt), dans l'aimable visite qu'il a bien voulu nous faire, nous a dit avoir fait cette expérience. S'il en était ainsi, nous le provoquerions formellement à la consigner publiquement.

— On n'a pas oublié peut-être la note que M. Charcot et nous avons publiée sur la *laryngite nécrosique* (ou *laryngotyphus*), qui se montre assez souvent dans la fièvre typhoïde (*Gazette hebd.*, 1859, p. 465). M. Roger rapproche des faits mentionnés dans cette note deux cas de *nécrose des cartilages de la cloison du nez*, dont l'un s'est produit également à la suite de la fièvre typhoïde. Le sujet, âgé de dix-neuf ans, était malade depuis plus de cinq semaines, et subissait « comme une récidive de l'affection » (nouvelle éruption de taches rosées, broncho-pneumonie, hémorrhagie intestinale), quand M. Roger le vit en consultation avec MM. Feldmann et Pfeiffer. La guérison eut lieu, mais le sujet appela l'attention sur un phénomène insolite.

---

très général, et il y faut comprendre, à côté des grands événements extérieurs, les mouvements intestins des sociétés, qui affectent plus directement les positions individuelles, déplacent le but de l'activité, ralentissent ou précipitent les affaires, allument ou refroidissent les ambitions, élèvent à la fortune ou jettent dans la misère. Par la même raison, l'expression de *suicide politique* ne doit pas être prise trop à la lettre. Bien souvent, les exemples rapportés par l'auteur, quoique dérivant d'événements politiques, sont directement amenés par les conditions qui les enfantent habituellement, comme l'ennui ou la ruine, et rentrent ainsi dans la catégorie ordinaire de ce genre d'homicide. C'est par là principalement que cet ouvrage appelle la méditation du médecin et l'appelle peut-être au delà même des prétentions de l'auteur. « Qui mieux que lui (le médecin) peut venir en aide au législateur et au moraliste?... Témoin journalier de tous les genres d'excès et de misères, et de l'affreux cortége qui les accompagne, il sait mieux que tout autre par quelles plaies hideuses est dévoré le corps social, et de là naissent pour lui le droit et le devoir de dénoncer les progrès du mal et d'en dévoiler toute la profondeur. » Voilà pour la mission *sociale* du médecin; mais nous ajoutons que, en descendant au-dessous de la région des orages politiques, jusqu'aux infortunes qui en sont le contre-coup plus ou moins éloigné, et devant les scènes solitaires et douloureuses qu'elles amènent, le médecin retrouve souvent et les problèmes psychologiques ou pathologiques, et la mission de salut que lui impose le suicide en toute circonstance.

Nous recommandons surtout à l'attention des lecteurs une introduction remarquable, pleine de judicieuses remarques sur les déceptions de la statistique appliquée à l'étude du suicide, et où l'on jugera du zèle et de la patience qu'il a fallu déployer pour réunir les matériaux d'une histoire du suicide politique. Le récit qu'en fait l'auteur est dramatique comme le sujet.

L'HYGIÈNE DE L'AME, de M. Foissac est une des plus érudites et des plus saines causeries qu'on puisse lire sur le gouvernement de la vie humaine. Tout ce que la philosophie a consigné dans la littérature des différents âges a été mis à contribution, de telle sorte que, pour chaque point de vue, l'auteur peut placer aussitôt la leçon

Il y avait une perforation de la cloison du nez, à travers laquelle il pouvait faire rejoindre ses deux doigts. Les médecins constatèrent, en effet, l'existence de cette perforation, qui avait la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Le travail d'élimination était terminé ; mais les bords de l'ulcération, parfaitement arrondis, étaient saignants encore en quelques points, et couverts de croûtes en d'autres. A la suite de quelques injections, la perte de substance se détergea.

Actuellement (12 décembre), cette perforation, de forme irrégulièrement ovale, est située à 3 millimètres au-dessus de l'orifice des narines. Le seul trouble fonctionnel qu'elle entraîne est un nasonnement qui, très considérable d'abord, a notablement diminué depuis.

A la prière de M. Roger, M. Charcot a fait des recherches pour savoir si l'état des fosses nasales avait été mentionné par les auteurs qui se sont particulièrement occupés de laryngo-typhus. Le résultat de cette enquête a été négatif. On sait bien que la gangrène et la chute du nez ont été assez souvent observées à la suite des fièvres typhiques; mais la nécrose isolée des cartilages est le seul mode de gangrène qui puisse être rapproché du laryngo-typhus, puisque, dans cette dernière affection, ce sont les cartilages qui tombent en sphacèle, par suite d'une affection du périchondre. Il paraît en avoir été ainsi dans l'observation de M. Roger, et c'est ce qui lui donne un intérêt tout particulier.

Quant au second cas de rhino-nécrosie, dans lequel la cloison a été complétement perforée, avec chute d'une partie du cartilage, il s'est produit dans la convalescence d'un rhumatisme fébrile. Cette dernière circonstance s'accorde avec ce qu'on sait également de la laryngo-nécrosie, qui se présente aussi quelquefois, et avec les mêmes caractères, dans d'autres formes de pyrexie que la fièvre typhoïde, notamment dans la variole. C'est encore une affaire de statistique, comme dans la question des rapports du rhumatisme avec les affections cutanées. Miliaire, urticaire, érythème noueux, érysipèle, épichondrite laryngée, œdème laryngé, aucune de ces manifestations considérées comme symptomatiques n'appartient exclusivement à telle ou telle maladie, ni au rhumatisme, ni à la pneumonie, ni à la variole, ni à la scarlatine, ni à la fièvre typhoïde. Mais chacun peut avoir des affinités particulières avec telle ou telle affection; certaines formes d'éruption cutanée avec le rhumatisme aigu; certaines formes avec la goutte; les nécroses du cartilage de la cloison nasale ou du cartilage cricoïde avec la fièvre typhoïde. Une statistique comparative et les rapports de succession qu'on peut remarquer entre l'affection symptomatique et l'affection principale sont les deux moyens principaux d'arriver à une solution.

— Pour ne pas sortir de la Société des hôpitaux, ni quitter notre excellent ami M. Roger, nous signalerons tout de suite deux observations d'*emphysème généralisé*, qu'il a lues dans une des dernières séances de la Société, d'autant plus que nous pouvons en rapprocher un fait du même genre, tout récemment publié en Allemagne par le docteur Bierbaum (*Journal für Kinderkrankheiten*, août 1860).

Les travaux de MM. Natalis Guillot (*Archiv. de méd.*, août 1853), Roger et Blache (*Union méd.*, 1853, p. 195), et Ozanam (*Arch. de méd.*, janvier 1854), montrent que l'emphysème généralisé se présente assez fréquemment chez de jeunes enfants, en l'absence de lésions graves des poumons, telles que blessures traumatiques ou cavernes tuberculeuses, et seulement à la suite de toux, de cris, d'efforts ou d'accès de colère. Il n'est pas douteux que l'infiltration gazeuse du médiastin et du tissu cellulaire sous-cutané n'ait pour point de départ la rupture d'une ou de plusieurs vésicules pulmonaires ; mais il est bon de savoir que, fréquemment, même à l'aide de l'insufflation, il est impossible de découvrir la *fuite* de l'appareil pulmonaire. C'est ce qui a eu lieu dans la première observation de M. Roger, dont voici les principales circonstances.

Obs. — Un garçon de dix ans et demi, rachitique, atteint de péritonite tuberculeuse, fut pris de rougeole, puis de pneumonie double, et succomba très rapidement. Huit ou dix heures avant la mort, la religieuse avait remarqué une *enflure de la face et du corps*.

A l'autopsie, on constate les lésions ordinaires de la péritonite tuberculeuse ; mais l'altération la plus curieuse est une infiltration sous-cutanée de gaz qui, occupant toute la partie supérieure du corps, est surtout prononcée au cou, à la face et à la région thoracique gauche, d'où elle s'étend jusque sur la paroi abdominale.

Les bras et les avant-bras, jusqu'à leur partie inférieure, sont également tuméfiés; une pression avec le doigt sur toutes ces régions gonflées détermine une crépitation très sensible et tout à fait caractéristique de l'emphysème sous-cutané.

L'emphysème extérieur est lié à un *emphysème intérieur, intra-thoracique :* ainsi le tissu cellulaire du *médiastin* est très emphysémateux ; derrière le sternum et adhérant à sa face interne, depuis sa portion supérieure jusqu'à l'appendice xiphoïde, on voit une masse lâche de tissu comme soufflé et constitué par des cellules, des ampoules de dimension variable (une tête d'épingle à un gros pois), lesquelles sont remplies d'air; à cette masse adhèrent,

des faits et l'autorité des opinions à côté de ses inspirations propres. Il offre tout à la fois aux pèlerins de ce bas monde un guide et une bibliothèque portative. Sur la question du bonheur, de la gloire, des richesses, des grandeurs, de l'amitié, de la douleur, de la patrie, etc. ; il répand une philosophie éclairée, libérale et douce, et en même temps exempte de faiblesse. Ses connaissances spéciales lui ont, en outre, permis de donner à l'examen de toutes ces questions, notamment à celle de la mélancolie, du suicide, de la douleur, un tour pratique qu'elles n'ont pas dans les livres des moralistes de profession.

La Médecine des passions, dont nous avons eu occasion d'apprécier il y a dix-huit ans (*Examinateur médical*, 1842) la première édition, et qui n'a subi que des additions, et non des changements essentiels dans la seconde, est moins savante que l'Hygiène de l'âme. Il faut ajouter que, sur les points où les deux œuvres peuvent être comparées, M. Foissac, plus indulgent envers la nature humaine, nous a paru la mieux connaître et la mieux juger. On l'a vu plus haut pour le suicide; il en est de même sur la question des sources et de la légitimité des passions. Toutefois, nous ne voudrions pas qu'on prît prétexte de cette impression pour rabaisser l'œuvre de M. Descuret; et pour nous décharger à l'avance de toute complicité à cet égard, nous reproduirons le passage par lequel nous terminions notre analyse en 1842.

«Chacune des passions est analysée et décrite avec un soin presque minutieux et dont on aura facilement une idée quand on saura, par exemple, que l'auteur n'admet pas moins de cinq espèces de gourmands, le *gourmand* proprement dit, le *friand*, le *goinfre*, le *goulu*, et le *glouton* (encore a-t-il oublié le *gouliafre*) ; trois espèces de paresseux, une douzaine d'espèces d'orgueilleux, etc. Les chapitres dont se compose cette seconde partie constituent une série d'amplifications où l'on remarque : de curieux tableaux statistiques, propres à mettre en relief les causes et les effets des passions ; des peintures de mœurs habilement et quelquefois très vigoureusement tracées; une foule d'histoires attachantes, les unes tragiques, comme celle de cette jeune fille timide et respectueuse qu'un amour contrarié poussa tout à coup à assassiner son père et à

en plusieurs points, les poumons, le gauche surtout; et, par exemple, le bord tranchant du lobe inférieur gauche s'attache, par sa languette inférieure, au sternum, au moyen d'une bride celluleuse molle, touchant elle-même à la masse emphysémateuse.

Il n'a pas été possible de déterminer, par l'insufflation des lobes emphysémateux, en quel point avait eu lieu la rupture pulmonaire, ou, pour parler plus rigoureusement, la déchirure du tissu, soulevé par l'air et décollé jusqu'aux limites de réflexion de la plèvre; et, en conséquence, on ne saurait indiquer par quelle voie cet air a passé du poumon au médiastin, et a produit un emphysème sous-cutané. Nul doute ne semble cependant exister sur l'origine interne de cet emphysème extérieur, puisque l'on voyait à la surface des poumons des saillies aériennes; et que de plus les principales scissures interlobulaires étaient distendues par le gaz aérien, les lobules étant divisés par des lignes de 3 à 4 millimètres de largeur; ces sillons étaient surtout marqués sur le poumon gauche.

Le non-affaissement des poumons, indépendamment des autres signes négatifs, fit penser qu'il n'y avait pas eu de pneumothorax.

On constata, en outre, de la pneumonie lobulaire disséminée : il y avait de nombreux noyaux d'hépatisation rouge à divers degrés, avec du pus qu'on exprimait des ramifications bronchiques; ces altérations étaient plus marquées au bord postérieur des deux poumons, et principalement du droit. Au sommet de ce dernier, se voyait un noyau tuberculeux d'un centimètre environ; de plus, il y avait dans les deux poumons quelques tubercules sous-pleuraux; plusieurs, qui avaient à peine le volume d'un grain de millet aplati, siégeaient tout à fait à l'extrémité du bord tranchant.

Les ganglions bronchiques étaient tuberculeux. Enfin, sur la membrane muqueuse de la trachée-artère, à sa partie supérieure, se voyait un petit lambeau qui avait l'apparence d'une pseudomembrane. (*Union médicale*, n° 120.)

Dans la seconde observation, il s'agit d'une fille de deux ans et demi chez laquelle l'emphysème généralisé succéda également à une pneumonie double. La guérison eut lieu au bout d'un mois; résultat fort heureux, si le pronostic de cette affection est aussi grave que le dit M. Ozanam, d'après lequel la mort aurait lieu neuf fois sur dix.

Le cas relaté par M. Bierbaum (de Dorsten) remonte à 1855.

Obs. — L'emphysème était survenu dans le cours d'une coqueluche, peu de jours après l'invasion d'une bronchite assez intense, accompagnée d'une fièvre très vive; il occupait la face, le cou, le dos, la poitrine, l'abdomen, les extrémités supérieures, où il était peu prononcé, et le scrotum, où il prit, au contraire, un développement énorme; il se limita, des deux côtés, au pli de l'aine, et épargna complétement les extrémités inférieures. L'enfant respirait d'ailleurs tranquillement, il ne paraissait pas éprouver de dyspnée; la percussion du thorax donnait un son tympanique, et le murmure vésiculaire avait partout le caractère de la respiration puérile; on entendait bien à l'auscultation une crépitation distincte, mais il était évident qu'elle se passait exclusivement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'emphysème ne tarda d'ailleurs pas à se dissiper sous l'influence de frictions camphrées et de fomentations aromatiques, et cela sans que l'état général de l'enfant eût été sensiblement affecté.

M. Bierbaum rapproche de ce fait le cas d'une jeune fille qui, après avoir fait une chute du haut d'un arbre, présenta le lendemain un emphysème considérable du cou et de la poitrine. Ici il existait, en outre, une véritable orthopnée; du reste, aucune plaie extérieure. La malade se rétablit assez rapidement sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et des frictions camphrées. L'auteur cite enfin une observation de J.-P. Frank, relative à un enfant atteint de coqueluche depuis un mois, et chez lequel une tumeur venteuse se forma au niveau de la trachée; la respiration était pénible et sifflante, et la tuméfaction ne tarda pas à envahir tout le corps.

Tout en admettant que les quintes de la coqueluche peuvent suffire à elles seules pour donner lieu à un emphysème général, M. Bierbaum émet l'avis que certaines complications, telles que la bronchite ou la pneumonie, sont susceptibles de faciliter la production de cet accident; et c'est ce qu'on observe, en effet, comme nous l'avons dit tout à l'heure. Peut-être la présence d'une inflammation ou seulement d'un état catarrhal dispose-t-elle le tissu vésiculaire à se déchirer plus facilement sous l'action des quintes de toux.

M. Roger promet de réunir toutes les observations de ce genre, « de les comparer, et d'en faire un travail d'ensemble. » Nous souhaitons vivement que ce projet soit promptement réalisé.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la digitale. — Nouvelles considérations sur l'action et les propriétés thérapeutiques de ce médicament, par le docteur Germain, médecin adjoint des hospices de Château-Thierry.

Première partie. — Historique et critique.

Les anciens ont-ils connu les propriétés thérapeutiques de la digitale? Serait-elle la baccharis qui servait à préparer l'onguent

manger ses entrailles; les autres comiques, comme celle de ce savant monomane qui, loin d'écraser les punaises qui le dévoraient, les repoussait dans sa manche par respect pour les vues de la Providence. Enfin, nous n'aurons garde d'oublier un des mérites les plus saillants de ce livre, et c'est sans contredit le plus précieux de tous; nous voulons parler de l'élévation et de la sincérité du sentiment religieux. Ce sentiment qui se révèle dans un grand nombre de pages, et particulièrement à l'occasion du traitement, communique parfois au style une onction qui fait presque souvenir de Massillon. »

A. Dechambre.

MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques recommenceront le lundi 15 octobre 1860. A dater de cette époque, les pavillons de l'École pratique seront ouverts tous les jours, le dimanche excepté, de onze heures du matin à quatre heures du soir.

— Le concours pour les prix de l'internat commencera le 5 novembre prochain; le registre d'inscription sera clos samedi prochain 20 octobre.

— M. Sextus Pory-Papy, élève distingué des hôpitaux de Paris, qui avait été forcé par son état de santé à aller terminer ses études médicales à Montpellier, vient de succomber dans cette ville. Il était fils de M. Pory-Papy, représentant du peuple pour la Martinique à l'Assemblée constituante, en 1848.

— Le corps des externes des hôpitaux de Paris vient d'éprouver une nouvelle perte. M. Tachard, élève distingué, a succombé dimanche à un rhumatisme articulaire aigu, compliqué de péricardite.

— M. le docteur Cusco remplace décidément M. Ricord à l'hôpital du Midi.

baccharion? Quand même cette question serait résolue, l'histoire de cette plante n'en serait pas beaucoup plus avancée, et c'est dans les temps tout modernes que nous devons chercher les travaux qui la concernent. C'est en Angleterre qu'elle a fait pour la première fois son apparition dans la thérapeutique officielle. Elle figure, à la date de 1741, dans la *Pharmacopée de Londres;* mais après des vicissitudes diverses elle n'y prit place définitivement qu'en 1788. La violence de son action, l'incertitude des maladies contre lesquelles elle devait être employée, plus d'un accident formidable occasionné par des doses trop élevées, la firent oublier plus d'une fois; mais les cures merveilleuses qu'on lui vit opérer, et surtout les savants travaux des médecins anglais de la fin du siècle dernier, lui assurèrent enfin dans l'arsenal thérapeutique une haute place qu'elle ne doit plus perdre à l'avenir.

Pour avoir commencé à une époque où les lois posées par Bacon, acceptées partout et sagement appliquées, devaient garantir l'expérimentation de beaucoup de chances d'erreur, l'histoire de la digitale n'est pas exempte d'embarras et d'affirmations contradictoires. Combien d'affections n'a-t-elle pas guéries miraculeusement, et contre lesquelles nous ne lui reconnaissons plus aucune vertu? Van-Helmont, Haller, la recommandent chaudement contre la scrofule, et Baylies, dans son *Practical Essays on Medical Subjects*, cite trois cas remarquables de guérison obtenue d'une manière tout à fait désespérée dans des cas divers d'affection scrofuleuse.

Après avoir été essayée dans un grand nombre de maladies graves avec des succès différents, et avoir été vantée à l'égal d'une panacée universelle, la digitale, par un retour ordinaire aux choses humaines, vit bientôt diminuer l'engouement exagéré dont elle venait d'être l'objet. Des médecins que n'aveuglait pas un enthousiasme irréfléchi, se demandèrent quel était son mode d'action, ce qu'on pouvait en attendre; et leurs sages appréciations fixèrent sa valeur, et firent voir le parti qu'on pouvait en tirer.

Mon but ici n'est pas de critiquer les nombreux travaux des expérimentateurs, et de noter après eux les différents phénomènes qui ont dû être rapportés à l'action de ce médicament. Comme toutes les substances qui agissent avec énergie sur nos organes, la digitale produit des effets constants et des effets variables. Les premiers sont les plus importants, et ce sont eux qui frappent le plus l'attention. Les seconds, aussi variables que l'organisme lui-même, paraissent dépendre de ce que l'on est convenu d'appeler l'idiosyncrasie, et ne peuvent être en médecine, par le fait même de leur variabilité, l'objet d'aucune application thérapeutique. C'est à leurs effets constants que les médicaments doivent d'être employés à la guérison ou au soulagement des malades, et ce sont eux qui ont donné à la digitale toute son importance.

Ce n'est pas qu'il soit très facile, en examinant les écrits des expérimentateurs, de distinguer quels sont les effets constants et les effets variables de la digitale; les sentiments sont bien loin d'avoir toujours été unanimes, et même quant aux effets qui paraissent se produire invariablement, les opinions les plus contradictoires ont été émises successivement. Nous verrons que les relations laissées par tel observateur, par Sanders par exemple, et nous en parlerons tout à l'heure, sont en opposition complète avec tout ce que nous avons l'habitude de lire et de voir chaque jour, si bien qu'on est arrivé à n'y plus attacher aucune attention.

Le premier qui se soit occupé sérieusement et avec suite de la digitale est l'Anglais Withering. Il l'employa dans de nombreuses affections de nature très diverse, depuis l'année 1773 jusqu'en 1785, époque à laquelle il publia pour la première fois le résultat de ses expériences. Il déclare que la digitale est le meilleur des diurétiques, sans cependant que son action soit infaillible; il dit que l'on peut se louer de son emploi dans toutes les hydropisies générales, mais qu'elle ne réussit jamais dans les hydropisies enkystées; que de plus elle jouit de la propriété de ralentir considérablement les mouvements du cœur, et que sous son influence cet organe peut arriver à ne plus se contracter que trente-cinq fois par minute. Disons ici en passant que nous nous réservons de montrer comment Withering a été amené à voir dans la digitale un diurétique puissant, et il n'en pouvait pas être autrement à une époque où l'on ignorait complétement les causes de l'hydropisie.

Au commencement de ce siècle, de 1810 à 1812, quelques travaux importants furent publiés tant en France qu'en Angleterre. Dans ce dernier pays, Sanders annonce les résultats d'une immense pratique. Il présente le bilan du chiffre énorme de 2000 observations, et, chose étonnante, surtout pour nous qui avons, pour le critiquer, l'expérience des longues années qui l'ont déjà suivi, il arrive à des conclusions tout opposées à celles de Withering, à celles qui ont cours parmi nous. Soit à petites doses, soit à fortes doses, et par petites doses Sanders entend 30 à 60 gouttes de teinture par jour, à quelque dose même que ce soit, la digitale, selon lui, élève le pouls, qui peut donner jusqu'à 150 pulsations par minute, et peut faire naître une fièvre inflammatoire si l'on en continue l'emploi pendant un temps suffisamment prolongé. Il prétend qu'administré à doses modérées (10 à 15 gouttes trois fois par jour), ce médicament augmente l'appétit, donne plus de vitalité aux tissus, et facilite l'absorption des liquides épanchés. Il admet que l'abus peut amener des résultats entièrement opposés, le dérangement de l'estomac, et tous les symptômes affaiblis de l'empoisonnement par cette plante. Quand on en a cessé l'emploi, les effets persistent pendant plusieurs jours, au bout desquels la fréquence du pouls diminue; il survient de la prostration, et le nombre des contractions du cœur peut descendre à 30 par minute; mais ce dernier résultat ne se produit qu'assez longtemps après que l'on a cessé l'usage de cette plante.

Qui pourra reconnaître là les effets de la digitale, et quelle était donc cette teinture qui produisait de pareils résultats à la dose de 60 gouttes? Pour pouvoir me prononcer en toute connaissance de cause sur la valeur des observations de Sanders, j'ai voulu essayer sur moi-même les effets de la teinture de digitale. Commençant par la dose qu'employait le plus habituellement ce médecin, j'ai pris le premier jour 15 gouttes de teinture trois fois dans la journée, à quatre heures d'intervalle, soit 45 gouttes, sans que le pouls en ait éprouvé aucune modification. Le lendemain j'ai pris 40 gouttes en deux fois, à trois heures d'intervalle, sans constater aucun changement dans la circulation. Le troisième jour je pris 30 gouttes en une seule fois, et les mouvements du cœur furent manifestement ralentis pendant un laps de temps d'environ quatre heures après l'ingestion du médicament. Ils descendirent à 56 ou 58 pulsations par minute, alors qu'ils auraient dû s'élever au moins à 70 ou 72, parce que, par un beau soleil de printemps, je me livrais à un exercice modéré, et parce qu'au moment de mon réveil mon pouls bat ordinairement de 65 à 66 fois par minute. Quoique dans ces expériences je surveillasse fort attentivement les phénomènes qui pouvaient se produire, je ne pus constater à aucun moment l'accélération des mouvements du cœur. Je sais bien que quelques observateurs ont dit qu'ils avaient remarqué une légère augmentation de fréquence du pouls dans les premiers instants qui suivent l'administration de la digitale; mais il faut croire que ces phénomènes très passagers ont peine à être saisis, et que le ralentissement des mouvements du cœur ne tarde pas à survenir. Il est probable que ces effets sont inconstants, et ne se produisent que dans certaines circonstances particulières qui n'ont pas encore pu être bien déterminées. A une autre époque, je fis encore une expérience, et ayant pris 20 centigrammes de poudre de digitale, les battements du cœur descendirent à 48 ou 50 par minute, et restèrent à ce chiffre pendant quelques heures. Dans ce cas encore, il ne fut pas possible de remarquer à aucun moment la moindre accélération du pouls. Je dois ajouter qu'à la suite de ces diverses expériences j'éprouvai du côté de l'estomac des sensations pénibles accompagnées d'inappétence, et qui bien évidemment étaient produites par la digitale.

Je n'ai pas l'intention, à propos de chaque auteur, de m'arrêter aussi longtemps que je l'ai fait pour Sanders. Je ne lui ai accordé une aussi longue attention que parce que ses observations sont opposées à celles qui ont été faites avant et après lui. Si, en général, elles ont trouvé peu de créance parmi les médecins, elles n'en sont pas moins prisées au plus haut point par les écrivains homœopathes. Ils prétendent que Sanders obtenait la fréquence du pouls parce qu'il donnait la teinture de digitale à petites doses, mode d'administration qui, selon eux, amènerait toujours ce résultat. Je

répéterai que, d'après mes propres expériences, je n'ai pas pu reproduire les phénomènes signalés; qu'après avoir pris 15 et 20 gouttes de teinture, dose administrée le plus souvent par Sanders, si je n'ai pas observé de ralentissement du pouls, je n'ai pas observé non plus la moindre accélération. Du reste, entre eux et lui il y a cette différence que ce médecin administrait la digitale à des doses comparativement assez élevées, tandis que les disciples d'Hahnemann ne donnent à leurs clients que des quantités infiniment petites et inappréciables de médicaments.

Withering et Sanders avaient étudié l'action de la digitale sur des malades; d'autres eurent l'idée d'en observer les effets sur l'homme sain. Jœrg, professeur à Leipzig, institua une société d'expérimentation, et nous a laissé l'histoire des faits qu'il a observés. D'après lui, cette plante administrée en poudre à la dose de 5 à 15 centigrammes, se révélerait : 1° par son action sur le cerveau, qui se traduit par une espèce d'ivresse, de la céphalalgie, de l'obscurcissement de la vue ; 2° par son action sur l'estomac, qui s'annonce par un sentiment de chaleur ou de grattement accompagné d'une diminution ou d'une augmentation de l'appétit, de coliques d'estomac et d'intestins ; 3° par une stimulation des organes génito-urinaires qu'annoncent certaines sensations différentes, selon les sexes, et une augmentation de la sécrétion urinaire 4° enfin par un ralentissement constant des mouvements du cœur, effet qu'il considère comme secondaire ou consécutif aux premiers, qu'il appelle excitants.

Que pourrions-nous ajouter à ces études de l'action de la digitale? Les travaux qui ont suivi n'ont été fondés que sur les interprétations différentes qu'ont voulu donner les auteurs des effets de ce médicament, et nous-même nous acceptons presque sans réserve ces conclusions de Jœrg, comme nées de l'exacte observation des faits naturels. Nous en serions resté là de nos recherches historiques, convaincu qu'il n'y aurait rien à gagner à les pousser plus loin, s'il ne restait pas les remarquables expériences de Hutchinson ; et, malgré la crainte de fatiguer le lecteur par la monotonie d'une trop longue énumération, nous tenons à donner une analyse de ses expériences, parce que, entreprises sur lui-même, elles ont été poussées aussi loin qu'elles pouvaient l'être sans amener la mort, et parce qu'elles renferment tout l'enseignement que l'on peut espérer de ce genre d'expériences.

Dans sa première expérience, Hutchinson prit en trois jours 380 gouttes de teinture de digitale. Les phénomènes qui se manifestérent furent ceux d'un empoisonnement avec symptômes d'inflammation de l'estomac. Le pouls, après n'avoir rien présenté de remarquable le premier jour, s'éleva pendant le deuxième et le troisième à 120 et 150 pulsations. Mais on ne peut rien conclure de ces faits quant à l'élévation du pouls, car il y eut là un effet toxique et non un effet médicamenteux, et l'état de l'expérimentateur fut tel que Hutchinson fut quinze jours sans pouvoir sortir de son lit, et deux mois à se remettre complétement de cette expérience. Il crut devoir attribuer les fâcheux résultats de ce premier essai à ce qu'il avait trop rapidement élevé les doses de la digitale, et aussitôt qu'il fut remis il s'empressa de recommencer.

Cette nouvelle expérience dura un mois entier. Il prit pour commencer 10 gouttes de teinture toutes les six heures, et il finit par élever progressivement chaque prise jusqu'à 70 gouttes. Le dérangement des fonctions de l'estomac fut le résultat le plus saillant de cette seconde expérience. Il éprouva quelques phénomènes nerveux peu sensibles, et sur lesquels il n'arrêta pas son attention; mais les effets les plus considérables, et qui eurent le plus de retentissement sur sa santé, furent une irritation d'intestins se traduisant par de la diarrhée, et une affection d'estomac dont les symptômes étaient d'abord l'inappétence, ensuite la dyspepsie allant après le repas jusqu'au vomissement.

Les effets fâcheux de cette seconde expérience furent un mois à se dissiper, ce qui n'empêcha pas Hutchinson de recommencer une nouvelle série d'essais. Le 12 juillet, il commença par prendre 12 gouttes de teinture trois fois par jour, et il alla en augmentant successivement les doses jusqu'au 25 du même mois. Ce jour-là il était arrivé à prendre 120 gouttes en trois fois. Les différents phénomènes notés dans les expériences précédentes étaient moins accentués, et le cœur ne battait plus que 46 fois par minute. Le lendemain 26, il prit 200 gouttes en une seule fois, à deux heures après midi. A huit heures du soir il n'y avait plus que 28 pulsations. Quant aux autres effets, ils étaient les mêmes que ceux notés dans les expériences précédentes, et auxquels s'étaient joints une grande faiblesse et un amaigrissement considérable. De ces expériences de Hutchinson il résulte que la digitale influence notablement les fonctions de l'estomac, et qu'au bout d'un certain temps, pendant lequel on en a continué l'usage, ce sont les fonctions de cet organe qui sont le plus profondément modifiées, au point de présenter tous les symptômes de la gastro-entérite ; ce qui prouve, et nous reviendrons longuement sur ce sujet, que l'emploi de la digitale ne peut pas être continué longtemps sans inconvénient. Dans ces expériences, rien d'extraordinaire du côté des fonctions urinaires n'appelle l'attention de l'expérimentateur ; quelquefois il note l'abondance des urines, d'autres fois leur rareté.

D'après ce qui précède, on voit que les mêmes symptômes ne se sont pas montrés avec la même intensité à tous les observateurs, ou n'ont pas fixé de la même manière leur attention. Cette différence des résultats s'explique encore par la disposition particulière d'esprit dans laquelle se trouvait chacun d'entre eux, disposition qui variait selon le genre de maladie contre laquelle la digitale était administrée. Withering la donne aux hydropiques; il note tout d'abord la puissance diurétique du médicament, et fort secondairement son action sur le cœur. Il en est de même de l'école de Montpellier, qui employa la digitale dans les différentes espèces d'hydropisies. Naturellement, les médecins de cette école notérent avec soin les effets de ce médicament sur l'estomac et les organes urinaires, et ne remarquèrent pas son action sur la circulation, leur attention n'étant pas dirigée de ce côté. Aussi gardent-ils ordinairement, à cet égard, un silence complet. Les médecins anglais, au contraire, et entre autres Kinglake, Fowler, Beddoes, Mac-Lean, ayant espéré trouver dans cette plante un excellent moyen de guérir la phthisie pulmonaire (*consumption*), et en ayant fait un fréquent usage, notèrent son effet constant sur l'estomac. Ces effets, d'après eux, sont variables, selon les individus, quant à leur intensité, et vont jusqu'à provoquer des vomissements. Le ralentissement du pouls est toujours signalé, car il ne manque jamais, et la circulation, dans ces maladies, réclame naturellement l'attention du médecin. Quant aux phénomènes présentés par les organes urinaires, ils n'en parlent pas, et il n'y a là rien d'étonnant, puisqu'ils n'attendaient de ces organes rien qui pût aider à la cure de la maladie.

Un demi-siècle s'est écoulé depuis que les Anglais ont cru avoir trouvé dans la digitale quelque soulagement contre la phthisie, et l'expérience d'un laps de temps aussi long n'est pas venue confirmer leurs espérances. Jusqu'à présent cette plante héroïque ne peut nous donner que ce que Withering nous avait promis en son nom, un moyen puissant d'améliorer pour quelque temps l'état de certains malades dont le symptôme le plus saillant est l'hydropisie. A l'époque où écrivait Withering, et même plus tard, quand les médecins français de l'école de Montpellier, dont nous avons parlé, publiaient les travaux qui devaient servir à fonder parmi nous la réputation bien méritée de la digitale, Laennec n'avait pas encore doté le diagnostic médical de son admirable invention : avant lui, la percussion pouvait bien indiquer la présence d'un liquide, mais elle était impuissante à déceler la cause du mal. Aidée de nombreuses nécropsies, l'auscultation vint éclairer la pathologie des affections du cœur, et montrer qu'un grand nombre d'hydropisies avaient pour point de départ une lésion de cet organe. Il n'était pas facile, à cette époque, de donner une explication bien satisfaisante de la manière dont la sérosité pouvait s'accumuler dans le tissu cellulaire et dans les cavités splanchniques. Les vaisseaux lymphatiques étaient seuls accusés de tous ces désordres, et Magendie n'était pas encore venu étudier la question de l'absorption, et montrer quel rôle jouaient les veines dans l'accomplissement de ces phénomènes. Aussi ne fut-ce qu'après la publication des travaux de ce physiologiste éminent que la lumière commença à se faire dans ces questions jusqu'alors fort obscures.

Si l'on place une ligature un peu serrée sur la continuité d'un

membre, on empêche la circulation veineuse, au moins en partie. Les veines superficielles cessent d'être perméables, les veines profondes seules peuvent encore offrir au sang une voie insuffisante pour regagner l'organe central de la circulation. Ainsi empêché dans son mouvement de retour, le sang stagne dans les capillaires engorgés. Ce fait est rendu apparent par la teinte bleuâtre que prennent les téguments, et l'œdème ne tarde pas à apparaître. Quand, grâce aux nombreuses recherches nécropsiques commencées par Morgagni, et poursuivies avec tant de persévérance par les disciples de Bichat, on eut acquis la conviction que l'hydropisie qui accompagne les maladies du cœur est exactement de même nature que l'œdème produit par la ligature sur un membre, on n'en fut pas moins embarrassé, malgré le pas fait en avant pour expliquer par quel mode d'action la digitale faisait disparaître cette hydropisie. De même que la ligature, mettant un obstacle à la circulation veineuse du membre sur lequel on l'applique, produit l'œdème; de même que l'utérus, dans les derniers temps de la grossesse, en comprimant les veines iliaques, devient la cause de l'anasarque des membres inférieurs; de même que la cirrhose, en empêchant la circulation de la veine porte, produit une ascite, de même une lésion organique du cœur, en empêchant la circulation du sang de se faire avec la rapidité convenable, peut être comparée à une ligature placée à la base du système veineux. Mais de quelle manière agit la digitale pour faire disparaître les liquides extravasés?

Pour tout le monde, la digitale ralentit les mouvements du cœur. C'est, disent tous les auteurs qui ont écrit sur la matière médicale, un sédatif de l'organe central de la circulation. Ne doit-il pas paraître singulier qu'un médicament, qu'un agent qui ralentit les mouvements du cœur, fasse disparaître les phénomènes qui n'avaient pris naissance que parce que le sang circulait dans les veines avec trop de lenteur? Aussi M. Beau a-t-il cru devoir s'élever contre une pareille manière d'envisager l'action de la digitale, et publier qu'elle pouvait bien ralentir les mouvements du cœur, mais qu'il fallait admettre, en outre, qu'elle en renforce les contractions pour lui permettre de lutter contre le rétrécissement qui fait obstacle à la circulation. D'après lui, cette plante jouirait d'une double propriété; elle serait un sédatif du cœur, et à ce titre elle en ralentirait les mouvements; mais de plus elle serait un tonique, puisqu'elle augmente la force de contraction de cet organe. Nous croyons, nous, et nous espérons démontrer que l'une de ces propriétés est la conséquence de l'autre, et qu'il suffit que la digitale ralentisse les mouvements du cœur pour que cet organe se contracte avec une plus grande énergie.

Mais pour pouvoir résoudre la question du mode d'action de cet agent thérapeutique ou la fonction de la circulation, il ne sera pas inutile de se rendre bien compte des changements que cette fonction subit dans les lésions organiques du cœur.

(*La fin prochainement.*)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

CHIRURGIE. — *Remarques sur quelques variétés de l'hypospadias et sur le traitement chirurgical qui leur convient*, par M. *Bouisson*. — L'auteur soumet à l'Académie quelques remarques extraites d'un mémoire relatif à l'hypospadias, dans lequel il a pour but d'établir que ce vice de conformation, qui est la conséquence d'un arrêt de développement, peut se présenter sous des formes et à des degrés différents. Il admet quatre variétés principales d'hypospadias, sous les noms de balanique, pénien, scrotal et périnéal, suivant que l'ouverture anormale de l'urèthre correspond au-dessous du gland, du corps caverneux, à l'angle scroto-pénien ou au niveau du périnée.

Les tentatives chirurgicales actuellement connues ont eu surtout pour but, dans le traitement de l'hypospadias, de favoriser, par la clôture de l'ouverture anormale ou par l'établissement d'un nouveau canal, l'émission régulière des liquides qui parcourent l'urèthre. La chirurgie doit se proposer un autre problème : celui de restituer les formes du pénis et les fonctions qui lui sont dévolues comme organe copulateur, fonctions qui sont gênées ou empêchées dans certaines variétés d'hypospadias.

Il existe deux complications à peine indiquées par les auteurs, et qu'on peut désigner sous le nom de verge palmée et de verge coudée. Le moyen de remédier à ces deux difformités par des opérations distinctes consiste, dans le premier cas, à diviser la membrane interscroto-pénienne, et, dans le second, à faire la section directe de la bride uréthrale et la section sous-cutanée des parties de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux, qui, par l'arrêt de leur développement ou par leur rétraction, produisent l'incurvation du pénis.

M. Bouisson soumet au jugement de l'Académie des opérations chirurgicales et des dessins destinés à démontrer l'efficacité des moyens qu'il a proposés. Les conclusions de ce travail peuvent être formulées de la manière suivante :

1° Les degrés moyens de l'hypospadias, c'est-à-dire l'hypospadias pénien et l'hypospadias scrotal, appartiennent seuls à la chirurgie rationnelle.

2° Celle-ci ne doit pas avoir pour but exclusif de restituer la forme et les dimensions du canal de l'urèthre de manière à permettre l'émission régulière des liquides qui parcourent ce canal; elle doit se proposer aussi de rétablir les formes et les fonctions du pénis considéré comme organe de copulation.

3° Ces formes et ces fonctions sont altérées ou empêchées dans les complications de l'hypospadias, que nous avons désignées par les expressions de verge palmée et de verge coudée.

4° Le premier vice de conformation est curable par la section de l'adhérence cutanée, avec la précaution de rapprocher les bords de la plaie par la suture, et d'effacer ainsi l'angle scroto-pénien, de manière à ramener les deux moitiés de la ligne cicatricielle dans une même direction longitudinale.

5° Le second vice de conformation peut être corrigé par la section de la bride uréthrale, complétée par la section sous-cutanée de l'élément fibreux du pénis, formant la partie inférieure de son enveloppe et la cloison intercaverneuse. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

M. *Tedeschi* (*Angelo*) adresse au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Monthyon un mémoire écrit en italien sur un nouveau procédé de cathétérisme pour le cas de rétrécissement de l'urèthre, procédé dans lequel la seule force employée pour faire franchir l'obstacle est le poids de la sonde, qui, au moyen de dispositions très simples et éclaircies d'ailleurs par des figures, peut être augmenté graduellement suivant l'exigence des cas et le progrès de l'opération.

Ce mémoire, arrivé trop tard pour le concours de cette année, sera réservé pour celui de l'an prochain.

PHYSIOLOGIE. — *Action du curare sur la torpille électrique*, par M. *A. Moreau*. — J'ai pratiqué, dit l'auteur, dans la veine dorsale de la torpille l'injection d'une solution de curare. Le poisson remis dans l'eau a continué à respirer et à nager pendant quelques instants, puis a cessé de nager, et bientôt après de respirer. Plaçant alors sur le dos de ce poisson plat une grenouille, dont j'avais coupé le bulbe rachidien pour supprimer tout mouvement volontaire, j'ai pincé la torpille sur les parties latérale et postérieure du corps. Aucun mouvement ne s'est manifesté dans le poisson; mais au même instant la grenouille a fait un bond vertical énergique.

Ainsi l'impression produite par le pincement a été transmise aux centres nerveux, et est revenue, par les nerfs qui animent l'organe électrique, déterminer une décharge sans produire en aucun point du corps de mouvement réflexe.

M. Moreau a produit le même résultat en excitant directement avec un courant électrique les nerfs mixtes situés à la face infé-

rieure du cartilage qui limite en haut la cavité abdominale de la torpille.

Ces expériences, ajoute l'auteur, montrent que l'action du curare s'exerce d'abord sur les nerfs moteurs, et que les nerfs électriques conservent leurs propriétés physiologiques comme les nerfs du sentiment et les centres nerveux.

La période, très longue, de l'empoisonnement pendant laquelle les nerfs électriques survivent aux nerfs moteurs (quant aux propriétés physiologiques), apparaît d'autant plus tôt que la vitalité du poisson est plus grande. Les doses employées étaient de 3 à 4 centimètres cubes d'une solution contenant 2 grammes de curare pour 100 grammes d'eau, pour des torpilles de taille moyenne.

PATHOLOGIE. — *Fâcheuse influence exercée sur les enfants par l'état d'ivresse du père au moment de la conception*, extrait d'une note de M. *Demeaux*. — Des circonstances particulières m'ont procuré, dit l'auteur, l'occasion d'observer dans ma pratique un bon nombre d'épileptiques. Sur trente-six malades soumis à mon observation, depuis douze ans, et dont j'ai pu connaître l'histoire, je me suis assuré que cinq d'entre eux ont été conçus le père étant dans un état d'ivresse. J'ai observé dans la même famille deux enfants atteints de paraplégie congénitale, et je me suis assuré, par les aveux précis de la mère, que la conception avait eu lieu pendant l'ivresse. Chez un jeune homme de dix-sept ans atteint d'aliénation mentale, chez un enfant idiot âgé de cinq ans, je retrouve encore la même cause.

— M. *Wanner* expose les résultats auxquels il est arrivé dans des expériences ayant pour but de faire connaître l'influence de la température sur la coagulation plus ou moins prompte du sang.

Le sang fourni par une saignée pratiquée sur l'expérimentateur lui-même était introduit dans des tubes plongés dans de l'eau à diverses températures; ces tubes étaient constamment agités, l'immobilité ayant paru accélérer la coagulation de manière à rendre les résultats moins nets. Dans l'un des bains-marie, l'eau était à 22 degrés, dans l'autre à 37 degrés, dans le troisième à 44 degrés. L'expérience a été répétée plusieurs fois dans des tubes de différents diamètres et avec des résultats concordants : c'est toujours pour la température de 37 degrés que la coagulation a été le plus lente. L'auteur s'appuie de ce résultat pour expliquer certains faits pathologiques, certaines ecchymoses cadavériques, etc.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

L'Académie reçoit : *a.* Une observation de M. le docteur *Le Briéro* (de Plougastel), ayant pour titre : *Absence congénitale de l'oreille externe à droite; agrandissement de la bouche du même côté; appendice charnu en dehors de la commissure labiale divisée.* (*Comm.:* M. Depaul.) — *b.* Une note intitulée : *Cas remarquable de tympanite péritonéale*, par M. le docteur *Labalbory.* (*Comm.:* M. Barth.) — *c.* Un mémoire sur la revaccination, par M. le docteur *Goupil*, médecin aide-major. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Un mémoire ayant pour titre : *Testament médical, ou histoire complète d'une affection des centres nerveux observée sur lui-même*, par M. le docteur *Dumont* (de Monteux). — *e.* Un pli cacheté, déposé par M. le docteur *Joulin.* (*Accepté.*)

Lectures et mémoires.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Goyrand* (d'Aix) lit un travail sur les procédés de taille inventés par Franco.

M. *Malgaigne* dit, à propos de la lecture de M. Goyrand, qui est exclusivement relative à la taille chez l'homme, que Franco a été le premier à recommander la dilatation simple de l'urèthre, à l'aide d'un instrument analogue au *speculum ani*, pour extraire des calculs de la vessie chez la femme.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre correspondant national.

La liste de présentation porte :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Fabre et Filhol;

En deuxième ligne, M. Blondlot;

En troisième ligne, M. Marchand.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 54, M. Filhol obtient 25 suffrages; M. Fabre, 20; M. Blondlot, 8; M. Marchand, 1.

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant 40, M. Filhol réunit 24 suffrages; M. Fabre, 14; M. Blondlot, 2.

En conséquence, M. *Filhol* est proclamé membre correspondant.

A quatre heures l'Académie se réunit en *Comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 19 OCTOBRE 1860.

Réponse de M. *Fauconneau-Dufresne* à une note de M. *Duparcque* sur le traitement de la colique hépatique calculeuse.

Observation de paralysie progressive localisée dans les muscles du palais, de la langue et de l'orbiculaire des lèvres, par le docteur *Costilhes*.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau procédé d'embryotomie, par M. le docteur H. BOENS.

Lorsqu'une présentation du tronc est tellement engagée que le fœtus ne peut plus être retourné, et qu'il est impossible de l'extraire doublé, si l'enfant est mort et que la décollation ne soit pas facilement praticable, M. Boëns procède à l'embryotomie de la manière suivante :

A l'aide du bistouri et de forts ciseaux ordinaires, guidés par les doigts de la main qui est introduite dans le passage, on enlève d'abord les parties qui peuvent être considérées comme faisant procidence et qui gênent les mouvements que l'on doit exécuter pour diviser le tronc. Quand cette complication existe, c'est presque toujours un seul bras qui se trouve dans ce cas. Pendant qu'un aide tire sur le membre procident, on incise lentement les muscles tout autour de l'épaule en passant entre le thorax et l'omoplate; il est alors facile d'opérer la désarticulation.

On plonge ensuite le bistouri entre deux côtes, en le glissant le long de la face palmaire des doigts, et l'on engage immédiatement le bout d'un doigt dans l'ouverture pratiquée; celle-ci étant agrandie par la division d'une, de deux ou de plusieurs côtes, soit avec un fort bistouri, soit plutôt avec de forts ciseaux, on peut engager plusieurs doigts dans la trouée thoracique et arriver au diaphragme, que l'on déchire facilement après l'avoir traversé avec l'instrument dont on s'est servi jusque-là. Alors une partie des viscères du fœtus s'échappe au dehors.

Cela fait, on retire la main de l'intérieur du fœtus, et puis, en empoignant le thorax entre le pouce placé en haut et les quatre autres doigts en bas, on aplatit toute la poitrine pour empêcher que les côtes ne viennent arc-bouter contre les parois vaginales dans les manœuvres d'extraction qui vont suivre.

Pour pratiquer ensuite l'extraction proprement dite, on glisse en arrière du tronc un des crochets mousses qui terminent le bout antérieur des branches du forceps. Ce crochet doit être dirigé d'arrière en avant et de bas en haut, c'est-à-dire que la branche du forceps engagée doit s'appuyer tout le long du périnée et de la paroi postérieure du vagin. Cette branche est confiée à un aide, qui tire modérément vers lui et en bas. Le tronc du fœtus plie et s'enfonce lentement dans le vagin, tandis que, d'une main, l'accoucheur dirige la marche des côtes enfoncées, afin d'éviter qu'elles ne blessent la mère. Quand la partie du tronc où le crochet est appliqué est facilement accessible aux ciseaux, on incise lentement les chairs, et souvent, sans qu'il soit nécessaire de porter l'instrument tranchant sur la colonne vertébrale, celle-ci se

brise, et la division du fœtus est opérée. Le crochet mousse est retiré et la main suffit pour amener au dehors la moitié inférieure du fœtus d'abord, ensuite la moitié supérieure et enfin l'arrière-faix.

En résumé, cette opération comprend les temps suivants : dans le *premier temps*, on se débarrasse des bras qui occupent une partie du vagin et que l'on a essayé vainement de repousser dans l'utérus pendant les tentatives de version. Ce premier temps n'a lieu, bien entendu, que dans les cas où les membres supérieurs plongent dans le vagin.

Dans le *second temps*, on réduit le volume du fœtus en le vidant par le thorax et en écrasant celui-ci sous les doigts.

Dans le *troisième temps*, on partage le fœtus en deux à l'aide de tractions modérées faites avec un crochet mousse et de la division des chairs des ligaments, et au besoin des os de la colonne vertébrale.

Cette opération est tout à fait inoffensive pour la mère. M. Boëns l'a pratiquée quatre fois avec le succès le plus complet. M. P. Dubois a eu recours à un procédé assez analogue dans un cas où il ne lui fut pas possible d'atteindre le cou du fœtus pour pratiquer la décollation. Il fixa d'abord un crochet mousse sur le milieu du corps, qu'il incisa par sa partie moyenne à l'aide de grands ciseaux. La section successive des parois de la poitrine fut d'abord faite petit à petit. Il incisa d'un seul coup la colonne vertébrale et recommença de nouveau à agir lentement et à petits coups, ayant soin de placer l'extrémité de la main gauche derrière les parties fœtales (*voy.* Jacquemier, *Manuel des accouchements*, t. II, p. 443). M. Boëns fait remarquer que, dans le procédé de M. Dubois, on est continuellement exposé à entamer les parties de la mère en coupant le pourtour des parois du tronc. Dans le procédé de M. Boëns, on agit, au contraire, constamment sur des parties qui ne sont pas en contact direct avec les tissus maternels : ainsi, la perforation du thorax se fait au centre du vagin ; l'agrandissement de cette perforation et l'incision du diaphragme se font au bout des doigts et à l'intérieur des parties fœtales; enfin, l'incision des chairs qui sont au-devant du crochet mousse et qui entourent le point où la colonne vertébrale sera brisée ou coupée, se fait, pour ainsi dire, à l'extérieur, puisque les tractions exercées à l'aide de ce crochet amènent quasi à la vulve la cage thoracique, qui, par suite de son ouverture et de la sortie des viscères, se tasse, se plie et se double sans résistance notable. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, septembre 1860.)

Du liséré gingival comme signe de tuberculisation pulmonaire, par M. le docteur Dutcher, à Enon-Valley (Pensylvanie).

L'état particulier des gencives dont il s'agit a été signalé et vivement recommandé à l'attention des médecins par le docteur Thompson (*Lectures on Consumption*). Voici en quoi il consiste : le bord libre des gencives est plus foncé en couleur que les parties voisines et a un aspect festonné. La largeur de ce liséré est variable ; ce n'est quelquefois qu'une ligne très étroite ; ailleurs, il a plus de 2 lignes de largeur. A mesure que l'affection avance et que ses caractères se prononcent davantage, ce liséré prend une couleur qui rappelle le vermillon. Le plus habituellement, il est surtout prononcé autour des incisives; mais on le voit aussi fréquemment au pourtour des molaires. Dans les cas où il est extrêmement prononcé, il s'accompagne assez souvent d'une hypertrophie des gencives.

On distingue facilement ce liséré de la rougeur des gencives qui peut être produite par d'autres causes, à l'aide des caractères suivants : dans la gingivite qui se produit sous l'influence du mercure ou de l'iode, la rougeur est beaucoup plus diffuse, ou, si elle est bornée au bord libre des gencives, elle ne se perd pas aussi insensiblement dans la coloration des parties voisines.

Lorsque la rougeur des gencives est due uniquement à l'accumulation du tartre, l'aspect irrégulier, comme déchiqueté, du rebord gingival est un caractère distinctif suffisant.

M. Dutcher a examiné attentivement depuis huit ans les gencives de tous les sujets atteints de phthisie pulmonaire qu'il a traités. Sur ces malades, dont le chiffre total est de 58, 48 présentaient le liséré en question. M. Dutcher l'a rencontré plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, et il a remarqué qu'il se produisait à une époque moins avancée chez les sujets jeunes que chez les personnes d'un âge avancé. Il précède quelquefois de deux ou de trois ans tous les autres symptômes de la phthisie pulmonaire ; mais, le plus souvent, son apparition ne tarde pas à être suivie de l'explosion de la tuberculisation parfaitement caractérisée. Cinq fois seulement M. Dutcher a vu le liséré se produire à une période assez avancée de la phthisie.

D'après les observations qu'il a eu l'occasion de faire, M. Dutcher se croit autorisé à formuler les propositions suivantes :

1° Le liséré gingival de Thompson est un signe infaillible de la diathèse tuberculeuse;

2° Lorsqu'il existe, quelque obscurs que soient tous les autres symptômes, on peut annoncer d'une manière certaine l'apparition prochaine de la phthisie confirmée;

3° Si, dans le traitement des phthisiques, on voit le liséré, d'abord existant, disparaître sous l'influence de la médication employée, c'est un signe certain d'amélioration, et il est suffisant pour faire porter un pronostic favorable;

4° Lorsque le liséré, développé d'abord autour des incisives, s'étend graduellement autour des molaires en dépit du traitement employé, le pronostic est défavorable, et il faut s'attendre à une terminaison rapidement fatale lorsque la coloration du liséré passe du rouge vif au rouge sombre ou pourpre;

5° Lorsque le liséré n'existe pas, on peut espérer, quels que soient les symptômes généraux, que la santé générale n'a pas reçu une atteinte très profonde ; que le malade pourra, en employant des remèdes appropriés, recouvrer un état de santé relatif, et que l'on pourra ainsi prévenir ou retarder le développement des tubercules pulmonaires. (*The Medical and Surgical Reporter*, 4 août 1860.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par M. le docteur Briquet, médecin à l'hôpital de la Charité, etc. — (Rapport fait à la Société de médecine de Paris, par M. le docteur Delasiauve.)

La Société, messieurs, peut justement s'énorgueillir. Dans le choix de ses membres, elle a, qu'on me passe l'expression, la main heureuse. Combien d'entre eux déjà, travailleurs parmi les laborieux, ont conquis une position éminente ou mérité de figurer sur une scène plus élevée ! Nous en avons eu naguère un exemple bien touchant encore dans la personne du collègue aussi savant que modeste qui dirige en ce moment nos travaux. A peine, sans égard cette fois pour des excuses qui ne nous semblèrent point justifiées, venions-nous de lui conférer la dignité présidentielle, que par un mouvement d'autant plus flatteur qu'il était en quelque sorte spontané, l'Académie elle-même l'appelait dans ses rangs. M. Briquet avait depuis longtemps des droits à cette haute distinction pour les recherches consciencieuses et positives dont il a enrichi la science et la pratique. Mais l'important ouvrage qu'il a publié tout récemment ne laissait plus de place au doute, et l'Académie, il faut le dire à sa louange, a su noblement le reconnaître.

C'est de ce livre, messieurs, que je dois vous entretenir ; tâche ardue, d'ailleurs, vu la difficulté, en présence de tant de faits et d'aperçus, de concilier avec le laconisme d'un compte rendu, la fidélité de l'analyse. L'hystérie est presque un mythe pathologique. Quel rôle n'a-t-on pas attribué à cette espèce de caméléon susceptible, comme Protée, de revêtir les formes les plus diverses ? En quoi consiste cette maladie ? Convient-il de distinguer les convulsions hystériques de l'hystéricisme ? Les symptômes réunis sous ces noms génériques ont-ils ou non leur origine dans l'appareil utérin ?

Sont-ils dès lors exclusifs aux femmes ou bien ne peuvent-ils pas, accusant d'autres souffrances organiques, se montrer aussi chez les hommes ?

Telle est la série de questions que soulève d'abord le problème et sur lesquelles, malheureusement, la discussion, toutes les fois qu'elle s'est produite, a manifesté les plus profondes dissidences. De l'aveu de l'auteur, le besoin de mettre un terme à ce désaccord n'a point été le mobile de son étude. Ainsi qu'il nous en avertit dans une courte préface, nul sujet n'excitait davantage sa répugnance. Son esprit positif l'éloignait d'une affection jusque-là considérée comme le type de l'instabilité, de l'irrégularité, de la fantaisie, de l'imprévu. Seule, une circonstance impérieuse a pu le contraindre à vaincre son aversion naturelle. De date immémoriale le service qui lui est confié à la Charité, recevant de nombreuses hystériques, il s'est, en le prenant, imposé le devoir de porter une attention particulière sur ce genre de malades.

Or, à mesure que se multipliait son observation, voyant de plus en plus entre les éléments qu'elle lui fournissait et les tableaux présentés dans les livres des différences sensibles, il comprit la nécessité de soumettre à un examen rigoureux ce point de pathologie nerveuse, et de substituer aux aperceptions de l'imagination les données exactes de la nature. Ses devanciers s'étaient en partie copiés les uns les autres. Il a surtout puisé ses enseignements aux leçons de l'expérience. Le nombre des cas qu'il a recueillis avec détails, commentés et appareillés, dépasse quatre cents. C'est sur cette large base qu'est édifié son traité, de cette mine féconde que sont tirées toutes ses déductions.

Nul ne s'étonnera qu'un procédé d'exploration si inusité en pareille matière ait fait surgir des vues nouvelles. L'une des conséquences les plus graves serait la condamnation de la théorie antique de l'hystérie. Les phénomènes de cette névrose n'auraient rien d'incohérent. Suivant M. Briquet, il serait, au contraire, facile d'en saisir le caractère, d'en suivre les métamorphoses et d'en établir le rapport avec les modifications de l'état physiologique. Pour être mobiles en apparence, ils n'en sont pas moins assujettis à des lois fixes, passibles d'un diagnostic précis, et, par suite, d'indications rationnelles.

Dévoilant une sorte de sphynx, l'ouvrage de M. Briquet met donc le lecteur en face d'une situation complétement sérieuse. Essayons d'en dégager les particularités saillantes.

La pensée de M. Briquet se révèle dès le premier chapitre, consacré à la définition. On sait la part généralement attribuée à l'influence utérine sur la production des phénomènes hystériques. La femme seule les éprouverait. Sous ce rapport, les idées anciennes n'ont pas cessé d'être prédominantes, ainsi que l'atteste la citation d'écrits récents qui font autorité, ceux entre autres de Louyer-Villermay et de M. Landouzy. Il y a cependant des exceptions. MM. H. Gérard, Gendrin, Forget, croient, par exemple, avec Ch. Le Pois, Willis et Georget, que l'hystérie répond à une susceptibilité du système nerveux. Telle est également la doctrine de M. Briquet, pour qui cette affection consiste dans une *névrose de l'encéphale*, caractérisée principalement par la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions.

On s'expliquerait, d'après cela, la possibilité des cas prétendus hystériques chez l'homme. Nous verrons que M. Briquet en a effectivement accepté un assez grand nombre, tout en confessant qu'ils forment une très faible minorité relative. L'organisation délicate et toute passionnelle de la femme crée pour celle-ci à cet égard un triste privilége, tout trouble hystérique n'étant qu'une expression désordonnée d'une vive excitabilité naturelle.

Cette façon d'envisager l'hystérie en étend singulièrement le domaine. Sans préjuger dès à présent de son entière justesse, qui pourra être contestée, on entrevoit l'importance qu'elle suppose à l'étiologie. Fixé naguère presque uniquement sur le mode fonctionnel de l'appareil utérin, le regard embrasserait désormais le vaste ensemble des causes capables d'affecter l'action nerveuse. Aussi, conséquent à ses principes, l'auteur a-t-il accordé à la partie étiologique une place considérable, près de deux cents pages sur sept cent dix-huit dont se compose le volume.

M. Briquet reconnaît à la prédisposition une efficacité souveraine. Une vingtaine de cas, à peine, sur quatre cent trente entourés de renseignements suffisants, avaient éclaté sans causes prédisposantes appréciables. Celles-ci sont ou originelles ou acquises, le résultat de la conformation, du tempérament ou l'effet plus ou moins continu de conditions agissant postérieurement à la naissance. Le sexe, l'âge, l'hérédité, les climats, la position sociale, le genre d'éducation, le milieu où elle s'est faite, le mode d'alimentation, les professions, les passions, la continence, la menstruation, les maladies antécédentes, l'état de la santé, telles sont les circonstances sur lesquelles notre collègue a spécialement insisté.

Au point de vue de sa thèse, il devait tenir à démontrer l'aptitude éventuelle de l'homme à l'hystérie. Ce point a été discuté longuement. M. Briquet, non-seulement s'est étayé dans son argumentation des opinions et des faits d'une foule d'auteurs, il a produit personnellement sept observations très explicites où se rencontreraient, à son gré, les signes incontestables de l'état hystérique : impressionnabilité, spasmes, attaques similaires, anesthésies et hyperesthésies partielles, etc. La proportion des cas afférents au sexe masculin serait d'un cinquième. En ce qui concerne la femme, les organes sexuels n'auraient de rapport avec la maladie qu'une fois sur six. La fréquence des accidents proviendrait surtout de son idiosyncrasie sensitive.

Beaucoup plus commune qu'on ne suppose avant l'éruption pubère, ce qui milite peu en faveur de l'intervention génitale, l'hystérie représenterait un tiers de quinze à vingt ans, décroîtrait sensiblement de vingt à vingt-cinq, plus sensiblement encore de vingt-cinq à quarante, et deviendrait ensuite tout à fait rare.

L'empreinte héréditaire est fortement caractérisée, soit que les enfants descendent de parents directement hystériques ou qu'ils en aient reçu le germe d'une prédisposition aux affections nerveuses. Il résulte des vérifications nombreuses auxquelles s'est livré M. Briquet que la moitié des mères hystériques donnent naissance à des filles hystériques, et que, tandis que les sujets exempts de l'infirmité n'ont dans leur ascendance que 2 et 1/8 pour 100 de membres atteints de maladies spasmodiques ou cérébrales, les autres en comptent au moins 25 ; fait confirmatif des approximations fournies par les observateurs, et notamment par Georget, qui, d'après un relevé dressé par lui à la Salpêtrière, assure que la plupart des malades soumises à son investigation, avaient parmi leurs proches des hystériques, des épileptiques, des hypochondriaques, des aliénés, des sourds ou des aveugles.

On a tiré de certains attributs extérieurs des signes présomptifs dont la valeur n'est point établie. Taille, embonpoint, couleur de la peau et des cheveux, constitution forte ou faible, sanguine, bilieuse, lymphatique, tout cela se retrouve avec une égale diversité à l'état normal ou dans d'autres conditions morbides. L'irascibilité du caractère, la facilité aux émotions, une propension affectueuse ou mélancolique, annoncent, au contraire, une diathèse flagrante.

Les données font défaut pour l'appréciation climatérique. Indépendamment du site et de la température, chaque contrée a, selon les habitudes et les mœurs, des stimulations perturbatrices. Les positions sociales, les professions, le genre d'éducation, n'offrent pas des éléments moins complexes ; si la richesse a ses abus, la pauvreté a ses épreuves. On a cru à tort à l'immunité des campagnes. Sauf les grands centres de population, l'hystérie y règne autant que dans les villes ordinaires. Trop de mansuétude ou de sévérité dans la discipline de l'enfance crée des susceptibilités dangereuses. La continence est un de ces périls que l'on doit reléguer au rang des préjugés. Son cercle réel est très restreint. On cite, il est vrai, les épidémies des couvents, mais les austérités de la vie ascétique sont bien suffisantes pour les provoquer. M. Briquet, d'ailleurs, objecte avec raison qu'elles ne se manifestent guère que dans les cloîtres et n'atteignent presque jamais les religieuses vouées aux soins hospitaliers ou à l'exercice libre et actif de l'enseignement. Nous omettons l'exemple des prostituées : abus et privation conduisent souvent aux mêmes désastres. Mais nul n'ignore combien sévit la maladie chez les domestiques, qui ne passent pas en général pour garder une chasteté rigide. C'est que dans ces deux

classes les influences dépressives sont essentiellement prépondérantes. Les ennuis, les déceptions, l'abandon, les chagrins de toutes sortes : sont les sources fécondes où s'avive la sensibilité, où s'exaltent les penchants affectifs, où s'alimente, en un mot, l'hystérie. Les irrégularités menstruelles, les fièvres graves, l'anémie, la chlorose, les affections chroniques, un peu plus peut-être celles de l'utérus que des autres viscères, c'est-à-dire tout ce qui, dans l'ordre physique, tend à irriter directement le système nerveux ou à le rendre prédominant par l'affaiblissement de la constitution, fournit un concours très efficace aux aggressions morales.

Il n'existe point de démarcation bien tranchée entre les causes prédisposantes et déterminantes ; celles-ci ne sont souvent que les précédentes continuées. Leur seule nomenclature serait fort longue. Les auteurs en ont admis beaucoup d'imaginaires ou qui, étrangères à la production de la névrose, n'ont d'effet que sur le retour des attaques. D'aucune ils n'ont fixé nettement la valeur respective. Pour M. Briquet, le propre des causes occasionnelles, soit qu'elles agissent instantanément ou qu'elles acquièrent une intensité progressive, est de provoquer les accidents par elles-mêmes et sans intermédiaire, en modifiant l'encéphale et ses dépendances.

Les principales rentrent dans la catégorie des impressions tristes ou des émotions subites : chagrins, mauvais traitements, position gênée, séparations imprévues, nouvelles fâcheuses, frayeur, nostalgie, etc. Sur un neuvième des cas, les symptômes ont succédé à une suppression brusque ou à un retard des menstrues. L'accouchement les a produits 7 fois, la grossesse 6, la première menstruation 5, les hémorrhagies et la saignée 6, le viol 2, l'abus du coït 3, la magnétisation 2, la cautérisation d'un chancre et une contusion à l'épigastre chacune 1. Les ouvrages abondent en hystéries rapportées à des lésions de l'utérus ou de ses annexes ; aux yeux de M. Briquet, ces faits n'ont pas tous une valeur irrécusable. Un grand nombre n'auraient été qu'une suite ou une coïncidence. Ses relevés personnels ne lui ont donné que des proportions minimes, et son témoignage se fortifie encore de celui de divers auteurs, Bennett, Bernutz, A. Goupil, Landry, qui, ayant fait de sérieuses recherches sur ce sujet, s'accordent à dire que les affections utérines ne contribuent que peu fréquemment à la manifestation des symptômes hystériques. M. Landouzy signale sept cas d'origine vermineuse.

D'après l'idée que s'est faite M. Briquet, et qui consiste à regarder l'hystérie comme une réaction essentiellement sensitive, les accès convulsifs, simples épiphénomènes, ne viendraient qu'en rang accessoire. Le mal, d'autre part, quoique unitaire au fond, s'exprimant par des nuances infinies et pour ainsi dire individuelles, répugnerait à une description méthodiquement basée sur les phases habituelles de début, d'augment, d'état et de déclin. Une catégorisation par espèces ne serait pas elle-même plus rationnelle. Notre confrère se trouvait dès lors presque forcément réduit à présenter le tableau séparé des principales anomalies hystériques, à en établir la fréquence, à en analyser la valeur et les suites. C'est, en effet, le plan qui préside à son exposé symptomatologique.

L'invasion est souvent précédée par des changements que M. Briquet étudie d'abord brièvement sous le nom de prodromes ; puis, arrivant aux signes positifs, tour à tour il passe en revue les lésions immédiates de la sensibilité, hypéresthésies et anesthésies, les perversions sensoriales, les désordres spasmodiques, les attaques convulsives, extatiques, délirantes, et les convulsions permanentes ou intercurrentes, les contractures musculaires, la paralysie hystérique, l'ataxie des mouvements et divers troubles fonctionnels inhérents ou subordonnés à la cause perturbatrice.

Soit qu'ils trahissent une prédisposition native ou acquise, ou que déjà ils reflètent le cachet de la transformation maladive, les prodromes sont, en général, une expression affaiblie de l'état qui doit prendre un développement plus ou moins rapide : mobilité de la physionomie et des actes, vivacité ou incertitude du regard ; tendances à l'irritation, à la dissimulation, à la crainte ; conceptions bizarres ; transition sans motif de la joie à la tristesse, de l'espérance au découragement ; sanglots involontaires, appétits anormaux, perversité instinctive ; bouffées de chaleur suivies de pâleur au visage ; étouffements, palpitations, douleurs erratiques, insomnie, tels se présentent, en abrégé, les traits caractéristiques de ce que volontiers nous appellerions la période préparatoire.

En s'accusant davantage, ces symptômes deviennent comme le fond même de la névrose ; d'autres ensuite s'y joignent, plus ou moins constants, et pouvant, suivant les cas, acquérir une signification pathognomonique. Leur nombreuse diversité ne permettant pas de les reproduire tous, nous nous bornerons à relever les plus importants, et quelques-uns entre autres qui, pour avoir été peu remarqués, n'en auraient pas moins droit d'occuper une place spéciale dans le cadre nosologique de l'hystérie.

Les hyperesthésies et les anesthésies appartiennent à cette catégorie de phénomènes fréquents et significatifs. On les rencontre, soit simultanément ou isolément, chez les quatre cinquièmes des sujets. Il est peu d'organes où, sous diverses formes et à différents degrés, ne puisse se produire une exaltation hystérique de la sensibilité : la peau, les muscles, les nerfs, les jointures, les viscères, les os même en sont les siéges de prédilection. La douleur se montre d'ordinaire aussi brusquement qu'elle disparaît. Parfois elle réside toujours dans le même emplacement, plus souvent elle se promène capricieusement d'un point à un autre. La pression, dans les parties accessibles, augmente singulièrement son acuité. On a vu la dermatalgie envahir toute une moitié latérale du corps ou exclusivement sa région supérieure. Une propriété bizarre des hyperesthésies est la tendance qu'ont la plupart d'entre elles à se fixer de préférence du côté gauche. M. Briquet s'est plu à faire ressortir cette affinité dont la rachialgie offre spécialement un frappant exemple. Il est difficile, d'ailleurs, en tenant compte de toutes ces particularités, de confondre les souffrances hystériques avec les autres genres de névralgies.

Sauf une mobilité moindre, l'anesthésie affecte une grande ressemblance d'allure avec l'hyperesthésie. Plus ou moins passagère ou tenace, étendue ou restreinte, à peine manque-t-elle dans un tiers des cas. Sa prédilection pour le côté gauche est également manifeste, ce que Weber attribue à une impressionnabilité normale relativement plus développée. La peau, l'orifice des muqueuses, les sens, les muscles, sont parfois simultanément envahis. La diminution de la sensibilité dans certains points coïncide encore fréquemment avec une exacerbation douloureuse dans certains autres. M. Briquet a cru remarquer enfin qu'elle gagne des couches superficielles aux couches profondes.

On doute que l'anesthésie atteigne les organes intérieurs, le phénomène, d'après les expériences de M. Longet, se passant selon toute apparence vers les extrémités périphériques des nerfs de la vie de relation. L'auteur cependant présume, quoique jusqu'ici rien n'ait été démontré à cet égard, que cette immunité n'est pas absolue, et qu'il ne serait pas impossible, par exemple, que diverses anomalies observées chez les hystériques, syncope, météorisme, rétention d'urine, constipation, etc., dépendissent d'un affaiblissement de la propriété de sentir dans le cœur, les intestins, la vessie, le rectum, etc.

Pour découvrir l'anesthésie, à moins d'une simulation contre laquelle on n'a qu'exceptionnellement à se mettre en garde, il suffit de toucher ou de presser l'endroit insensible, de le piquer, de le pincer, de le déchirer ou d'y faire passer un courant électrique qui provoque des contractions sans éveiller la conscience.

Mais ce signe n'est pas exclusif à l'hystérie, et pour ne pas insister sur ces circonstances extraordinaires rappelées par M. Briquet, et qui nous montrent des martyrs, de prétendus sorciers, des convulsionnaires supportant impunément les plus terribles épreuves, l'anesthésie se rencontre dans une foule d'états nerveux, dans l'épilepsie, la paralysie, la catalepsie, l'extase, etc. La distinction alors peut devenir chanceuse. On n'a guère pour se guider que le parallèle des autres symptômes. MM. Besançon et Mesnet, cependant, traitant ce point de diagnostic différentiel, ont signalé comme établissant une forte présomption la manifestation consécutive du phénomène et sa tendance à se localiser du côté gauche.

M. Briquet n'a dit qu'un mot des perversions sensoriales, des conceptions déréglées, des troubles hallucinatoires dont s'accom-

pagne si souvent l'affection hystérique. Ce point, notamment en ce qui touche la médecine légale, méritait peut-être plus de développements. Il y a des malades qui, sous l'empire d'une telle transformation, sont, tout en conservant une lucidité apparente d'esprit, fatalement exposés à de regrettables écarts. Une cause récente a révélé, sous ce rapport, une véritable lacune.

Les spasmes sont, pour ainsi dire, de l'essence de la maladie. Strangulation, suffocation, palpitations, vomissements, borborygmes, etc., chacun est édifié sur la signification de cette révolte des organes. Nous les négligerons pour arriver aux attaques. M. Briquet y a consacré une fort longue analyse. Son système, nous l'avons vu, les dépouille de cet appareil exclusivement convulsif et spécial qui sert d'ordinaire à les distinguer. La forme est secondaire. La violence plus ou moins grave et plus ou moins transitoire de symptômes, expression exagérée de ce que produisent les vives émotions à l'état normal, voilà ce qui les constitue. Aussi notre savant collègue en reconnaît-il selon les aspects de plusieurs espèces. Dans deux premiers cas les attaques ont pour accidents culminants les spasmes, un degré paroxystique ou la syncope. Un troisième groupe répond au type vulgairement admis et de beaucoup le plus nombreux. Puis figurent une série de variétés, quelques-unes assez fréquentes, d'autres plus rares, épileptique, cataleptique, extatique, somnambulique, délirante, comateuse.

Mentionner cette division, c'est dévoiler sa portée. M. Briquet, d'ailleurs, n'a rien négligé pour en justifier l'adoption, soit en traçant une démarcation nette entre les faits, soit en précisant, grâce à une statistique rigoureuse, leur fréquence et leur importance respectives.

Parmi les désordres dont le système musculaire est susceptible, l'hystérie occasionne quelquefois des tics, des tremblements, des mouvements choréiques, des contractures. Mais la lésion la plus commune assurément est la paralysie dite hystérique. Beaucoup en ont parlé ; elle apparaît comme une révélation dans l'ouvrage de M. Briquet, qui jette sur son étiologie, son diagnostic, son pronostic et son traitement, la plus vive lumière. L'absence d'altérations cérébrales confirme sa nature. Il est de plus à noter que trois fois sur quatre elle a son siége à gauche, et que très souvent, jointe à l'anesthésie, cette connexité est pour toutes deux une cause aggravante.

Les sécrétions et les exhalations fournissent leur contingent de troubles à l'hystérie. M. Briquet termine par cet ordre d'altérations son exposé symptomatologique. La salive, la sueur, ne pèchent pas seulement par une augmentation de quantité. On a vu la première acide, la seconde colorée en rouge par du sang. M. Lecomte, ex-élève de M. Manec, rapporte un cas de galactorrhée datant de sept ans et guéri par l'huile de chènevis. Dans les crises, les urines deviennent abondantes, pâles, ténues, et même légèrement sucrées, si l'on en croit M. Reynoso, contredit, il est vrai, par M. Michéa. Le tympanite, enfin, est un phénomène vulgairement apprécié.

Au milieu des circonstances imprévues qui peuvent physiquement et moralement agir sur le système nerveux, l'hystérie ne saurait être assujettie à une marche complétement uniforme. Celle-ci est en quelque sorte individuelle. M. Briquet distingue un état aigu et un état chronique. Sous le nom de *fièvre hystérique*, on observe souvent dans le premier cas une accélération du pouls qui, sans cesser d'être nerveuse, s'accompagne parfois de chaleur, de sueur et de lassitude. Malgré leur infinie variété, l'auteur croit pouvoir grouper sous six chefs principaux l'enchaînement successif des phénomènes : 1° invasion prompte, développement rapide; 2° conditions déprimantes, passions tristes, chagrins profonds, agitation fébrile, aberrations intellectuelles ; 3° forme stationnaire ; 4° progrès graduel; 5° attaques convulsives accidentellement provoquées par des influences fortuites; 6° suspension ou recrudescences par suite de perturbations favorables ou nuisibles.

Certaines causes modèrent ou aggravent les accidents hystériques. D'un côté sont celles qui dépriment, excès, chagrins, misère, troubles menstruels ; de l'autre, celles qui fortifient, bien-être, gaieté, menstruation normale, bonne alimentation, vie régulière. Il y en a d'hybrides. Salutaires quelquefois, le mariage, la grossesse, ont beaucoup plus souvent un effet nuisible. M. Briquet a surtout montré par de nombreux exemples le remarquable pouvoir de l'imagination sur la cessation ou la propagation de la maladie.

On a cru trouver entre l'hystérie et l'hypochondrie une affinité qui est au moins douteuse. Les craintes relatives à la santé sont rares. L'aliénation mentale, si l'on excepte les bizarreries d'humeur et les perversions instinctives, est également moins commune qu'on ne l'a supposé. La chorée, au contraire, vient souvent chez les jeunes filles s'ajouter comme complication, ayant semblable origine. Chacun comprend, du reste, que les troubles fonctionnels occasionnés par les spasmes nerveux soient de nature à faire naître à la longue des altérations dans les organes. Mais ici s'élèvent de grandes difficultés diagnostiques : ces lésions, au lieu d'être consécutives, n'auraient-elles pas été plutôt, selon le sentiment presque unanime, le point de départ des symptômes? M. Briquet, après une discussion approfondie des faits, incline pour la négative. Ces dégénérations cancéreuses, ces tumeurs, ces kystes, rencontrés notamment dans l'utérus ou les ovaires lui semblent, dans la pluralité des cas, ou n'avoir eu aucune relation avec le mal, ou n'être survenus que postérieurement. Aussi conclut-il en ces termes : « L'hystérie, dit-il, est donc une névrose dont la cause échappe à nos yeux. L'anatomie pathologique n'a rien découvert de spécial dans les organes génitaux; elle n'a pas été plus heureuse dans les autres organes. »

En agrandissant le champ de l'hystérie, M. Briquet n'avait plus seulement, soit à différencier cette forme morbide des autres espèces convulsives, épilepsie, catalepsie, extase, éclampsie, etc., ou à dévoiler encore quand ces espèces elles-mêmes pouvaient être subordonnées au principe hystérique; cette tâche, il l'a remplie ; il devait surtout, et il est juste de dire qu'il a senti cette obligation, prouver que le déclassement des cas qu'il rattache à l'essentialité en question n'est point une usurpation téméraire sur d'autres genres. L'hypochondrie pour lui, d'après M. Dubois (d'Amiens), diffère fondamentalement de l'hystérie. Il en serait ainsi des névropathies, affections répondant à une lésion locale, et sur lesquelles M. Bouchut a publié récemment d'intéressantes recherches que bientôt nous ferons connaître. Les névropathies, propres à l'âge adulte, naissent en général chez des personnes exemptes de prédisposition, sous l'influence d'une impression physique plutôt que morale, d'un refroidissement, d'une rétrocession psorique, d'une suppression purulente ou hémorrhagique. Pourtant aussi elles cèdent aux moyens médicamenteux qui, dans l'hystérie, sont puissamment secondés par les révulsions morales.

La gravité du pronostic est soumise à une foule de conditions. Quelques personnes ont succombé dans des attaques. Ce résultat, extrêmement rare, n'arrive guère que dans la forme ou la complication épileptique. Souvent l'âge amortit insensiblement l'impressionnabilité et les accès, et parfois on voit la vigueur renaître après la période critique. Mais plus fréquemment encore, soit altération préexistante ou consécutive, l'habitude de la souffrance, troublant l'équilibre des fonctions, perpétue l'état valétudinaire ou fomente des désordres dont l'issue peut devenir funeste. Le péril se transmet même aux produits de la génération. On a constaté que les enfants nés de mères hystériques meurent en grand nombre dans les premières années de la naissance, et qu'entre ceux qui survivent, beaucoup ne jouissent que d'une santé précaire.

Une étude aussi approfondie que celle à laquelle s'est livré M. Briquet ne pouvait demeurer stérile pour le traitement. Il en est résulté un principe supérieur auquel se rapportent, comme à leur souche, les applications particulières. Sous le rapport de la prophylaxie comme de la cure, toutes les vues étaient naguère tournées vers l'appareil utérin. M. Briquet a montré qu'il importait surtout d'envisager l'état général de la constitution, et spécialement celui du système nerveux. Les règles de l'hygiène en découlent : tempérer l'existabilité naturelle ou acquise, prévenir la pétulance du caractère, l'instabilité des impressions et les passions désordonnées, raffermir l'organisation affaiblie, obvier aux lésions capables de faire naître le désordre ou de l'entretenir, telles sont les nécessités auxquelles doivent répondre les prévisions médicales. A cet égard, M. Briquet met principalement sa confiance

dans un régime tonique, les exercices musculaires, et aussi dans une éducation intelligemment appropriée dont il trace avec un soin minutieux les tempéraments et les bases.

Quant aux moyens directement curatifs, leur élection dépend des situations particulières. Outre le courant habituel des symptômes, il y a souvent des exacerbations ou crises. La virtualité du sujet, son idiosyncrasie, son état sain ou maladif, la nature, les causes, les complications de la névrose, enfin les prédominances symptomatiques, fournissent également des indications importantes. M. Briquet analyse d'abord chacune de ces conditions, et c'est, armé de cette connaissance que, passant ensuite en revue les médications usitées dans l'hystérie et appréciant tour à tour les antiphlogistiques, les évacuants, les sédatifs révulsifs, etc., il en dévoile les effets et en détermine les applications, soit au mal ou à ses dépendances.

L'hydrothérapie est à ses yeux une puissante ressource. Parfois aussi il a employé le chloroforme avec avantage contre les accidents locaux. Mais l'agent par excellence, notamment pour conjurer certains épiphénomènes graves, c'est l'induction électrique superficielle, la *faradisation*. On voit, par les exemples qu'il cite, quelle valeur M. Briquet lui accorde. Dans les spasmes, la strangulation, les hyperesthésies, les anesthésies, la dysménorrhée, les névralgies, dans les paralysies surtout, le résultat serait presque infaillible.

Notre savant confrère, toutefois, ne fait point de la faradisation une panacée universelle. Quelquefois inutile, sinon contre-indiquée, elle ne conviendrait réellement, sauf l'anesthésie, que dans les cas de date récente, d'intensité moyenne, ou lorsque les douleurs sont peu profondes, diffuses et mobiles. Le procédé n'est point indifférent. M. Briquet propose celui de notre habile collègue M. Duchenne (de Boulogne). N'usant, d'ailleurs, de l'électricité qu'avec réserve au voisinage du cerveau, il n'y a jamais recours avant l'essai infructueux des autres remèdes. Le ventouses Junod aident à faire cesser l'aménorrhée hystérique.

Nous avons cherché à exprimer les traits du livre de M. Briquet. Que d'aspects intéressants forcément restés dans l'ombre! D'après ce qui précède, il nous semble, néanmoins, permis d'entrevoir la portée d'une pareille étude. Nul n'avait encore projeté sur l'hystérie une clarté aussi vive, pénétré aussi avant dans le dédale de cette maladie obscure. Point de problème qui n'ait été posé, pesé, discuté pied à pied par notre collègue, et pour lequel, doctrines et faits, n'aient été rassemblés tous les éléments de controverse. L'accueil obtenu déjà par cette publication n'est assurément que le prélude d'une consécration plus large et définitive. En présence d'une affection aussi répandue qu'embarrassante, il n'est aucun de nos confrères qui ne sente la nécessité d'avoir à sa disposition, sous sa main, dans sa bibliothèque, pour y puiser au besoin des inspirations, une source de notions aussi riche et aussi abondante. Et si l'œuvre est remarquable par la science, elle ne brille pas moins par l'honnêteté. L'auteur manifestement y a mis toute sa conscience. Également éloigné d'une critique déloyale et d'une plate flatterie, il défend ce qui lui apparaît la vérité avec l'énergie d'une conviction pleine et entière. Cela, messieurs, ne surprendra personne dans cette enceinte, et d'avance je suis assuré d'un assentiment unanime en vous proposant d'adresser à la fois à notre bien affectionné collègue et nos félicitations pour le beau traité dont il a enrichi la médecine, et nos remercîments pour l'hommage qu'il a daigné nous faire de cet important ouvrage.

VI

VARIÉTÉS.

Nous sommes prié d'insérer l'avis suivant :

Association générale. — L'assemblée générale de l'Association générale se tiendra, cette année, le 28 et le 29 octobre prochain, à deux heures précises de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria.

Outre les lettres de convocation adressées à MM. les Présidents des Sociétés locales, des lettres d'invitation seront adressées à tous les membres de la *Société centrale*.

Les médecins des départements, membres de l'Association, qui voudraient assister à la séance du 28, où sera présenté le compte rendu général de l'œuvre et le compte rendu de la Société centrale, peuvent faire la demande d'une lettre d'invitation à M le Secrétaire général de l'Association, au siége de l'Association, 14, rue de Londres.

Banquet de l'Association générale. — Le 28 octobre, les membres du Conseil général de l'Association générale résidant à Paris, offrent un banquet à MM. les Présidents des Sociétés locales des départements et à leurs collègues du Conseil général ne résidant pas dans la capitale.

Ce banquet aura lieu à sept heures précises du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs.

MM. les médecins de Paris et des départements, membres de l'Association, qui voudraient assister à cette fête de l'Association, sont invités à souscrire directement ou par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, 23; et chez MM. J.-B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

— Le journal la *Patrie* affirme que les bruits qui avaient couru sur l'existence des épidémies de dysenterie à l'armée de Chine sont dénués de fondement.

— La décoration extérieure de l'hôpital Lariboisière vient de recevoir son complément. Les frontons des deux pavillons en avant-corps sont découverts; ils représentent la *Charité*, qui recueille les malades et donne des soins à ceux qui souffrent, et la *Science*, qui cherche à soulager ou à guérir les maux dont l'espèce humaine est frappée. Un sculpteur distingué, M. Girard, a tiré un heureux parti de cette double donnée du programme qui avait été fournie par l'administration de l'Assistance publique.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1859. Tome X. Paris, Victor Masson et fils. 7 fr.

Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine, par le docteur *Prosper de Pietra-Santa*. 2e édition. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme, recherches expérimentales, par *Ludger Lallemand, Maurice Perrin* et *J.-L.-P. Duroy*, avec 10 figures intercalées dans le texte. In-8. Paris, Chamerot. 7 fr.

Nouvelles observations sur les dangers des mariages entre consanguins au point de vue sanitaire, par *M. F. Devay*. Paris, Victor Masson et fils. 75 c.

Atlas der chirurgischen Anatomie und Operationslehre (Atlas d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire), par *G.-J. Agatz*. Grand in-8. Erlangue, Enke. 51 fr.
Relié. 53 fr. 50

Die Metamorphosen in den Verhältnissen der menschlichen Gestalt von der Geburt bis zur Vollendung des Längenwachsthums (Les métamorphoses dans les proportions de la forme humaine, de la naissance jusqu'à la fin de la croissance), par *A. Zeising*. Grand in-4. Bonn, Weber. 16 fr.

Der Hirnanhang und die Steissdruese des Menschen (L'appendice du cerveau et la glande coccygène de l'homme), par *H. Hubert*. Grand in-4. Berlin, G. Reimer. *Cartonné*. 13 fr. 50

Maximen der Kriegsheilkunst (Maximes de l'art médical militaire), par *L. Stromeyer*. Grand in-8. Hannovre, Hahn. 18 fr.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 30 septembre 1860, et qui n'ont pas encore donné d'ordre contraire, sont prévenus qu'il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre 1860.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. | PARIS, 26 OCTOBRE 1860. | N° 43.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 29 au 31 août 1860.

208. Basset, L.-A., né à Arthonnay (Yonne). [*De la rétention d'urine, ses causes, ses effets, son traitement.*]

209. Voisin, Félix-Adolphe, né à Antrain (Ille-et-Vilaine). [*Du pneumatocèle du crâne.*]

210. Daburon, Paul, né à Beaufort (Maine-et-Loire). [*De la rétention du placenta dans l'utérus après l'accouchement.*]

211. Radou, A.-V., né à Paris. [*Sur quelques accidents de la grossesse et de l'accouchement.*]

212. Lemoine-Maudet, E., né à la Pointe-à-Pître (Guadeloupe). [*Des avantages et de l'efficacité des injections iodées dans le traitement des épanchements thoraciques purulents.*]

213. Dezwarte, Aimé, né à Wormhoudt (Nord). [*De l'influence de l'abus des alcooliques sur la marche et le traitement des maladies aiguës.*]

214. Faliu, Michel, né à Corbières (Pyrénées-Orientales). [*De l'antagonisme entre les médicaments.*]

215. Mariotte, Louis, né aux Grés-sous-Troyes (Aube). [*Du traitement des abcès par la réunion primitive.*]

216. Viennois, Alexandre, né à Romans (Drôme). [*Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs, produits par la contagion de la syphilis secondaire.*]

217. Houzé, J.-F.-Charles, né à Saulieu (Côte-d'Or). [*Du phimosis.*]

218. Boucher, Auguste, né à Pagny-sur-Moselle (Meurthe). [*Du tétanos spontané, de son traitement par l'opium à haute dose et par le chloroforme.*]

219. Fernandez-Meunilla, J.-H.-Albert, né à Paris. [*Quelques réflexions sur une épidémie de purpura observée à l'hôpital militaire de Lille en 1860.*]

220. Saint-Laurent, Charles-L.-J., né à Aley-en-Mutun (Oise). [*Relation des cas de diphthérie et de plusieurs autres maladies aiguës, observés à l'hôpital Sainte-Eugénie (Enfants malades), dans le service de M. Bouchut. — (Janvier-août 1860.)*]

221. Rillaud, Philippe, né à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres). [*De l'emploi thérapeutique de l'alcool.*]

222. Argilagos, Raphael, né à Puerto-Prince (île de Cuba). [*Ré-*

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

Sommaire. — Commission de la statistique médicale des hôpitaux de Paris. Regrets et aperçus d'un amateur. — La Ferme Sainte-Anne; ce qu'on dit. — Les rapports officiels à l'Académie de médecine. — Procès en dommages-intérêts contre un confrère américain. — Mort de M. Tachard; bonne pensée de M. le directeur de l'assistance publique. — Mort de Després. — William Walker et autres confrères célèbres.

La Gazette hebdomadaire, toujours attentive, a fait part à ses lecteurs de l'importante mesure prise récemment par M. le directeur de l'assistance publique relativement aux moyens de rendre exacte et fructueuse à l'avenir la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris*. L'étude « des éléments nécessaires à ce travail » est confiée, on le sait, à une commission composée de médecins et de chirurgiens des hôpitaux. Cette commission est digne assurément de la plus haute confiance ; on pourra regretter néanmoins de n'y pas voir figurer le nom de M. Guérard qui, l'an dernier, à l'Académie de médecine, a été chargé de la rédaction du rapport concernant une *Statistique des causes de décès* désirée par M. le ministre du commerce, et qui a soutenu avec beaucoup de bon sens la discussion. Une telle remarque est d'autant plus naturelle que les médecins des hôpitaux, remplaçant dans leurs services les médecins ordinaires des familles, vont être appelés précisément à réaliser le vœu exprimé par l'Académie, conformément aux conclusions du rapport, et, plus encore, à compléter l'œuvre de l'Académie sur le moyen pratique d'obtenir le résultat voulu. La septième conclusion portait : « Le Bulletin indicateur (des causes de décès) contiendra tous les documents ressortissant à la statistique; dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle que les médecins n'auront plus qu'à remplir. » C'est ce modèle qu'il s'agit d'établir pour la statistique des hôpitaux.

En signalant l'analogie du travail confié à la nouvelle commission et de celui qu'on doit déjà à une commission académique, nous sommes loin de prétendre que le premier doive être une dé-

flexions cliniques sur trois observations de lèpre grecque ou tsarath (de Moïse).]

223. Paulier, Auguste, né à la Châtre (Indre). [*Essai sur une nouvelle théorie de la fièvre, de son traitement par les préparations de digitale.*]

224. Jame, Victor, né à Caen (Calvados). [*De la chlorose.*]

225. Marchand, Pierre, né à Châteaugiron (Ille-et-Vilaine). [*De la rétention d'urine.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Bourbon.

PARTIE NON OFFICIELLE.

Paris, le 25 octobre 1860.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Étude historique et critique sur l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire, par le Dr Jules Worms.

(Suite.—Voir les numéros 40 et 41.)

S'il est donc bien démontré que dans quelques cas l'ovariotomie a arraché à une mort certaine et prochaine, des femmes atteintes de tumeurs enkystées de l'ovaire, qu'aucune autre médication n'aurait pu sauver; s'il était même prouvé que le nombre des malades rendues par ce moyen à la vie et à la santé, dépasse celui des victimes de ce genre d'intervention chirurgicale, qu'en faudrait-il conclure quant à la légitimité de cette opération?

On sait combien profonde est la dissidence qui règne au sujet de la solution de cette question.

Mais que l'on compare les raisons qui ont pu déterminer les uns à proscrire l'extirpation, à celles qui ont été mises en avant par les autres pour la justifier, et l'on verra facilement que la plupart du temps les premiers et les seconds se sont attachés à défendre des principes d'un ordre fort différent.

Les adversaires de l'opération ont eu surtout en vue de chercher à maintenir dans toute leur intégrité la confiance et le crédit qui entourent les chirurgiens dont la devise est : *Primum non nocere.*

Autoriser une tentative tellement hasardée que, indépendamment de ce que souvent elle ne pourrait être complétée, elle entraînerait assez fréquemment la conséquence de mettre à la charge de la responsabilité de l'opérateur la mort immédiate d'une patiente dont l'existence n'était pas très manifestement compromise, c'était à leurs yeux encourager une pratique pernicieuse pour la considération du chirurgien, et qu'aucun succès n'aurait pu justifier.

On comprend que si elle s'est placée à ce point de vue, l'assemblée scientifique qui en France représente et consacre les doctrines légitimes, devait proscrire, comme aussi elle l'a fait, une opération que certains chirurgiens étrangers avaient osé entreprendre quelquefois avec la légèreté la plus incroyable et la plus compromettante.

Les défenseurs de l'opération ont fait ressortir, au contraire, que celle-ci avait eu pour effet de changer dans un assez grand nombre de cas une existence misérable et presque éteinte, en une vie longue et brillante de santé, et ont prétendu que l'importance de tels avantages pour les malades devait l'emporter sur bien des inconvénients.

« Vous qui condamnez l'ovariotomie, ont-ils dit, sous prétexte qu'elle ne peut pas toujours être achevée et qu'elle hâte la mort d'un certain nombre de malades qui auraient encore pu vivre pendant quelque temps, ne faites-vous pas tous les jours des opérations analogues et auxquelles succombent bon nombre de victimes? Vous non plus, vous n'avez pas toujours l'assurance de pouvoir terminer l'opération que vous entreprenez; souvent par contre, vous savez à l'avance et d'une façon presque certaine que, si le malade ne meurt pas des suites de l'opération, la récidive du mal l'emportera bientôt.

» Les choses ne se passent-elles pas ainsi, disent-ils, quand vous portez le couteau sur des tumeurs cancéreuses du cou, de l'aisselle, de la face, etc.? Ces tumeurs, vous ne pouvez souvent pas les enlever en totalité parce que les racines du mal plongent dans des régions inaccessibles. Si l'opération est achevée, ne voyez-vous pas un bon nombre de malades ne survivre que quelques moments, et pourtant, quoique leur affection les condamnât à une mort certaine, ils pouvaient languir encore pendant un espace de temps que rien ne vous permettait de déterminer exactement.

» Quand vous amputez des membres pour des lésions osseuses anciennes, quand vous liez les grosses artères pour des anévrysmes, n'exposez-vous pas à la mort des malades dont les jours ne sont pas comptés?

» Comparez les résultats que vous donnent ces grandes opérations et ceux que fournit l'ovariotomie, et vous trouverez que l'avantage n'est pas toujours de votre côté. »

Ils font encore valoir pour la défense de leur doctrine « que chaque nouvelle extirpation de tumeur ovarique apporte un enseignement de plus, qu'une plus grande précision du diagnostic et les perfectionnements introduits dans le manuel opératoire ont déjà eu pour effet de diminuer le chiffre de la mortalité et le diminueront encore.

» Au surplus, ajoutent-ils, il arrive pour l'ovariotomie, ce que l'histoire de la médecine démontre être arrivé pour beaucoup des grandes opérations reconnues très utiles aujourd'hui. Elles furent rejetées d'abord, tolérées ensuite avec défiance, et acceptées seu-

---

duction rigoureuse, et encore moins la répétition du second. Nous disons seulement que la statistique nosocomiale entrant nécessairement dans la statistique générale de la France, et ne pouvant émaner que des médecins des hôpitaux, il importerait que les éléments de l'une et de l'autre fussent réunis d'après un même plan, au moins pour ce qui concerne les causes de mort; et, à cette fin, il serait bon peut-être que MM. les délégués du directeur de l'assistance publique voulussent bien s'informer auprès de M. le ministre du commerce et de l'agriculture s'il a été donné suite au projet qui avait motivé les délibérations de l'Académie.

Sous cette réserve, une statistique médicale des établissements hospitaliers, destinée en partie, comme l'explique l'arrêté de M. le directeur de l'assistance, « à fournir aux hommes laborieux des moyens de comparaison et d'étude, » peut revêtir un caractère spécial. Elle peut notamment être plus étendue, embrasser un plus grand nombre d'éléments, qu'une statistique générale. Toutefois, prise dans l'acception complète du mot, elle serait trop complexe pour qu'on pût espérer de la faire sortir entière et exacte des indications sommaires qui seules peuvent être exigées d'une mesure administrative. Pour être donc applicables, ces futures dispositions, qui seront mises en vigueur au 1er janvier prochain, devraient, ce nous semble, porter presque exclusivement sur les données relatives au diagnostic et à l'issue de la maladie. C'est là que se rencontrent les principales difficultés de l'entreprise, celles qui ont surtout préoccupé les membres du congrès international de statistique dans les sessions de 1853 et de 1855. Il est évident qu'une erreur dans l'indication du diagnostic en entraîne une autre dans celle de la cause de mort. Or, rien de plus trompeur, sous ce rapport, que les indications des *pancartes*, où le diagnostic est noté sur la première impression reçue, soit au bureau central d'admission, soit dans le service, et, en cas d'erreur, n'est pas toujours rectifié. Nous pouvons l'affirmer pour l'avoir vu de nos yeux, si l'on s'en rapportait à cette source de vérification, plus d'une pauvre femme de la Salpêtrière serait morte de *sarcocèle*, plus d'un vieillard de Bicêtre aurait malheureusement succombé aux suites d'une *métrite*; — simple espièglerie d'élèves! Le diagnostic fût-il

lement quand l'évidence de leurs avantages avait pu vaincre la répugnance qu'inspire toujours une innovation.

Entre ces deux opinions contraires, dont les arguments ne sont pas épuisés par ce qui vient d'en être rapporté, mais que caractérisent souvent une prévention trop absolue dans un camp, et dans l'autre une sympathie trop ardente pour une opération certainement très audacieuse, vient se placer le tiers-parti de la modération. Il compte de nombreux représentants au dehors et quelques-uns en France, qui, tout en regrettant les excès qui ont pu être commis dans la pratique de l'ovariotomie, pensent que dans beaucoup de cas cette opération a été sagement appliquée, et qu'elle pourra l'être encore comme une ressource extrême.

La perspective des dangers si grands auxquels elle expose les malades ne peut effacer de leur esprit le souvenir des bienfaits irréalisables par d'autres moyens qu'elle leur a souvent procurés.

S'il est des circonstances qui peuvent permettre l'emploi de ce moyen héroïque, il faut chercher à les spécifier et tourner tous les efforts à déterminer les cas dans lesquels on pourra avoir recours à l'extirpation d'une tumeur de l'ovaire; quelque difficulté qu'il puisse y avoir à tracer les limites de ce terrible champ d'action, on peut essayer au moins d'indiquer la voie qu'ont prétendu suivre ceux qui, ne cherchant que le salut du malade, ont autant craint de le compromettre par un excès de témérité que par une réserve trop grande.

DES INDICATIONS DE L'EXTIRPATION.

La détermination des indications de l'extirpation constitue le côté le plus important peut-être de la question qui est agitée. Les rares chirurgiens qui, en France, ont admis que dans des cas exceptionnels on pourrait avoir recours à cette opération, n'ont pas jusqu'à présent essayé de fixer des conditions qui pourraient l'autoriser; les étrangers même ont enrichi la science beaucoup plus par les observations des malades opérées, que par l'exposé de leurs doctrines à l'égard de l'opération. J'ai dû essayer d'en déterminer les indications (j'espère qu'on me pardonnera cette entreprise un peu téméraire en faveur de l'intention) en prenant pour point de départ les opinions éparses qui ont été émises sur cette matière (1), le mode de développement des différentes formes de tumeurs de l'ovaire, l'influence qu'elles exercent sur la santé, l'appréciation des ressources chirurgicales le plus généralement employées, et surtout l'examen attentif de l'histoire des malades sur lesquelles l'extirpation a été pratiquée.

Voici les conditions dont il a semblé convenable que l'existence fût nettement et pour chacune d'elles également démontrée, pour que l'ovariotomie puisse devenir un moyen légitime et efficace de salut pour la malade, et constituer pour le chirurgien une entreprise telle, que ni sa conscience, ni sa considération n'auront rien à redouter d'aucune des conséquences qu'elle pourrait avoir :

1° La gravité de la maladie dépend *uniquement* de la présence d'une tumeur de nature *cystique* de l'ovaire;

2° Des moyens de *curation moins dangereux que l'extirpation* ont été vainement mis en usage.

3° La santé de la malade est assez compromise pour que *la mort doive être considérée comme certaine et prochaine.*

Examinons ces différentes conditions. La première qui doive être démontrée est que *la gravité de la maladie dépend uniquement d'une tumeur de nature cystique de l'ovaire;* il y a donc à rechercher s'il n'existe pas une affection sérieuse indépendante de celle de cet organe, à s'assurer par une investigation minutieuse que la malade n'offre aucun signe de tuberculisation pulmonaire, de lésion organique du cœur, de l'estomac ou de l'utérus, de diabète, de maladies de Bright ou de diathèse cancéreuse, etc., etc.

Il ne peut y avoir de grandes difficultés qu'en ce qui concerne les deux dernières affections.

Comme l'ascite et l'anasarque coexistent très souvent avec les tumeurs de l'ovaire, il sera très important de chercher à déterminer si l'hydropisie non enkystée, quand on la rencontrera, est une conséquence de la pression exercée par la tumeur ou si elle en est indépendante. Il ne faudra jamais négliger dans ces cas d'examiner les urines.

La non-existence de la cachexie cancéreuse devra principalement être démontrée ; cela sera quelquefois peu aisé.

La possibilité de la récidive du mal dans l'autre ovaire ou son développement dans d'autres organes, sous l'influence cancéreuse, a souvent été considérée comme une objection à l'ovariotomie; mais c'était plutôt en vue d'idées théoriques, qui tendent à faire considérer beaucoup de tumeurs de l'ovaire comme des productions cancéreuses. En pratique, il est rare de voir l'organisme féminin être infecté de cancer sous l'influence d'une dégénérescence de l'ovaire qui en aurait été le point de départ.

On ne trouve que très exceptionnellement, dans l'histoire des autopsies de femmes mortes de *kystes* de l'ovaire, soit naturellement, soit à la suite d'une intervention chirurgicale, que d'autres organes aient été rencontrés atteints de transformation cancéreuse.

Sans vouloir, du reste, préjuger en aucune façon la nature des affections hétérotrophiques de l'ovaire, on peut pressentir que leur naissance est due à une aptitude toute spéciale et sans analogue que possède cet organe, de devenir la souche des erreurs de nutrition les plus singulières et les plus variées, mais qui, le plus souvent, n'ont d'action sur la vie de l'organisme entier que par leur présence matérielle.

Si cependant en concomitance avec une tumeur de l'ovaire, on avait pu reconnaître avant ou après la ponction une induration des glandes mésentériques, les caractères spéciaux de la tumeur qui seront désignés plus loin, ou qu'il existât une teinte

(1) Voy. Backer-Brown, *Diseases of Women*, London, 1854, p. 248 et suiv.; — Erichsen, *Association Medical Journal*, 1854, p. 37-39; — Spencer Wells, *Dublin Quarterly Journal*, novembre 1859; — Murray-Humphrey, *Report of some Cases of Operation*, Cambridge, 1856, p. 39; — Simpson, *Clinical Lectures on the Diseases of Women. Medical Times*, mars 1860, etc.

---

exact à l'entrée, il cesse souvent de l'être, ou tout au moins d'être complet, à mesure que la maladie se détermine mieux dans sa caractéristique, ou parcourt des phases diverses, ou s'enveloppe de complications. De même pour la cause de la mort, qui n'est pas toujours la maladie dont le diagnostic a été noté sur la pancarte, mais une maladie adventice ou une complication. Aussi les modèles de bulletin proposés dans les congrès distinguaient-ils toujours les affections primitives et les affections consécutives... Mais ce ne sont pas là les affaires du feuilleton, et c'est bien assez qu'il se permette de rappeler à la commission de quoi elle est chargée, sans vouloir disserter avec des airs de savant.

— La nouvelle position d'un honorable et distingué confrère à la *Ferme Sainte-Anne* a causé quelque émotion dans le corps des médecins des hôpitaux. La Ferme Sainte-Anne est, comme on sait, une annexe de Bicêtre; elle n'est ouverte qu'aux aliénés de cet hôpital, tranquilles ou convalescents, qui sont en état de se livrer aux travaux agricoles. De plus, le service médical doit y être fait par les médecins de Bicêtre. Elle est, à ce double titre, considérée comme faisant partie du service hospitalier. Néanmoins, un *médecin en chef* vient d'y être installé par l'autorité, en vertu du décret du 25 mars 1852, qui confère au préfet la nomination du médecin en chef et des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. Or, de deux choses l'une : ou, dans la pensée de l'autorité, la Ferme reste une annexe de l'hôpital (sa destination, en réalité, n'a pas changé), et alors le médecin dont on a jugé à propos de la doter devrait être nommé au concours, comme tout le personnel médical des hôpitaux, et plus particulièrement comme les médecins des services d'aliénés; ou la Ferme est distraite de la classe des établissements hospitaliers pour passer dans celle des asiles, et, dans ce cas, le médecin nommé ne peut prétendre à marcher de pair avec les médecins des hôpitaux.

Voilà ce qu'on dit; on ajoute même que la Société médicale des hôpitaux s'est prononcée catégoriquement sur cet incident. Nous le répétons sous toutes réserves; mais, en tout état de cause, son règlement a décidé. En admettant comme membres titulaires les

nettement cachectique, on devrait voir dans ces signes la contre-indication à chercher même un dernier salut dans l'extirpation. Quoique rares, des cas de mort par la dégénérescence cancéreuse de l'ovaire restant ou d'un autre organe après une guérison momentanée obtenue par cette opération, ont été cependant signalés quelquefois.

En voici un exemple frappant :

Obs. III (1). — Le 30 août 1858, M. Hutchinson pratiquait l'ovariotomie sur une femme de quarante ans, excessivement amaigrie. La tumeur datait de *dix-huit mois* et avait nécessité deux ponctions dans l'espace des deux mois qui précédèrent l'extirpation. Le dépérissement rapide et la coloration cachectique de la peau devaient faire supposer l'existence d'une affection de mauvaise nature. Depuis six semaines cette femme n'a pu quitter son lit. La tumeur était évidemment constituée en partie par des masses solides, elle avait du reste une forme en général très irrégulière. En avant existait un kyste de grande dimension qui était manifestement fluctuant.

Le diagnostic ne pouvait être douteux, la tumeur était un kyste composé de poches renfermant un liquide et de masses solides. En présence de ces symptômes il n'y avait rien à espérer des injections iodées.

C'était l'ovaire gauche qui était malade; tout le côté gauche de l'abdomen était mat, le côté droit au contraire donnait à la percussion une sonorité exagérée.

La malade, quoique instruite des dangers qu'elle courait, voulait être délivrée de son mal.

Elle entra donc à Free Metropolitan Hospital.

On pratiqua une incision intéressant la ligne blanche dans l'espace compris entre l'ombilic et le pubis, s'arrêtant à deux pouces au-dessous et au-dessus de ces deux points. Une incision plus petite n'aurait pas suffi pour laisser passer la masse dégénérée.

Plusieurs adhérences furent séparées sans difficulté et sans qu'il en résultât une effusion de sang.

Le pédicule de la tumeur était court, mais en le saisissant avec précaution il fut possible de le diriger jusque dans la plaie abdominale et de l'y fixer.

La plaie fut close au moyen de sutures de fil d'argent.

La malade se remit vite, et aujourd'hui, sept semaines après l'opération, elle est en bonne santé et reprend de l'embonpoint.

Il est intéressant de faire remarquer que la teinte terreuse, si intense avant l'opération, commence à être remplacée par une coloration de la peau plus naturelle.

La tumeur extirpée, comme on le voit, est une masse polycystique. En avant se trouve une poche qui contenait environ 9 litres de liquide; derrière elle se trouvent un grand nombre de kystes plus petits et de dimensions variées.

Cet exemple présente toute la série des dégénérescences polycystiques pédiculées tant exogènes qu'endogènes. En certains points, l'épaisseur de la paroi des poches atteignait presque un pouce.

Ce résultat satisfaisant fut publié sept semaines après l'opération; mais, quelque temps plus tard, M. Hutchinson fit savoir que cette femme avait succombé au progrès de la cachexie cancéreuse. Il n'a pas indiqué l'époque de la mort ni la forme de développement du cancer; mais comme l'existence de la diathèse était à peu près évidente au moment de l'opération, on aurait pu rencontrer dans ce signe une contre-indication à l'extirpation.

(1) *Medical Times*, 23 octobre 1858 (communication faite par M. Hutchinson à la Société pathologique de Londres).

Quelquefois cependant il n'existe pas de signes de cachexie aussi nettement accusés par la physionomie générale de la malade; on procède à l'opération, et les malades guéries de leur tumeur succombent au bout de quelque temps à la dégénérescence d'un autre organe. Mais dans les cas, très exceptionnels, dans lesquels la tumeur ovarique est de telle nature, qu'il puisse se faire après l'extirpation une propagation de la dégénérescence à d'autres organes, celle-ci procède avec une grande rapidité, et les malades succombent généralement dans un délai de six mois à un an.

On ne saurait donner une meilleure preuve de la rareté des récidives du mal, chez les femmes qui ont eu le bonheur de survivre aux dangers liés à l'opération elle-même, que la suivante : M. Simon a recherché tous les cas d'ovariotomie effectués en Allemagne; il a acquis la triste conviction que, dans ce pays, on a perdu 44 femmes opérées sur 55; ces 44 femmes sont toutes mortes peu de jours après l'extirpation (1 à 30). Mais sur les 11 femmes guéries, 10 vivaient encore en 1858; 2 d'entre elles avaient eu des enfants; la 11e était morte du choléra plusieurs années après l'opération. Or, en 1858, date de la publication du travail de M. Simon, il s'était écoulé, depuis l'opération, dans les 7 premiers cas de guérison, au moins 8 ans; dans les 3 derniers, 7, 6 et 2 ans, et les 3 femmes qu'il concernaient étaient alors très bien portantes.

Sans vouloir tirer une conclusion de cette statistique fournie par un savant très positivement contraire à l'extirpation, on peut y puiser l'assurance que la propagation de la dégénérescence de l'ovaire à d'autres organes est un fait exceptionnel, et ne constitue en aucune façon la règle, comme on l'a quelquefois prétendu. On peut encore faire ressortir de ces résultats ce principe, qu'il n'est pas nécessaire qu'un temps très long soit expiré, pour qu'on ait le droit de conclure à la guérison définitive après l'opération.

(*La suite au prochain numéro.*)

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique. — Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par le docteur Jacquemier.

(Suite. — Voir les numéros 40 et 41.)

Quant au moment du travail, où les épaules ont commencé à entraver l'expulsion, voici comment les choses se sont passées :

---

médecins aliénistes des hôpitaux, bien qu'ils n'y arrivent que par des concours spéciaux et différents des concours ordinaires du bureau central, la Société n'a pas étendu cette faveur à ceux qui pourraient entrer dans le service hospitalier par nomination directe.

Nous pourrions dire que nous plaçons les principes au-dessus des sympathies individuelles; mais cette déclaration serait même superflue. Le médecin dont il s'agit, connu par des travaux recommandables dont nous avons eu plusieurs fois à faire les honneurs dans ce journal, estimé pour son caractère, n'a rien à perdre aux réflexions dont sa nomination a été l'objet. Il peut le plus honorablement du monde accepter les conséquences de sa position. Médecin d'un asile ou médecin des hôpitaux, un titre ne lui est pas plus nécessaire que l'autre pour conserver l'estime publique, et il peut, si bon lui semble et comme l'homme le plus désintéressé, rester sourd aux conversations dont il est l'objet.

—La lecture de M. Tardieu, mardi dernier, à l'Académie de médecine, a été un vrai petit événement. — Par la nouveauté du sujet? — Non! il s'agissait d'eau, et vous savez s'il en tombe depuis dix mois. — Par le mérite et l'importance du travail? — M. Tardieu a l'habitude de si bien faire et de si bien dire, que ce ne serait pas là un événement. Nous nous empressons de vous tirer d'embarras en vous informant que l'événement n'est point dans la lecture, mais dans la manière dont elle a été écoutée.

De temps immémorial, sitôt que la voix de M. le président annonce la lecture d'un rapport annuel, fait au nom d'une des commissions dites *permanentes*, il est assez d'usage, à l'Académie, de voir la désertion s'opérer sur les bancs du public, aussi bien que sur les fauteuils du sanctuaire. Académiciens et auditeurs bénévoles, presque tout le monde tourne le dos à la tribune avec cet air de désappointement ou d'insouciance qui, dans tous les idiomes, signifie : « *Je n'ai que faire ici; je sais d'avance ce que va dire le rapporteur!* » — La plupart de ceux qui restent à leur poste ne font ni mieux, ni pis : les uns sont distraits, *aures habent et non audiunt;* les autres (je laisse à penser si c'est agréable et commode pour l'orateur),

treize fois les deux variétés se sont trouvées associées, c'est-à-dire que dans treize cas, la partie supérieure du tronc, après avoir mis obstacle au passage de la tête à travers le détroit inférieur, a continué, après l'extraction artificielle de celle-ci, à entraver l'expulsion; après avoir triomphé de la première variété à l'aide du forceps, on a eu encore à se débattre contre la seconde par divers moyens artificiels. Dix fois l'obstacle apporté par le volume des épaules ne s'est pas fait sentir d'une manière bien manifeste, si ce n'est dans trois cas, avant le dégagement de la tête qui a eu lieu spontanément, sans que pour cela l'obstacle, apporté par les épaules au dégagement du reste du tronc, ait été plus facile à surmonter.

Relativement à l'isolement ou à l'association de cette cause de dystocie avec d'autres obstacles provenant de la conformation ou de l'état dynamique de la mère, nous avons noté les circonstances suivantes, qui établissent les principales divisions dans lesquelles viennent se ranger la plupart des cas, où le volume insolite de la poitrine du fœtus devient seul, ou en s'associant à divers états, un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement dans les présentations de l'extrémité céphalique.

1° Il y a lieu de croire que les quatre cinquièmes des femmes, dont les observations ont offert des détails suffisants pour en induire l'état de la conformation des parties, avaient un bassin bien conformé et d'une étendue normale, la tête étant descendue facilement dans le fond de l'excavation pelvienne, ayant même, dans plusieurs cas, en partie ou en totalité, franchi la vulve. C'est la dystocie par le volume exagéré de la poitrine du fœtus, à l'état de pureté ou d'isolement, qu'il s'agissait d'établir en principe, et qu'on jugera surabondamment établie par les faits.

2° Trois ou quatre des femmes comprises dans cette étude avaient un bassin petit et même peut-être un peu rétréci, mais assez large cependant pour permettre à la tête du fœtus de passer sans trop de peine et sans être réduite ou déformée. Cette division serait susceptible de se grossir d'un grand nombre de cas, si l'on y faisait entrer les viciations du bassin qui exigent préalablement la crâniotomie; mais nous nous sommes imposé l'obligation de ne comprendre que les cas exceptionnels qui contredisent la loi généralement vraie : que là où la tête du fœtus a frayé la voie, le reste du corps passe sans difficulté. Je dois placer ici une remarque de nature à lever une contradiction apparente et à expliquer le peu de disposition des accoucheurs modernes à ranger le volume des épaules parmi les causes réelles de dystocie, c'est que, dans la très grande majorité des cas où une viciation étendue du bassin exige, pour que la tête puisse passer, la réduction de son volume, la poitrine suit sans présenter de difficultés sérieuses. En voici la raison : pour que le volume des épaules devienne une cause de dystocie, il faut que le tronc du fœtus présente d'une manière prononcée la forme que nous allons indiquer tout à l'heure, qui résulte de son développement insolite. Or, ce développement insolite, qui n'est pas commun dans les conditions ordinaires, est bien moins commun encore chez les femmes contrefaites, qui du reste accouchent assez souvent avant terme, lorsque l'utérus, par une cause ou par une autre, tend à prendre un grand volume.

3° Deux fœtus étaient morts dans la matrice depuis quelque temps, et le relâchement des sutures avait permis à la tête de s'allonger beaucoup pour passer. Deux autres étaient anencéphales; chez l'un, les difficultés furent grandes : les épaules étaient arrêtées à l'entrée du bassin depuis vingt-quatre heures; tractions sur le cou, sur l'épaule postérieure avec un crochet mousse; section du cou, section de l'épaule, tout fut inutile; il fallut, à la fin, avoir recours au céphalotribe appliqué sur la poitrine. Comme cela est assez commun chez les acéphales, les anencéphales, le fœtus avait pris un grand développement, il pesait 4 kilogrammes sans la tête, et le diamètre bi-acromial avait 6 pouces d'étendue. (Chailly, 2[e] édition.)

On sera sans doute surpris de trouver rapprochés, dans une même division, des fœtus macérés dans l'utérus, de fœtus acéphales ou anencéphales si radicalement dissemblables, c'est qu'au point de vue qui nous occupe ils sont susceptibles d'un rapprochement artificiel. Nous avons déjà fait remarquer que les fœtus acéphales et anencéphales sont souvent très développés; nous devons ajouter que les épanchements séreux dans les plèvres, le péricarde et l'infiltration du tissu cellulaire donnent quelquefois un volume insolite aux fœtus qui succombent peu de temps avant le terme de la grossesse. Les os du crâne, en partie désunis par la macération, permettent à la tête de s'allonger ou de se vider en s'engageant dans le bassin, et de représenter, jusqu'à un certain point, l'espèce de moignon que forment les têtes anencéphales. Dans les deux cas, la dilatation de l'orifice utérin se fait en deux temps, d'abord pour le passage de la tête réduite, ensuite pour le passage du tronc, ce qui exige, en bonne pratique, de ne pas tirer sur les rudiments de la tête dès qu'ils se présentent à l'extérieur, mais d'attendre que la dilatation de l'orifice utérin s'achève; dans ces cas, le col concourt, avec le canal pelvien, à rendre le passage des épaules difficile. L'obstacle est complexe; il peut même arriver, si l'on intervient trop tôt, que la part afférente au col utérin soit prédominante. Les cas de rétention des épaules, attribués par quelques auteurs à la rétraction du col utérin sur le cou du fœtus, trouveraient leur place ici, si les uns n'étaient pas trop douteux, et les autres exclusivement dus à un état de contracture spasmodique de l'orifice utérin, autre cause de dystocie qui peut amener le même résultat que l'excès de volume des épaules.

4° En dehors des faits rapportés ou analysés dans ce mémoire, la pratique en offre d'autres plus communs, où la rétention du corps du fœtus dans la matrice, la tête étant déjà sortie, est favorisée ou déterminée par une autre cause de dystocie; je veux parler de l'inertie de l'utérus. Le temps d'arrêt anormalement prolongé, entre l'expulsion de la tête et l'expulsion du tronc, provenant de l'inertie de l'utérus, se rencontre même assez souvent;

Se mettent à jaser aussi confusément
Que faisaient les Troyens quand le pauvre Cassandre
Ouvrait la bouche seulement.

Cette indifférence tient sans doute à ce qu'on est trop porté à considérer les rapports officiels comme des hors-d'œuvres, bons à défrayer une séance mal partagée, ou comme des actes purement administratifs destinés à remplir une formalité réglementaire, et rédigés à peu près exclusivement pour l'instruction de M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Les rapports officiels des hors-d'œuvres !... Mais c'est là une erreur contre laquelle nous protestons de toutes nos forces, bien qu'elle paraisse un peu justifiée par la manière tronquée dont ces rapports sont lus quelquefois. Les rapports officiels, des hors-d'œuvres ! Nous espérons bien que ceux qui ont assisté à la séance de mardi dernier reviendront de cet injuste préjugé. M. Tardieu nous a suffisamment convaincus que ce sont là, au contraire, des œuvres magistrales, des morceaux de choix, des travaux qui répondent très directement, par leur nature et par leur importance, à la haute mission de l'Académie et à l'esprit qui a persisté à sa création. M. le rapporteur de la Commission des eaux minérales a rempli son mandat avec une rare distinction; il a évité les banalités et les redites surannées dans un sujet qui n'avait guère le mérite de la nouveauté; il a laissé habilement dans l'ombre les questions oiseuses ou déjà résolues, et mis au grand jour les points intéressants de son enquête hydrologique; il a lu d'une voix claire, *ore rotundo:*

Et voilà pourquoi M. Tardieu a eu des auditeurs nombreux et attentifs.

— M. Larrey vient de communiquer à la *Société de chirurgie* une lettre d'un confrère américain relative à une question de responsabilité chirurgicale. L'extraction d'un cartilage mobile de l'articulation du genou a été pratiquée il y a deux ans; elle a été suivie d'ankylose. Le malade intenta contre le chirurgien une action en dommages-intérêts, l'accusant d'avoir entrepris une opération injustifiable en raison de sa gravité, et d'avoir enlevé, au lieu d'un

mais l'obstacle n'est réellement sérieux et compromettant pour l'enfant que lorsque celui-ci est en même temps volumineux. Les phénomènes extérieurs sont les mêmes que lorsque l'obstacle provient exclusivement du volume de la poitrine. Après l'expulsion ou l'extraction de la tête, le mouvement de rotation qui, après un moment d'arrêt, porte du même coup une épaule sous l'arcade du pubis, l'autre sur la commissure du périnée, la face vers le côté interne d'une cuisse, l'occiput vers l'autre, ce mouvement, dis-je, ne s'exécute pas. Au contraire, la tête reste appliquée par sa base contre le périnée, et les épaules conservent dans le bassin leur direction oblique ou transversale. Si des circulaires du cordon autour du cou qu'on ne peut relâcher, ou un état éminent d'asphyxie, exigent une prompte terminaison de l'accouchement, on pourra rencontrer des difficultés très sérieuses, et souvent compromettantes pour l'enfant, qui diminueront beaucoup si l'on peut temporiser pour donner à l'utérus le temps de reprendre son énergie et de seconder les efforts volontaires d'expulsion.

Les fœtus dont le volume est très considérable et en quelque sorte anormal diffèrent beaucoup, par leur constitution physique et leur aspect général, des fœtus dont le volume ne dépasse pas les limites normales ou reste au-dessous. De prime abord, on est frappé de la prédominance du volume de certaines parties sur d'autres, du tronc sur la tête chez les premiers qui rappellent la forme athlétique, quoique la tête soit également forte, de la prédominance de la tête sur le tronc chez les seconds qui représentent dans leur ensemble une espèce de cône allongé. Une autre différence, c'est que les articulations sont serrées chez les premiers, et le tronc peu flexible s'accommode mal à la courbure du canal pelvien, tandis qu'elles sont lâches chez les seconds, et laissent au tronc une flexibilité très marquée. Ces différences doivent être présentes à l'esprit lorsqu'on veut se rendre compte comment la poitrine peut mettre obstacle à la terminaison de l'accouchement, alors même que le diamètre bi-acromial, susceptible d'une réduction marquée par la pression, n'excède pas trop sensiblement l'étendue des diamètres obliques du bassin. Le diamètre bi-acromial, bien qu'effectivement réductible par l'affaissement des parties et par le déplacement des épaules, avait une étendue telle dans quelques-unes des observations rapportées, qu'il faut bien admettre la possibilité d'une disproportion absolue entre le volume de la partie supérieure du tronc et la capacité du bassin, à moins de dimensions insolites de celui-ci; disproportion prouvée dans plusieurs cas par la nécessité de l'embryotomie sur la poitrine, dans d'autres par l'impossibilité d'extraire le fœtus par les tractions les plus fortes, avant et après la mort de la mère. Il y a lieu de croire que cette disproportion absolue peut facilement se rencontrer lorsque le poids du fœtus est au-dessus de neuf à dix livres.

C'est bien par la prédominance du volume de la poitrine sur la capacité du bassin que les fœtus trop développés sont retenus par les épaules au détroit supérieur ou dans la partie du canal pelvien où ses parois commencent à converger en dedans, et non par une position défectueuse qui maintiendrait les épaules accrochées ou enclavées entre le promontoire et les pubis. Dans tous les cas que j'ai observés, la situation du tronc était diagonale et absolument comme à l'état normal; mais tandis que l'épaule antérieure semblait arrêtée, partie au-dessus, partie derrière l'un des pubis, l'épaule postérieure était déjà profondément engagée et placée au devant de la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. Cette situation diagonale de la poitrine dans le bassin persiste alors même que la tête est dégagée depuis plus ou moins de temps, et les changements qu'elle peut subir sont presque toujours l'effet de manœuvres. J'ai insisté sur ce point parce que, d'après Levret et les auteurs qui ont admis avec lui que les épaules du fœtus peuvent être une cause de dystocie, les choses ne se passent pas ainsi. Les épaules, au lieu de se dévier de la ligne antéro-postérieure, se sont au contraire engagées entre les pubis et le promontoire, et s'y sont enclavées, parce que la tête, en descendant, s'est maintenue en position transversale. Je vais essayer de montrer, par quelques passages de l'observation même qui a fixé les idées de Levret, que la tête et la poitrine ne s'éloignaient pas sensiblement de la position qu'elles ont à une période avancée du travail. Le sujet de l'observation est une pauvre femme d'environ quarante ans, grande, robuste, et enceinte de son premier enfant : le travail durait depuis vingt-quatre heures; le cordon ombilical qui était descendu n'avait pu être réduit. Après des tentatives de tourner l'enfant, de repousser la tête, celle-ci étant descendue totalement dans le vagin, la sage-femme qui l'assistait, se fondant sur la facilité d'introduire la main dans les parties, tira sur le cou qu'elle avait pu saisir; quelque effort qu'elle fit, les épaules ne purent se déplacer. Levret, qui fut appelé, trouva la malade fort accablée; son pouls était très faible, elle avait beaucoup perdu de sang; après lui avoir fait donner quelques cuillerées de vin, il se disposait à examiner l'état des choses, lorsqu'elle fut prise d'une sueur froide, et expira. Bien qu'il fût certain de la mort de l'enfant, il accueillit avec empressement la proposition d'extraire l'enfant par l'opération césarienne, espérant acquérir des lumières sur la cause d'un travail aussi laborieux. L'enfant était mort, bien conformé et d'un volume ordinaire; « son épaule droite était appuyée sur la symphyse des os pubis, une partie en dedans, l'autre en dehors; son *épaule gauche portait sur la partie latérale de la saillie de l'os sacrum;* les omoplates étaient logées dans la cavité de l'os iléum gauche, et le reste du corps était couché sur le dos dans la partie latérale gauche de la matrice... Le visage était tourné *obliquement* du côté droit, l'occiput vers la partie opposée, et le vertex se présentait à la partie la plus basse. » On ne peut disconvenir, ajoute Levret, que la difficulté de cet accouchement ne soit venue de la situation latérale et oblique du corps de l'enfant dans la matrice; c'est cette situation que je considère comme la cause la moins connue de l'accouchement laborieux dans lequel il est presque impossible qu'on n'arrache pas la tête, si l'on con-

---

faux cartilage, un morceau du vrai cartilage de l'articulation. Le chirurgien d'outre-mer ne s'endort pas : il a écrit en Angleterre, en Allemagne, en France, peut-être bien en Chine, pour demander l'envoi de cartilages mobiles enlevés avec succès, sans compter ceux qu'il a pu déjà se procurer dans son propre pays. Il espère être en mesure d'en jeter bientôt un boisseau à la tête de ses adversaires. M. Larrey a fait remarquer avec raison que, sur le cas particulier, il était impossible de se prononcer à défaut de détails précis sur le diagnostic, les caractères du corps qui a été extrait, les circonstances spéciales de l'opération et la formation de l'ankylose.

— On voit collée sur les murs de l'Hôtel-Dieu la lettre suivante, adressée par M. le directeur de l'assistance publique à M. le directeur de l'Hôtel-Dieu :

» Monsieur, vous m'informez que M. Tachard, élève externe attaché au service de M. le docteur Robert, vient de succomber aux suites d'une double affection contractée dans l'exercice de ses fonctions.

» Les circonstances qui ont précédé cette mort sont trop honorables pour ne pas être particulièrement signalées. Comme chef de l'administration hospitalière, je ne puis que m'applaudir pour elle d'un dévouement qui rejaillit sur tous les élèves, et m'associer aux regrets bien mérités qu'inspire à M. Robert et aux collègues de M. Tachard, à l'Hôtel-Dieu, la perte prématurée de cet intéressant jeune homme.

» Je vous prie, monsieur, d'être auprès d'eux l'interprète de mes sentiments, et de leur exprimer combien je sais apprécier l'abnégation de ceux qui, à l'exemple de M. Tachard, s'exposent tous les jours au lit des malades.

» Lorsque j'aurai prochainement à distribuer les médailles que l'administration accorde aux élèves en médecine et en chirurgie qui ont honorablement rempli leurs fonctions dans les hôpitaux, je compte décerner au nom de M. Tachard celle qu'il avait déjà mé-

tinue à faire des efforts considérables pour l'extraction du corps, sans lui avoir fait changer de position. Plus loin, il ajoute encore : « Les observations qui font la matière de la section précédente, mettent hors de doute que la situation latérale de la face de l'enfant, est une suite de la position latérale de son corps, et que cet accident est beaucoup moins rare qu'on ne l'a pensé. Les signes que ces observations nous fournisssent, lorsque la tête est tombée totalement dans le vagin, et que les *épaules portent d'un côté sur l'un des os pubis, et de l'autre contre la portion latérale de la saillie* de la partie supérieure *de l'os sacrum*, ne donnent pas grande espéranee de réussir sans les moyens extrêmes. » (*Suite des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, p. 4 et 19.)

Que conclure ? Que Levret, en compagnie des accoucheurs de son temps, se faisait une idée peu exacte de la position normale de la tête et du tronc à la fin de la grossesse et aux différentes périodes du travail ; qu'il pouvait se tromper sur la manière d'expliquer comment la partie supérieure du tronc faisait obstacle, sans que pour cela elle fût moins réellement le véritable obstacle. On aura sans doute remarqué la mention de volume ordinaire appliquée à l'enfant. Cette particularité est notée trois fois sur les vingt-six eas où le volume de l'enfant est plus ou moins exactement indiqué, le plus souvent, avec omission des diamètres de la tête et de la poitrine. Nous avons cherché à établir que le volume du fœtus devait être excessif pour que la partie supérieure de son tronc pût devenir un obstacle plus ou moins absolu à la terminaison de l'accouchement. Mais à des degrés d'une dystocie moindre, susceptible d'être surmontée à la longue par les eontractions utérines ou par le forceps, il n'est pas néeessaire que le volume du fœtus soit extraordinaire, si en même temps le bassin est plutôt petit que moyen. Et, pour en revenir au cas de Levret, on peut bien croire qu'une application de forceps eût triomphé de la difficulté, même sans eompromettre la vie de l'enfant, car on ne peut guére cousidérer comme des tractions bien sérieuses celles que la sage-femme a pu exercer sur le cou avant le dégagement complet de la tête. Il suffit que la partie supérieure du tronc éprouve de la difficulté à s'engager dans le détroit supérieur et à descendre dans l'excavation pour rendre difficile à la tête de vaincre les obstacles naturels qu'elle rencontre devant elle dans son parcours du fond de l'excavation pelvienne jusqu'à la vulve, espace allant en s'allongeant jusqu'au moment où les bosses pariétales se montrent au dehors, et par conséquent d'une étendue considérable. Sans doute, ce n'est pas uniquement par un mouvement de progression de la totalité du fœtus que cet espace est parcouru, vers la fin l'extension de la tête y a la plus grande part. Mais encore faut-il, pour que ce mouvement d'extension de la tête ait un effet bien marqué, que la base de l'occiput ait pu avancer jusque sous l'arcade des pubis. On remarquera, et l'observation est de la plus grande importance, que lorsque la poitrine exige l'emploi des forces expultrices pour descendre dans l'excavation pelvienne, c'est justement pendant la période que, sous l'influence des mêmes forces, le vertex a à triompher des résistances naturelles pour convertir peu à peu le périnée en un eanal faisant suite à l'excavation pelvienne, court en avant, long en arriére, et se terminant à la vulve. Cette transformation progressive du périnée en un canal charnu embrasserait la totalité de la période dite d'expulsion du travail, si l'on ne devait pas faire une réserve pour le bord antérieur du eol utérin, qui se dilate trés souvent en formant une écharpe solide, descendant devant la tête, et confondant sa résistance avec eelle du périnée. Lorsque la partie supérieure du trone éprouve de la diffieulté à s'engager et à descendre daus le bassin, c'est justement pendant la période d'expulsion que les effets de eette difficulté se font sentir, par conséquent la part principale ou accessoire de eette cause de dystocie se confond non-seulement avec la résistance naturelle du vagin, du périnée et de la vulve, mais encore avec toutes les autres causes de dystocie que la tête peut rencontrer en s'engageant dans le détroit inférieur. Sans doute, il n'y a pas lieu de eontester la réalité et la fréquence de l'arrêt de la tête par des causes telles que la résistance des parties molles, une disproportion sensible ou une trop grande exactitude de rapport entre le volume de la tête et l'étendue du détroit inférieur ; mais il est permis de faire des réserves à l'égard de certaines anomalies de position ou direction de la tête, telles qu'une flexion exagérée ou insuffisante, sa persistance dans une direction oblique trop prononcée qu'on a eonsidérées eomme pouvant mettre obstacle à sa propre progression. En dehors d'une étroitesse relative du détroit inférieur ou d'une rigidité anormale des parties molles, lorsqu'on rencontre, ee qui n'est pas rare, une résistanee que des efforts d'expulsion soutenus et prolongés n'ont pu vaincre, et dont le forceps a de la peine à triompher, il y a présomption fondée que l'obstacle réside, en grande partie, au-dessus de la tête, et dans la difficulté de la partie supérieure du tronc à la suivre. On eomprend facilement que, dans les positions occipito-antérieures, l'obliquité trop prononcée peut être eorrigée, et la tête avancer sans déplacement du tronc ; mais il n'en est plus de même dans la position occipito-postérieure, où il faut un mouvement de totalité du fœtus pour que l'occiput puisse gagner l'areade des pubis. Or, ce mouvement suppose la libre mobilité de la partie supérieure du tronc dans le bassin, et même peut-être la conservation d'une certaine quantité de liquide amniotique daus l'utérus. Une étude du mécanisme de l'accouchement dans les présentations de la tête, qui, comme celle qu'on trouve dans nos ouvrages classiques, fait abstraction de la partie supérieure du tronc, est incomplète, et laisse dans l'ombre des déductions pratiques d'une grande importance.

L'association nécessaire de la dystocie par le volume de la partie supérieure de la poitrine avec la résistance naturelle des parties molles, et, en outre, son association possible avec les diverses causes de dystocie souvent complexes que la tête peut rencontrer dans son trajet du fond du bassin jusqu'à la vulve, rendent le diagnostic fort difficile et souvent impossible de prime abord.

---

ritée par ses excellentes notes, et qui, du moins, perpétuera dans sa famille le souvenir de sa noble conduite et de nos regrets.

» Agréez, etc. *Le directeur de l'administration*, HUSSON. »

Nous avions annoncé cette mort de M. Tachard. Le haut témoignage de regret qu'on vient de voir nous ferme la bouche. Rien ne pouvait mieux adoucir la douleur d'une famille et de nombreux amis à qui les heureux débuts, les travaux déjà remarqués de ce jeune interne laissaient entrevoir un brillant avenir. *Vita brevis, ars longa.* Dans notre pénible carrière, cinq ou six années d'un labeur opiniâtre ne sont qu'un moment, et, pour beaucoup, ce moment touche à la limite de l'existence. On succombe, ouvrier de la vigne, au pied du cep en fleur, saus avoir goûté le fruit ; heureux encore quand cette fin prématurée est, comme dans la circonstance, une offrande à la science et à l'humanité, et que l'âme qui s'envole est comme la fumée d'un sacrifice !

— Hélas ! même quand la vie a quelque durée, combien le succès est lent ! Després vient de mourir, chirurgien de Bicêtre, à l'âge de cinquante ans, dans cette position qu'on décore honnêtement du mot de *modeste* et qui est presque le lot universel. Il n'avait guère attaché son nom qu'à un procédé de réduction de la luxation du fémur, quand, tout récemment, il crut avoir mis la main sur un nouveau procédé de sondage dans les eas de gonflement prostatique ou de valvule du eol. C'était, si nous jugeons bien, uue illusion. En cela, Després ne dérogeait pas à ses habitudes. Il a souvent vu les choses, et notamment son avenir, dans un mirage. Avec beaucoup de perspicacité, la mobilité de son esprit, les soubresauts de son caractère, certains événements de sa vie et cet abandon d'allures qui ne l'avait pas quitté, l'ont arrêté à un point qu'il eût pu aisément dépasser. Ceux qui l'ont bien connu mettent ses capacités fort au-dessus de sa position. C'était surtout un bon ami..., non, un bon camarade ; car il y a eu jusqu'à la fin de l'artiste, de l'étudiant, dans ses relations intimes.

— Et, puisque nous sommes dans le lugubre, pourquoi ne

Une fois l'attention éveillée, on devra soupçonner que les épaules et la partie supérieure du tronc sont l'obstacle réel à la progression de la tête, lorsque celle-ci, en bonne position et bien dirigée, est arrêtée dans le détroit inférieur, ou plus ou moins près de se montrer au dehors, sans que la vulve et les autres parties molles du périnée présentent une résistance insolite. Si, malgré l'espoir d'une terminaison prochaine et facile de l'accouchement, on est forcé d'avoir recours au forceps, après une temporisation qui n'a rien produit, et que, contre toute attente, la difficulté de l'extraction soit considérable, on aura une nouvelle preuve que l'obstacle provenait de la difficulté des épaules à traverser le bassin; la démonstration sera complète si, pour dégager complétement la tête, il faut encore accrocher le menton ou refouler le périnée, contre lequel elle reste fortement appliquée par sa base; si enfin on se trouve en face des phénomènes et des difficultés qui caractérisent la variété où le tronc est seul retenu dans le bassin.

Quelles sont les indications et les ressources de l'art dans l'une et l'autre variété de dystocie par le volume de la partie supérieure de la poitrine?

1° Lorsque les épaules arrêtées au détroit supérieur retiennent la tête au fond de l'excavation, ou plus ou moins engagée dans le détroit inférieur, l'obstacle résidant dans le volume de la poitrine plutôt que dans la position des épaules, il n'y a pas indication de chercher à déplacer celles-ci. Par conséquent il faudrait bien se garder d'imiter Levret, et conseiller comme lui, si l'on est appelé de bonne heure, de rompre les membranes, et d'aller chercher les pieds, et si la tête est déjà tombée dans le vagin, après avoir fait placer la femme sur les genoux et les coudes pour détacher la matrice du détroit supérieur, de porter la main entre la tête et le sacrum, et de saisir l'épaule, qui y est comme accrochée, pour la tirer de côté, et changer la situation latérale en une directe ou moyenne. Levret a beau ajouter : « Ces préceptes ne sont pas le fruit de l'imagination, ils sont le fruit de mes réflexions, et je ne les exposerais pas avec tant de certitude s'ils ne m'eussent été confirmés par l'expérience. » Ils reposent sur des erreurs, des appréciations fausses si palpables, ils sont en même temps si illusoires et si compromettants qu'on ne saurait les condamner avec trop de rigueur. En supposant même que le diagnostic puisse être établi de bonne heure et avec plus de certitude, l'appréciation exacte de l'état des choses et la réflexion ne permettent pas de songer d'abord à d'autres ressources qu'au forceps, moins à redouter par son insuffisance, bien que dans plusieurs cas cette insuffisance ait été constatée, que par la crainte bien fondée du danger qu'il fait courir à l'enfant, dont la partie supérieure du rachis doit subir une distension égale à la résistance qu'oppose la partie supérieure du tronc à descendre dans le bassin. Dans plusieurs cas, cette résistance a été si grande qu'il est bien permis de croire que la distension du rachis a pu être portée au point de déterminer immédiatement la mort. Les dangers de la distension de la moelle allongée ont impressionné les esprits au point que la plupart des accoucheurs ont fait une règle de pratique de s'abstenir de tirer sur le cou après la sortie de la tête. Nous reviendrons forcément sur ce précepte tout à l'heure. Bornons-nous, pour le moment, à mettre en relief une considération qui doit un peu rassurer sur le danger du forceps dans les cas qui nous occupent. C'est le peu d'étendue qu'on a à faire parcourir à la tête, étendue qui ne semble guère supérieure à celle qu'on peut raisonnablement attendre de l'abaissement des épaules et de l'allongement du cou dans des limites normales. Cela est évident en avant, où la longueur du cou est du moins égale à la hauteur des pubis, et où l'on n'a à faire parcourir à la tête, située au fond du bassin, qu'un court trajet pour amener la base de l'occiput sous l'arcade pubienne; si en arrière le trajet est beaucoup plus long, cela importe peu, puisque la tête est dégagée par un mouvement d'extension qu'on peut commencer dès que l'occipital est suffisamment engagé sous l'arcade des pubis.

Maintenant supposons que le forceps ait été impuissant à amener la tête au dehors, et les faits cités prouvent que la supposition peut malheureusement être une réalité, qu'y a-t-il à faire? Il est évident que le fœtus est déjà compromis; il ne faut pas, comme cela est arrivé, attendre que la mère succombe à son tour; il faut, au contraire, avoir recours à temps à la crâniotomie comme opération préalable, afin de pouvoir agir directement ensuite sur l'obstacle lui-même. Dans la situation si rapprochée de l'extérieur où se trouve la tête, la crâniotomie est une opération facile; mais il ne faudrait pas se borner à ouvrir le crâne et à en faire sortir la matière cérébrale, il faudrait encore enlever en partie les os larges qui en forment la voûte, en un mot réduire la tête en celle d'un fœtus anencéphale. Dans cet état, le dégagement des bras pourrait être opéré sans trop de peine, et changer assez les conditions pour que des tractions exercées sur eux suffisent, et si la difficulté persistait, l'embryotomie pourrait être appliquée sur le tronc aussi facilement que sur un fœtus anencéphale. Nous aurons à revenir plus loin sur ces deux procédés d'extraction du tronc dans les présentations de l'extrémité céphalique.

2° Passons maintenant à l'extraction du tronc la tête étant dégagée. Pour qu'on ne confonde pas des faits essentiellement différents, rappelons en peu de mots comment s'effectue, à l'état normal, le dégagement de la tête et des épaules. Au moment où la tête, obéissant à la réaction des parties molles fortement distendues, se dégage brusquement par un mouvement d'extension forcée qui renverse l'occiput au-devant de la région pubienne, c'est la partie supérieure du cou plutôt que la nuque qui sert de point d'appui à ce mouvement; aussitôt après le dégagement du menton, le cou étant en partie libre, la tête, entraînée par son propre poids, tombe entre les cuisses de la femme, et se trouve dans une direction plus ou moins oblique. Le temps généralement très court pendant lequel elle garde cette situation se prolonge souvent anormalement. Après un temps variable, la tête exécute un mouvement de rotation qui porte l'occiput vers la face

---

donnerions-nous pas un souvenir à un ex-élève en médecine qui vient d'être exécuté dans le Honduras, au héros du flibustiérisme américain, au célèbre William Walker? Cet homme hardi qui a rempli les deux mondes de son nom; qui, sans autre mandat que celui de sa propre volonté, s'en allait à la conquête de vastes territoires, avait étudié la médecine à Philadelphie d'abord, puis à Paris. Lui aussi, malgré des facultés supérieures et une instruction des plus variées (c'était, dit-on, un linguiste distingué), s'étiolait dans l'obscurité. L'impatience du succès le dégoûta bientôt de la médecine; il étudia le droit, et prit un diplôme d'avocat. Nouvelles déceptions. C'est alors qu'il se jeta dans cette vie aventureuse qui a eu pour récompense un nom retentissant, et pour terme le gibet.

Dr Aliquis.

— Une chaire de clinique des maladies vénériennes et cutanées vient d'être instituée à l'Université de Bologne; M. le docteur P. Gamberini en a été nommé titulaire.

— Un jeune médecin portugais d'un grand mérite, I. A. Silva, vient d'être enlevé à la science, à l'âge de trente ans.

— Les membres du jury des prix de l'internat ont été désignés par le sort mardi dernier. Ont été nommés : MM. Bazin, Barthez, Roger, Richet et Maisonneuve, *titulaires;* MM. Blache et Voillemier, *suppléants.*

— M. Després, chirurgien de Bicêtre, vient de mourir victime de son dévouement à la science et à ses amis. C'est en donnant des soins à un élève de son service atteint d'une maladie contagieuse, qu'il a contracté l'affection à laquelle il a succombé.

— On annonce une *Histoire médicale de la guerre d'Afrique*, par le docteur A. de Poblacion y Fernandez; et *La campagne du Maroc, Mémoires d'un chirurgien militaire*, par M. N. Landa.

interne d'une cuisse, la face vers le point opposé de l'autre cuisse : ce sont les épaules qui s'engagent, à leur tour dans le détroit inférieur, et comme ce mouvement de rotation des épaules se combine avec un mouvement de descente, le cou devient en grande partie libre à l'extérieur. Avant que l'une et l'autre épaule se dégagent, il y a un nouveau temps de repos qui se prolonge souvent aussi d'une manière anormale. Dans l'un et dans l'autre temps d'arrêt des épaules au détroit inférieur se prolongeant anormalement, parce que l'utérus a cessé de se contracter après la sortie de la tête, si l'on veut extraire sans retard l'enfant, parce qu'on a des raisons de supposer que sa vie est menacée, on rencontre souvent une résistance assez grande, mais qui devient rarement embarrassante et de longue durée, à cause de la facilité de saisir solidement les aisselles, surtout dans le second cas; et, s'il n'existait pas d'autres causes d'arrêt des épaules dans le bassin, on comprendrait facilement la défense faite par les auteurs modernes de tirer sur le cou de l'enfant. Les faits auxquels je viens de faire allusion tiennent à une inertie plus ou moins prolongée de l'utérus, et n'ont qu'une apparente analogie avec ceux qui font l'objet de ce mémoire. Aussi la différence est-elle grande dans les phénomènes du dégagement de la tête : c'est l'occiput et non la nuque qui sert de point d'appui au mouvement d'extension, et il s'élève beaucoup moins au-devant des pubis; la tête ne s'échappe pas aussi brusquement, on est même souvent forcé d'accrocher le menton ou de refouler le périnée pour la dégager entièrement; au lieu de retomber entraînée par son propre poids, elle reste solidement fixée par sa base contre les parties. Ce sont là les signes de l'arrêt des épaules sur un point élevé du bassin, si ce n'est au détroit supérieur. Mais il faut bien reconnaître pourtant que l'état des choses à l'extérieur n'est pas sensiblement différent dans quelques cas d'extraction de la tête d'enfants volumineux, au moyen du forceps, pour cause d'inertie profonde de la matrice. C'est pour cela que, parmi les indications, il ne faut pas négliger celle d'exciter la matrice, dont l'action coïncidant avec des efforts volontaires peut seconder puissamment, dans tous les cas, les moyens artificiels d'extraction des épaules. Si la vie de l'enfant n'est pas déjà menacée avant la sortie de la tête au dehors, il peut, comme dans le cas de la première observation, rester assez longtemps dans cette situation sans danger bien imminent, la circulation fœto-placentaire restant libre; la coloration bleuâtre et la tuméfaction de la face, qui se prononcent de plus en plus, sont là, le plus souvent, l'effet de la compression du cou et non les signes d'une asphyxie rapidement compromettante ; il y a donc lieu de procéder non avec lenteur, mais bien d'éviter une précipitation qui peut devenir plus funeste qu'utile à l'enfant. Ces réserves faites en faveur de quelques instants d'expectation, pour laisser aux forces de l'organisme le temps de reprendre leur empire, nous allons examiner successivement la valeur et l'opportunité des divers moyens qui peuvent être mis en usage.

On voudra bien considérer que je ne place au premier rang les tractions sur la tête que par la nécessité où l'on se trouve le plus souvent au début d'y avoir recours, au moins comme moyen préalable pouvant faciliter l'application d'un procédé plus efficace contre l'obstacle et moins dangereux pour l'enfant. En effet, lorsque la base de la tête est fortement appliquée contre la vulve, la difficulté de faire pénétrer la main dans les parties et de s'en servir, ne laisse guère d'autre choix que de tirer sur l'occiput et le menton, et ce n'est qu'après un premier effet obtenu, qu'on sera libre d'essayer les tractions sur les aisselles ou le dégagement des bras. Sait-on au moins dans quelles limites on peut tirer sans danger sur la tête d'un fœtus vivant? Les auteurs, plus occupés d'effrayer que d'éclairer, répondent fort mal à cette question, ou plutôt n'y répondent pas du tout. A en juger par les observations I et II, la région cervicale du rachis peut supporter une traction régulière considérable sans que l'enfant ait à en souffrir. Je suis convaincu que beaucoup de praticiens pourraient fournir des observations aussi concluantes. Je dois ajouter, d'après des expériences que j'avais antérieurement faites à la Maternité, que des tractions graduées, sans secousses et sans mouvements de torsion, telles que je pouvais les produire par l'emploi de toutes mes forces ou par le poids entier de mon corps à supporter, n'ont jamais déterminé ni luxation cervicale, ni déchirure de ligaments, ni lésion quelconque, soit sur la moelle allongée, soit à la racine des nerfs. Bien qu'il soit impossible d'assurer que l'absence de lésions sur la moelle puisse être considérée comme une garantie suffisante de l'innocuité de pareilles tractions, on ne peut pourtant méconnaître qu'il est conforme aux lois de l'organisation vivante de croire que le rachis reste pour la moelle un organe efficacement protecteur tant qu'il résiste lui-même, et que les tractions n'y produisent ni déchirures, ni luxation. Or, pour que ces derniers effets soient produits, les tractions doivent être portées très loin, si elles sont régulièrement exercées, et sans efforts simultanés de torsion.

Apprécions tout de suite la valeur absolue de tractions sur la tête, la mort de l'enfant ne laissant que trop souvent l'occasion d'en tirer tout le parti qu'elles peuvent offrir. D'abord la prise est facile et solide; la base du crâne, entourée d'un linge sec, permet aux mains d'exercer des tractions fortes et soutenues sans glisser, sans même comprimer le cou. On peut y fixer des lacs extenseurs qui permettent le secours d'aides, comme l'observation II en offre un exemple. Et comme plusieurs des observations analysées mentionnent qu'on a arraché la tête, il est permis de soupçonner, qu'en dehors des fœtus macérés, lorsque cet accident est arrivé, on n'a pas dû tirer seulement, mais encore, quoiqu'on ne le dise pas, tordre le cou pour déplacer les épaules. On aura sans doute été surpris de voir dans plusieurs des observations rapportées, les tractions exercées librement, même sur le cadavre, n'amener aucun résultat, et tendre à faire croire à une énorme disproportion entre le volume de la poitrine et la capacité du bassin. C'est qu'à examiner à fond la chose, les tractions sur la tête sont un mauvais moyen. Elles serrent le nœud de la difficulté, au lieu de le défaire, quand elles ne peuvent pas le trancher en forçant le passage. Cela est facile à concevoir : pendant les tractions sur la tête, les épaules s'abaissent sur une partie de la poitrine plus évasée que celle où elles étaient d'abord, et le diamètre bi-acromial s'accroît d'autant. Par conséquent, lorsqu'on a entraîné la partie supérieure de la poitrine vers la partie inférieure du bassin, où ses parois convergent en dedans pour former le détroit inférieur, plus on fait d'efforts pour faire traverser aux épaules la partie rétrécie du bassin, plus le diamètre bi-acromial augmente en étendue. C'est un effet contraire qu'il faudrait obtenir : abaisser les épaules sur le sommet rétréci de la poitrine et sur les côtés du cou. C'est un effet qu'on tend à obtenir en tirant sur les aisselles, surtout en dégageant les bras, dégagement qui non-seulement diminue les parties supérieures et latérales de la poitrine de toute leur épaisseur, mais encore d'une étendue plus considérable en relevant les épaules sur les côtés du sommet du thorax.

Les tractions sur les aisselles, exercées avec la main, ne se recommandent donc pas seulement parce qu'elles sont sans dangers pour l'enfant vivant, mais encore parce qu'elles peuvent, lorsque la prise est bonne, élever l'épaule correspondante vers le sommet de la poitrine, et diminuer par là très sensiblement le diamètre bi-acromial, si l'on pouvait agir efficacement sur les deux aisselles. Mais les tractions avec les indicateurs recourbés en crochet, généralement suffisantes lorsqu'il s'agit de ces simples anomalies dans l'expulsion des épaules, dues au silence de l'utérus, et presque aussi communes que la règle, que nous avons caractérisées plus haut, sont, au contraire, impuissantes lorsqu'il s'agit d'un obstacle plus sérieux. Alors même que l'élévation des épaules et les rapports de l'une avec le bord antérieur du bassin ne rendraient pas aussi difficile l'application des doigts, ils glisseraient continuellement sur ces parties lubrifiées. Après quelques tentatives inutiles avec les doigts, il ne faut pas hésiter à aller saisir la racine du bras à pleine main; c'est à cette condition que la main seule jouit de toute sa puissance. On peut presque constamment appliquer un crochet mousse sur l'une ou l'autre aisselle, surtout sur celle qui est située en arrière; il offre une prise solide, et l'on peut exercer des tractions puissantes; mais il est loin d'être toujours sans danger pour l'enfant vivant. Dans l'observation II, bien qu'il embrassât exactement l'aisselle, il avait déterminé sur son bord postérieur, une déchirure de 3 centimètres d'étendue qui n'inté-

ressait que la peau, mais de nature à mettre en garde contre des désordres plus graves, et à commander une prudente circonspection taut que l'enfant est vivant.

En raison du peu de dangers que les tractions sur l'aisselle font courir en général à l'enfant, ce qui fait qu'on les tente d'abord, il importerait beaucoup de connaître aussi exactement que possible les résultats pratiques obtenus afin de savoir au juste à quel degré et dans quelles limites ce moyen est efficace. Malheureusement, les observations laissent beaucoup à désirer sous ce rapport. Dans les cas où elles n'ont pas réussi, on ne peut savoir au juste si c'es parce qu'on n'a pas pu embrasser les aisselles, ou si elles ont été simplement insuffisantes. De même, dans les cas de succès, on ne peut pas savoir exactement si l'on a tiré sur les deux aisselles ou seulement sur la postérieure, si les doigts ont suffi ou s'il a fallu introduire la main entière, si l'on n'a pas tiré ou fait tirer en même temps sur la tête. Cependant les résultats suivants, bien que vagues et incertains à plusieurs égards, méritent d'être pris en considération. Les tractions sur une aisselle ou sur les deux, avec les doigts ou la main entière, ou avec le crochet mousse, ont réussi neuf fois après des tentatives plus ou moins répétées. Huit fois ces tractions sont restées infructueuses, soit parce qu'elles n'ont pas pu ébranler la poitrine, soit parce que l'aisselle n'a pu être exactement saisie. En se rappelant la position de l'une des épaules sur le bord antérieur du détroit supérieur, on doit penser qu'une pression exercée avec la paume de la main à travers la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, serait de nature à seconder avec quelque efficacité les tractions lorsqu'on ne peut saisir que l'aisselle postérieure.

Les tractions sur les aisselles, qui font plus ou moins basculer les épaules, sont un acheminement au procédé qui consiste à dégager successivement les deux bras, et que la réflexion, comme nous l'avons déjà dit, doit faire considérer comme le moyen le plus efficace, en ce sens qu'il diminue l'obstacle avant de chercher à lutter contre lui. En effet, des tractions exercées sur les deux bras dégagés, n'ont pas seulement pour résultat l'élévation des épaules sur le sommet rétréci de la poitrine et sur les côtés du cou, et de diminuer l'étendue du diamètre bi-acromial, mais encore de faire disparaître de la largeur de la poitrine l'épaisseur des bras et les saillies abruptes que forment les moignons des épaules. Conseillé par Mauriceau, mis deux fois en pratique avec succès par de la Motte dans des cas où les tractions sur la tête et sur les aisselles n'avaient pas réussi, ce procédé mérite d'être tiré de l'oubli et d'être pris en grande considération : il consiste à dégager successivement les deux membres supérieurs en attirant d'abord les bras sur le devant de la poitrine. Mais, dira-t-on peut-être, les succès sont trop peu nombreux pour asseoir un jugement aussi favorable. Je conviens que la théorie réclame des preuves pratiques plus multipliées ; aussi fais-je appel aux praticiens. Déjà, parmi les communications de faits de dystocie par le volume exagéré des épaules que m'a valu la publication des premières parties de ce mémoire, il s'en trouve une qui est une nouvelle justification des dégagements des deux bras, et que je m'empresse de publier. Le fait s'est passé, il y a déjà plusieurs années (1837), dans la pratique de mon excellent ami le docteur Parmentier. Des notes étendues prises de suite et conservées lui ont permis de m'en envoyer le résumé suivant :

Obs. IX. — Madame P...., primipare, taille petite, embonpoint, développement musculaire très prononcé. Après une grossesse normale qui arriva à son terme, les eaux s'échappèrent tout à coup sans douleur préalable. Douze heures après, le travail commença à dix heures du soir par des douleurs faibles d'abord, et qui s'accrurent peu à peu jusqu'à six heures du matin.

A ce moment la tête franchissait le détroit inférieur et faisait faire au périnée une forte saillie ; mais une fois là elle n'avança plus, malgré de vives contractions utérines. Pendant deux heures au moins le travail ne fit aucun progrès.

Je me décidai alors à l'application du forceps qui fut facile. Après beaucoup de tractions fortes et répétées, je parvins à faire franchir la vulve à la tête de l'enfant, en faisant repousser en arrière par un aide intelligent le périnée et la partie inférieure des grandes lèvres.

Croyant désormais toute difficulté vaincue, j'attendis pour me contenter d'aider les efforts de la nature, mais la tête remontant pour ainsi dire se colla contre la vulve par sa base et y resta immobile.

Je fus alors porté à croire, ne voyant rien de particulier dans la conformation du bassin, que l'obstacle venait du développement des épaules de l'enfant. J'introduisis, avec assez de peine, l'indicateur de la main gauche courbé en crochet sous l'aisselle droite de l'enfant tournée du côté du sacrum, puis je tentai d'opérer la même manœuvre avec l'indicateur de la main droite sous l'aisselle gauche, mais le pubis de la femme y mit un obstacle insurmontable. J'arrivai seulement à amener le bras droit sur lequel je fis faire des tractions de haut en bas. Sous leur influence j'obtins quelques progrès et parvins enfin à atteindre l'aisselle gauche et amener le second bras. Après les avoir enveloppés d'un linge je me mis à tirer simultanément sur les deux bras avec une force soutenue et très grande, et finis par amener un enfant bien constitué, à épaules très développées ; mais il était mort pendant les manœuvres que j'ai cru devoir exercer pour le faire sortir du sein de sa mère. Quant à cette dernière elle se rétablit rapidement, bien qu'il fallût au bout de vingt-quatre heures aller chercher le délivre.

Il n'est pas douteux que l'embryotomie ne soit quelquefois nécessaire pour lever l'obstacle formé par la poitrine et les épaules. Dans plusieurs des observations que j'ai rapportées, il est certain qu'il eût été préférable d'y avoir recours, et qu'on eût peut-être sauvé les femmes, plutôt que de s'obstiner à tirer sur le cou jusqu'à sa rupture, qui est arrivée trois fois sur les vingt-six observations que j'ai analysées, ou jusqu'à ce que la mort de la mère s'en suivît. On ne saurait trop se pénétrer de l'idée que les tractions sur la tête sont un procédé détestable, dès l'instant que la disproportion entre le volume de la poitrine et la capacité des passages est un peu considérable, disproportion qui ne fait qu'augmenter par l'abaissement forcé des épaules sous l'influence des tractions croissantes. Bien que l'embryotomie appliquée à la poitrine ne rentre pas dans la classe des opérations réglées, et que le cas lui-même détermine souvent le procédé, je dois cependant faire remarquer qu'il importe beaucoup d'enlever les épaules, y compris les omoplates et les clavicules, et de tenter l'extraction après cette opération préliminaire. Si l'on était forcé d'aller plus loin, il ne faudrait pas perdre de vue que les crochets, le céphalotribe surtout, peuvent avoir pour effet la fracture de plusieurs côtes à leur partie moyenne, dont les fragments forment autant de pointes aiguës capables, non-seulement de percer la peau qui les recouvre, mais encore de s'implanter profondément dans les tissus de la mère. On éviterait ce danger en enlevant le sternum après avoir divisé les cartilages costaux sur ses bords.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Anatomie comparée. — *Troisième note sur le développement des premiers rudiments de l'embryon; formation primitive de l'axe cérébro-spinal du système nerveux; développement de la corde dorsale et du canal vertébral*, par M. *Serres*. — L'auteur résume ce travail dans les propositions suivantes : 1° l'axe cérébro-spinal du système nerveux est le premier des organes qui se détache de la substance plastique qui constitue l'embryon ; 2° par suite de cette *primogéniture*, son mode de formation devient le type de la formation des autres organismes; 3° les noyaux vertébraux par lesquels débute le canal osseux qui doit encaisser l'axe cérébro-spinal sont constamment doubles; 4° les parties de ces demi-noyaux qui doivent constituer le corps de la vertèbre sont réunies en avant par une lame fibreuse dont la transformation osseuse complète le corps de chaque vertèbre; 5° sur l'axe de réunion des demi-noyaux des corps vertébraux apparaît un filament cartilagineux renfermé dans une gaîne fibreuse; 6° ce filament cartilagineux qui constitue la *corde dorsale* est continu, et ne présente pas les intersections qui

caractérisent la colonne vertébrale des animaux vertébrés ; 7° enfin on peut en déduire la probabilité que dans l'hystogénie microscopique l'organisation paraît suivre, dans l'arrangement de ses éléments, les règles qui lui sont propres pour les organes eux-mêmes.

CHIRURGIE. — *Observation sur la reproduction complète des os*, par M. *Mottet*, lettre adressée à M. *Flourens*. — Il s'agit, dans ce travail, d'un homme atteint de fracture comminutive et compliquée de la jambe, avec contusion, issue des fragments osseux, eschares, etc.

Le membre blessé ayant été placé dans un appareil spécial, au bout de six mois, ajoute M. Mottet, la cicatrisation des plaies était faite dans toute leur étendue, si ce n'est à l'endroit de la fracture. A cette époque, la jambe aurait pu être amputée au lieu d'élection, mais dans de mauvaises conditions, car il eût fallu opérer près de l'articulation du genou, sur un tégument régénéré ; et, de plus, il existait encore une fistule près de la tête du péroné, fistule qui ne se guérit que lors de la chute des os.

Le détachement des esquilles se fit du onzième au douzième mois. Au quinzième mois de la blessure, le vide formé par l'élimination des séquestres était presque comblé ; une masse osseuse s'était formée ; elle acquérait tous les jours de la fermeté ; déjà le malade pouvait marcher avec des béquilles et faire exécuter à son membre des mouvements dans tous les sens sans le voir fléchir. Aujourd'hui la jambe a recouvré toute sa *solidité*, *et elle a conservé sa longueur et sa rectitude* normales.

D'après les faits que j'ai vus, je ne crains pas de dire que l'amputation à la suite de ces fractures ne doit être pratiquée que très rarement, et dans les cas seulement où il ne sera pas possible de temporiser.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. *Lange*, médecin à Pocancy, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans cette commune en 1859. (*Commission des épidémies*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Charmasson* (de Puylaval), sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales*)

M. *Bouvier* présente, au nom de M. le docteur *Chapplain* (de Marseille), une brochure *sur la luxation sciatique du fémur*.

M. *Gaultier de Claubry* dépose sur le bureau une *Note sur la diarrhée des enfants*, par M. le docteur *Kigalla*.

M. *Tardieu* fait hommage, au nom de M. *de Castelnau*, d'un volume *sur l'interdiction des aliénés*.

M. *Robin* dépose sur le bureau un volume des *Comptes rendus de l'Académie de Moscou*, renfermant son mémoire *sur les sarcoptides*.

Lectures et mémoires.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Tardieu*, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport officiel *sur le service des établissements thermaux en France pendant l'année* 1858.

Nous extrayons de ce rapport les passages suivants dans lesquels M. Tardieu apprécie les bienfaits du nouveau règlement relatif à l'administration des établissements thermaux, l'importance des travaux de la Société d'hydrologie médicale de Paris et les services rendus par des publications récentes et par la presse hydrologique :

« Une loi récente, une réglementation nouvelle attestent la sollicitude du gouvernement et assurent aux eaux minérales le privilége d'une protection devant laquelle cède même le droit commun de la propriété. Le service de l'inspection médicale, mieux défini, reçoit la double garantie d'une organisation hiérarchique plus forte et d'un recrutement plus sévère qui ne peuvent manquer d'élever encore dans l'avenir la considération et le mérite du personnel médical attaché officiellement aux établissements thermaux, sans menacer jamais les droits imprescriptibles de la liberté d'exercice que confère sans réserve le titre de docteur en médecine.

» Si, sur un seul point, et par une application abusive d'un principe excellent, le règlement nouveau semble méconnaître le véritable caractère de la médication thermale, en affranchissant de toute surveillance et de tout contrôle l'usage des eaux minérales, en fait, les dangers trop réels de cette mesure seront d'autant plus facilement conjurés, que l'autorité de l'inspecteur et la prévoyance de l'administration iront, en quelque sorte, au-devant de la confiance du public ; et il est permis de dire que cet inconvénient disparaît dans l'ensemble des améliorations considérables que réalise la réforme administrative et légale récemment accomplie dans l'organisation des eaux minérales de la France.

» L'hydrologie médicale constituée à l'état de science et rapprochée du niveau de la médecine moderne, la pratique thermale ramenée aux saines méthodes de l'observation clinique auxquelles elle était restée si longtemps étrangère ; la spécificité d'action et l'appropriation thérapeutique de chaque espèce d'eau minérale substituée à l'universalité banale des applications empiriques ; la recherche patiente et si utile des indications et surtout des contre-indications trop souvent négligées jusqu'ici dans les établissements thermaux ; la révision laborieuse des analyses anciennes et l'extension des connaissances acquises sur la composition chimique des eaux minérales : tel est le programme que s'est tracé et qu'a fidèlement observé la Société d'hydrologie de Paris.

» Les publications qui ont trait à l'hydrologie tendent en même temps à se relever. Au lieu de ces écrits sans valeur dont le nombre ne compensait pas la stérilité et qui encombraient la science, on peut citer avec honneur des ouvrages récents qui attestent de sérieux efforts et dont quelques-uns sont de véritables services rendus.

» Enfin, comme un dernier écho de cette agitation féconde qui ne peut manquer d'ajouter à la prospérité des établissements d'eaux minérales, il nous sera permis de faire entendre le retentissement d'une presse spéciale née de ce mouvement même, et qui, sous une forme parfois légère et piquante, souvent instructive et sensée, répand hors du monde savant les lumières de la science hydrologique, donne à cette branche de l'art de guérir le prestige d'une mode nouvelle et fait passer de salutaires conseils sous le charme d'une spirituelle causerie. »

A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 10 ET DU 24 OCTOBRE 1860.

DES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES.

La question des paralysies diphthériques a été soulevée de nouveau par M. Sée au sein de la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 10 octobre. A propos de trois faits nouveaux qu'il avait eu l'occasion d'observer récemment, ce médecin a cru pouvoir poser les conclusions suivantes : Les affections diphthériques sont souvent suivies de paralysies généralisées dont la spécificité est démontrée d'abord par leur fréquence (la proportion a été dans ces derniers temps d'une fois sur quatre cas de diphthérie), ensuite par leur type spécial, qui permet de les reconnaître, de prédire la marche des phénomènes et de faire le diagnostic rétrospectif de l'affection qui lui a donné naissance. Les accidents paralytiques apparaissent dans un ordre constant : après la paralysie du voile du palais survient celle des membres inférieurs, celle ci débute par une anesthésie qui ne dépasse pas les gencives ; puis arrive la paralysie des membres supérieurs caractérisée également par une anesthésie des extrémités, qui ne dépasse pas le milieu des membres. Ces paralysies ne sont pas en rapport avec la gravité de l'intoxication diphthérique. On les rencontre dans les cas bénins ;

bien plus, elle n'est pas exclusivement propre aux angines diphthériques; on les retrouve aussi à la suite d'angines simples. Neuf fois sur dix, elles sont le fait de la diphthérie, et, dans le dixième cas, il y a eu une angine; et comme elles sont constamment consécutives à une maladie du pharynx, leur nom véritable devrait être *paralysies angineuses*. M. Sée termine par la comparaison suivante : Les paralysies saturnines, si tranchées dans leurs caractères, et dont le diagnostic rétrospectif peut être fait au moyen de l'électricité, trouvent cependant des analogues dans certains cas exceptionnels. On voit des paralysies des extenseurs sans qu'il y ait eu intoxication saturnine. Il en est de même des paralysies qui nous occupent, leur type se retrouve dans des cas exceptionnels sans qu'il y ait eu d'intoxication diphthérique.

Le nom de paralysie angineuse a été combattu par M. Maingault, qui a, du reste, confirmé ce que M. Sée avait dit de la fréquence et de la marche régulière des phénomènes paralytiques. M. Sée avait incidemment fait allusion à l'opinion émise par M. Gubler dans un mémoire récent (*Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës. Archives générales de médecine*, 1860, vol. I), que la paralysie diphthérique n'a rien de spécial, et qu'elle est semblable aux paralysies consécutives aux fièvres graves. M. Sée avait remarqué que les affections, pourtant très communes (variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, choléra, pneumonie, etc.), citées par M. Gubler comme amenant des paralysies consécutives, n'avaient pourtant fourni à ce médecin qu'un petit nombre de cas en comparaison de la fréquence des paralysies diphthériques. De plus, il n'y avait, dans ces cas, aucune liaison entre les phénomènes paralytiques, aucun type régulier, comme dans ceux qui se montrent à la suite de la diphthérie.

M. Gubler a pris à son tour la parole dans la séance du 24 octobre. Sans répondre au sujet des paralysies étudiées dans son mémoire, il a vivement contesté la valeur des trois faits présentés par M. Sée, et critiqué la méthode rétrospective par laquelle son collègue prétend arriver à établir la spécificité de ces paralysies. Dans l'un de ces cas, l'enfant paralysé ne paraît pas avoir eu d'angine, au témoignage des parents, et à celui du médecin ordinaire de la famille, M. Boucher (de la Ville-Jossy), et, pour appuyer la supposition de cette angine, M. Sée est obligé de remonter à la grand'mère de l'enfant et à une domestique, qui ont été atteintes d'angines pultacées légères, sans que rien prouve que l'enfant ait été pris lui-même; dans le second cas, une paralysie fort réelle est attribuée à une esquinancie terminée par accès, qui a eu lieu dix ans auparavant; enfin, dans le troisième cas, il n'y a eu ni diphthérie, ni angine, mais seulement un engorgement ganglionnaire. Il faudrait admettre là une diphthérie sans diphthérie, une intoxication sans manifestation de fausses membranes, et M. Gubler se demande s'il est possible de reconnaître une diphthérie de cette nature. Si l'on s'engage dans cette voie, qui empêche d'attribuer à la diphthérie toutes les paralysies dont on ignore l'origine?

Ce ne sont pas seulement les faits de M. Sée que M. Gubler conteste, ce sont aussi ses raisonnements qu'il combat. Ce type normal, cette marche régulière qui ferait, selon M. Sée, de la paralysie diphthérique une espèce tranchée, M. Gubler ne les reconnaît pas. C'est peut-être la marche la plus ordinaire des phénomènes, mais ce n'est pas un ordre constant; à chaque instant des exceptions viennent démentir la règle. Ainsi la paralysie des membres ne commence pas toujours par de l'anesthésie, c'est quelquefois de l'hyperesthésie; on voit souvent un des membres supérieurs se prendre avant que les deux membres inférieurs ne soient affectés; la vessie et le rectum, ordinairement intacts, sont quelquefois atteints; parmi les phénomènes de début, on trouve, dans les faits même de M. Sée, des circonstances exceptionnelles, une hémiplégie faciale, du strabisme, quelquefois une amaurose apparente. La paralysie même du voile du palais est-elle aussi caractéristique que le veut M. Sée? Ordinairement elle n'a rien de commun avec la paralysie généralisée; sa production semble toute locale, sans qu'on puisse l'attribuer à la désorganisation des fibres musculaires par l'extension de l'inflammation, car elle n'apparaît qu'après l'angine, quand le travail inflammatoire a cessé. Sa production doit être attribuée plutôt, selon M. Gubler, à une lésion des nerfs palatins dans les conduits osseux qu'ils traversent; c'est une lésion locale qui doit reconnaître pour cause une angine. Enfin dans tous ces phénomènes, M. Gubler ne voit rien de propre à la diphthérie, qui puisse constituer une espèce distincte; il y a des *paralysies locales*, comme celle du voile du palais; des *paralysies par sympathie*, retentissant, soit sur l'organe de la vision, soit sur les extrémités du nerf pneumogastrique (aphonie, engouement pulmonaire), et enfin des *paralysies diffuses*, qui n'ont pas de marche régulière, et ne paraissent avoir d'autres liens que les conditions de l'état général de l'économie. M. Gubler n'admet donc pas la spécificité des paralysies diphthériques; il n'admet pas davantage qu'elles aient des rapports avec l'angine.

Il y a dans cette dernière maladie une influence locale qui peut s'ajouter à l'état général, mais cette influence locale n'est pas le point de départ des accidents généraux : dans la dysenterie, on voit des paralysies du rectum qui sont bien consécutives aux lésions locales, mais ce n'est pas aux lésions locales qu'on peut attribuer les paralysies généralisées que l'on observe aussi dans ces cas. Quant à la fréquence de cette complication à la suite des angines, elle peut s'expliquer soit par l'intensité de ces maladies, soit par leur siége anatomique. Comme on voit l'œdème, assez peu important aux parties périphériques, acquérir une gravité exceptionnelle s'il siége dans le larynx, de même des angines, simples comme lésions pathologiques, peuvent par les troubles qu'elles apportent aux fonctions respiratoires, et à la déglutition amener un affaiblissement, une *inanitiation* qui prédispose aux paralysies.

En résumé, rien ne paraît spécifique à la diphthérie ni aux angines. Pour établir cette dernière espèce, M. Gubler voudrait qu'on lui donnât la physiologie pathologique de cette affection, qu'on lui montrât la liaison des phénomènes avec la cause supposée. Or, il ne voit ici d'autre liaison que l'état cachectique général; mais une adynamie, si profonde qu'elle soit, n'est pas encore la paralysie; il faut pour expliquer celle-ci admettre un trouble du système nerveux, tel qu'on l'observe à la suite d'autres maladies graves, trouble dont l'essence nous est encore inconnue.

L'heure avancée n'a pas permis la continuation de la discussion.

— Au début de la séance, M. Hérard avait présenté un jeune malade, âgé de dix-neuf ans, atteint d'une *atrophie musculaire progressive* des plus prononcées, et M. Lallier avait, à l'occasion d'un rapport, entretenu la Société des *suites lointaines du scorbut*, sujet sur lequel nous aurons occasion de revenir.

Dr E. Isambert,
Chef de clinique de la Faculté.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Du Gubernaculum testis et de la descente du testicule, par M. Rouget, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'organe communément désigné sous le nom de *gubernaculum testis* se compose : 1° d'un cordon central constitué par des vaisseaux, des nerfs, du tissu cellulaire; 2° de faisceaux musculaires striés; 3° de faisceaux musculaires lisses; 4° d'un revêtement péritonéal.

Les faisceaux musculaires striés ne s'insèrent nullement au testicule, comme on l'a avancé par erreur. On sait que, plus tard, ils constitueront le crémaster, et cela seul aurait dû suffire pour faire reconnaître ce qu'il est très facile de constater sur un embryon humain de cinq à six mois. C'est que, arrivés au voisinage de l'extrémité inférieure du testicule, au niveau de la queue de l'épididyme, à laquelle ils paraissent accolés, ces faisceaux décrivent des anses et redescendent vers l'anneau inguinal.

C'est à tort que l'on a contredit l'opinion de Hunter, qui considère le muscle gubernaculum (*crémaster*) comme une dépendance des muscles larges de l'abdomen. L'exactitude de cette opinion est facile à vérifier chez les rongeurs, dans les espèces chez lesquelles

les migrations du testicule ont lieu à l'état adulte, à l'époque du rut.

Chez le fœtus humain, on trouve aussi toutes les transitions entre les faisceaux propres du *transverse* et les anses de plus en plus allongées du muscle strié du gubernaculum. Celles-ci, d'ailleurs, ont en dehors, à l'arcade crurale, les mêmes origines que les fibres du transverse, et se terminent en dedans au pubis avec les faisceaux de ce muscle et ceux du petit oblique qui concourent à la formation du *fascia transversalis*.

Le faisceau moyen, que Curling, Robin, etc., ont attribué à tort au muscle gubernaculum, ne contient que du tissu cellulaire et des vaisseaux. Les fibres musculaires lisses n'appartiennent pas davantage à ce faisceau moyen. Elles forment immédiatement sous le péritoine un revêtement au crémaster; seules, elles adhèrent réellement au testicule et à l'épididyme : elles sont une dépendance du *muscle propre du testicule et du cordon*.

La contraction du crémaster ne peut, chez l'embryon, amener le testicule que jusqu'à la partie moyenne du canal inguinal. C'est la contraction des parois musculaires de ce canal qui chasse le testicule au dehors, et ce n'est pas par une *contraction*, mais par une *rétraction* lente de ces faisceaux *fibreux* et *non musculaires*, que le cordon central (ligament du testicule) attire au fond des bourses le testicule déjà sorti de l'anneau inguinal. (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, t. III, n° 11.)

Imperforation du rectum avec fistule recto-vaginale; opération, par M. le docteur J. Naudin.

L'enfant fut présentée à M. Naudin quand elle avait cinq mois. L'anus était imperforé; la peau de la région génito-anale était unie et lisse, et présentait, à peine marquée et très peu saillante, la ligne du raphé. Rien, à l'inspection ou au palper, ne paraissait indiquer la trace même rudimentaire de l'orifice anal, pas plus que l'existence du bourrelet du sphincter, ou du voisinage plus ou moins profond d'une anse, d'une courbure ou d'un cul-de-sac du rectum. La défécation se faisait par la vulve; en écartant les grandes lèvres, on apercevait le conduit vaginal assez largement ouvert, toute trace de la membrane hymen ayant disparu complétement dans les deux tiers postérieurs. A un travers de doigt environ au-dessus de la commissure postérieure, on apercevait assez facilement, sur la paroi postérieure du vagin, l'ouverture de la fistule rectale, dont l'orifice arrondi permettait l'introduction d'une bougie de 7 à 8 millimètres, qui pénétrait aisément à une grande hauteur dans l'intestin. La défécation paraissait d'ailleurs être régulière, facile et nullement douloureuse.

L'exploration du trajet fistuleux et du rectum, à l'aide d'une sonde rigide, droite ou à diverses courbures, démontrait que le trajet fistuleux était très court, ou, pour mieux dire, consistait simplement dans la perforation des parois vaginales et rectales immédiatement accolées. Le rectum remontait *directement* en haut, et ne présentait aucune courbure qui le rapprochât du coccyx; de telle sorte qu'en appuyant assez fortement le bec de la courbure de la sonde dans cette direction, le doigt comprimant extérieurement les divers points de la région périnéo-anale, ne sentait nullement l'instrument. Le rectum était donc assez éloigné de la place normale de l'anus, et ne présentait aucun cul-de-sac, comme courbure en ce sens.

Au reste, l'enfant présentait une santé et une conformation générale satisfaisantes.

M. Naudin procéda à l'opération de la manière suivante :

L'enfant fut placé et maintenu comme pour l'opération de la taille périnéale. Un petit cathéter à courbure légère, introduit dans la fistule, fut enfoncé à 10 centimètres dans le rectum, et confié à un aide chargé de maintenir sa convexité poussée vers le sacrum. Les téguments furent divisés par une incision de 2 centimètres, faite d'avant en arrière sur le raphé, et venant s'arrêter à 5 millimètres de la saillie sous-cutanée du coccyx. Le bistouri droit et long fut ensuite plongé dans l'extrémité antérieure de cette incision; sa pointe, dirigée en haut, en arrière et à gauche, alla du premier coup à la recherche de la cannelure du cathéter, qu'elle atteignit à une profondeur de 5 centimètres environ.

Maintenant toujours l'extrémité du bistouri dans la cannelure, et faisant avancer le tranchant parallèlement de la pointe au talon, on incisa l'intestin et tout le trajet sur une longueur égale à celle de l'incision de la peau. Cette fente, ne permettant pas l'introduction du petit doigt, fut immédiatement débridée à l'aide d'une seconde incision portée à angle droit sur son milieu et à droite, d'un centimètre d'étendue; comme la première, cette incision fut pratiquée d'une largeur égale dans toute sa hauteur, à l'aide d'un bistouri droit boutonné.

Cette double incision en T fut suffisante; le doigt pénétrait aisément dans le trajet, son extrémité touchait le cathéter et sentait le vide de la poche rectale.

Quelques excréments s'écoulèrent alors, moitié par l'anus nouvellement établi, moitié par la fistule. L'hémorrhagie avait été très peu abondante. Une mèche de charpie d'un volume suffisant fut placée dans l'anus artificiel de manière à pénétrer de quelques lignes dans le rectum, et maintenue par un bandage approprié.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses, il n'y eut aucun accident; le pansement consistait à renouveler la mèche matin et soir; on avait le soin de la placer aussi grosse que possible et de la fixer solidement. Grâce à ces précautions, l'obturation du conduit était parfaite, et on acquit la certitude que les matières fécales ne pénétraient pas; du moins la mèche ne fut jamais trouvée salie autrement que par du pus. Dès le dixième jour, ces traces de suppuration avaient presque complétement disparu; le travail cicatriciel était assez avancé. Cédant alors aux instances de la nourrice, on laissa emporter l'enfant à la campagne. La dilatation fut continuée de la même manière pendant huit à dix jours encore.

M. Naudin revit l'enfant deux ou trois fois pendant les quatre mois qui suivirent; sa santé était bonne; la défécation se faisait à peu près également par la fistule et par l'anus normal artificiel, dont la tendance manifeste au resserrement était combattue par l'introduction prolongée d'un bout de sonde de gomme de 10 millimètres de diamètre.

La première opération avait donc complétement réussi; restait celle de la fistule, que M. Naudin ajournait après le sevrage, principalement à cause du domicile éloigné de la nourrice. Mais en décembre, cinq mois après l'opération, l'enfant succomba à une diarrhée due à l'alimentation prématurée.

M. Naudin fait remarquer que, au point de vue de l'opération de l'anus artificiel, la coexistence d'un *anus recto-vaginal* est un avantage incontestable. Le premier et le plus grand danger peut-être de l'incision ano-rectale, c'est l'infiltration des matières fécales dans le tissu cellulaire que traverse le conduit de nouvelle formation. Or, cette infiltration sera beaucoup moins à redouter chaque fois que, la défécation pouvant s'effectuer par le trajet fistuleux, on pourra, d'une manière presque sûre, empêcher le passage des matières dans le conduit rectal nouvellement établi, en le tenant exactement bouché avec des mèches ou autres dilatateurs, pendant tout le temps nécessaire au travail cicatriciel de la paroi pour la formation d'une muqueuse accidentelle. (*Journal de médecine de Toulouse*, 1860, n° 5.)

Atrésie de la moitié gauche d'un utérus bicorne, par M. le professeur Rokitansky (de Vienne).

Sur le cadavre d'une femme âgée de vingt-quatre ans, M. Rokitansky a rencontré la disposition suivante : l'utérus était divisé en deux moitiés, supérieurement, dans l'étendue d'un pouce, à partir de l'origine des trompes, sous forme d'utérus bicorne, et de là jusqu'à sa limite inférieure par une cloison médiane qui séparait complétement la moitié gauche de la droite. Celle-ci, longue de 3 pouces, à parois mesurant 4 lignes d'épaisseur au niveau du corps, s'ouvrait dans un vagin simple. La moitié gauche était plus volumineuse, surtout dans sa partie cervicale; le col était transformé en une espèce de capsule ayant 9 lignes de diamètre transversal et 5 lignes d'épaisseur de paroi, et 2 pouces 3 lignes de

hauteur, tandis que le corps n'avait que 9 lignes de hauteur. La poche formée par le col était distendue par un liquide sanieux, et faisait dans le vagin une saillie fluctuante. La cloison médiane présentait une petite ulcération qui faisait communiquer les deux moitiés de l'organe. Les trompes et les ovaires étaient bien développés.

L'ulcération de la cloison s'était faite à la suite d'une inflammation consécutive à la rétention du sang menstruel; une ovarite supprurée du côté de l'utérus imperforé, suivie d'adhérences aux parois abdominales, de péritonite, puis d'un phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal et intermusculaire de l'hypogastre, de la vessie et de la cuisse, avait emporté la malade.

Le signe sensible qui caractérise cette disposition c'est l'abaissement du cul-de-sac vaginal d'un côté, suivi de l'apparition dans le même point d'une tumeur fluctuante, conséquence de la distension du col de l'utérus imperforé.

M. Rokitansky a fait connaître (*Zeitschrift der Gesellschaft der Ærzte zu Wien*, n° 33, 1859) une observation analogue à la précédente; l'atrésie se remarquait sur la moitié droite de l'utérus, et n'avait pas donné lieu à la perforation de la cloison. L'accumulation du sang dans cette moitié avait, du reste, produit une disposition analogue à celle qui vient d'être signalée. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Ærzte zu Wien*, 1860, n° 31.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

De l'état nerveux aigu et chronique, ou nervosisme, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc.; 1 vol. in-8°. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

On ne dispute point sur ce qui est clair. Le désaccord qui nous divise sur tant de points montre que la médecine a du chemin à parcourir encore pour justifier ses prétentions à devenir une science exacte. D'où vient cette lutte ? Est-il fatal qu'elle s'éternise ? La philosophie, pour y mettre un terme, indique un moyen facile : ne marcher qu'avec l'observation et l'expérience, ne tirer d'induction, n'asseoir de doctrine que d'après cette double lumière.

Il semble, toutefois, que les vrais principes commencent à gagner du terrain. Dans le champ récemment clos à l'Académie, la discussion sur le vitalisme, par exemple, n'a évidemment pas été sans fruit. Les concessions ont été mutuelles. Plus d'un adversaire, malgré l'apparence, s'est retiré avec des doutes de plus, avec des préventions de moins. En dehors des auteurs, il y a d'ailleurs le public qui juge; et, parmi ceux qui n'ont point de parti pris, presque tous ont senti la nécessité de compter davantage, soit les uns avec les phénomènes physico-chimiques, soit les autres avec cet impondérable biotique qui a nom la vie. Si brillantes, en effet, qu'aient été, de nos jours, les découvertes physiologiques et pathologiques, le domaine de l'inconnu est à peine effleuré; et, non moins qu'auparavant, il est indispensable, dans la théorie comme dans l'application, d'apporter une circonspection prudente.

Ces remarques naissent d'elles-mêmes à l'idée du sujet traité par M. Bouchut, et qui n'est pas sans affinité avec celui débattu à l'Académie. Les faits qu'il embrasse, pleins d'incertitude, échappent aux données rationnelles. On en a une preuve anticipée dans l'indéfini de la dénomination. Que caractérise le mot nervosisme ? L'auteur range, sous cette appellation, toute une série d'affections arbitrairement classées, accusant un état général de souffrance nerveuse, une lésion purement dynamique. Dans ces cas, où la vitalité est plus ou moins profondément atteinte, il y a sans doute quelque chose de modifié dans les organes. M. Bouchut l'avoue implicitement, puisqu'il localise dans les nerfs la cause des phénomènes. Jusqu'ici seulement l'exploration pendant la vie, ni l'inspection après la mort n'ont rien appris de positif sur la nature de ce changement morbide. Force est, dès lors, comme en beaucoup d'autres circonstances médicales, de s'en référer, pour la fixation dans le cadre nosologique, à l'analyse comparative des symptômes, pour la conduite thérapeutique, aux résultats minutieusement discutés des diverses méthodes curatives.

M. Bouchut a suivi cette voie. Ses recherches, remontant à plusieurs années, ont été produites pour la première fois à la Faculté de médecine dans un cours sur les névroses, en remplacement de M. le professeur Duméril. Exposées de nouveau en 1858, dans une lecture à l'Académie, où elles suscitèrent une vive controverse, elles ont fini, grâce à d'incessantes additions, et notamment à la réfutation des objections dont elles avaient été l'objet, par former la matière du volume que nous avons mission de signaler à l'attention de nos lecteurs.

La thèse se résout essentiellement en une question de diagnostic. M. Bouchut, à l'appui de son opinion, invoque la tradition et le raisonnement. L'idée d'attribuer à une condition spéciale du système nerveux ce qu'on a coutume de rapporter à une maladie organique des appareils dont les fonctions sont troublées, à une altération du sang, à la gastralgie, à l'hypochondrie, à l'hystérie, etc., n'est pas absolument nouvelle. On en retrouve des traces aux différentes époques, et plus particulièrement, à partir du dernier siècle, des auteurs distingués ont tenté de la faire prévaloir. Robert Whytt admet des sujets nerveux qui ne sont ni hystériques ni hypochondriaques. Lorry fait la même séparation, consacrée encore par Pomme et Viridet sous la désignation d'*affection vaporeuse*. La surexcitation nerveuse de Sandras, l'état nerveux de M. Gillebert d'Hercourt, la névropathie protéiforme de M. Cerise, les termes à peu près parallèles de Georget, Brachet et M. H. Girard, ne représentent également que des formes adéquates au nervosisme; et, assurément, il ne serait pas nécessaire de pousser loin l'investigation bibliographique pour multiplier les témoignages de ce genre. M. Bouchut, en somme, ne propose point un groupe morbide dont les éléments soient étrangers à la science; il s'est efforcé, en le précisant mieux, de le montrer sous son véritable aspect, et de lui conquérir, par la vulgarisation, une place qu'il n'a point eue jusqu'à présent dans les ouvrages classiques de pathologie.

Mais quels traits affecte le nervosisme? Par quels signes s'éloigne-t-il des espèces avec lesquelles on a coutume de le confondre? Les perturbations variées, incertaines, plus ou moins mobiles ou fixes portent sur le mouvement, la sensibilité, l'intelligence et les principales fonctions organiques. Suivant l'intensité et le développement, M. Bouchut reconnaît un état aigu et chronique suffisamment distinct pour motiver une description à part. Dans le premier, heureusement le plus rare, les malades, saisis d'un malaise fébrile avec courbature générale, sont obligés de garder le lit à cause de la faiblesse musculaire. Ils ont de l'inappétence, du dégoût, des nausées, quelquefois du ptyalisme, des vomissements aqueux, et presque toujours une constipation résistante. Quelques-uns ne peuvent soulever la tête de l'oreiller sans craindre une défaillance ou la syncope. Leur irritabilité est vive. Les odeurs, le bruit, la lumière leur causent des impressions intolérables. Si cette situation dure, l'amaigrissement ne tarde pas à faire des progrès, la chaleur de la peau augmente avec l'accélération du pouls, des douleurs névralgiques plus ou moins violentes et étendues se manifestent à la tête et dans les autres régions, il survient du délire, passager d'abord, puis continu, des hallucinations singulières, des anesthésies, des paralysies, de l'assoupissement, du coma, des convulsions. La mort, enfin, après deux ou trois mois, est fréquemment le résultat de ces souffrances inouïes.

Le nervosisme chronique, quoique non toujours inoffensif, se traduit avec des proportions moins menaçantes. Chez beaucoup de sujets il n'est, en quelque sorte, que l'exagération d'une diathèse constitutionnelle ou acquise. D'autres fois, *secondaire*, il succède à une affection grave ou à une cachexie invétérée. Dans tous les cas, la transformation est lente et graduelle. L'humeur se modifie, le caractère s'assombrit; il y a des conceptions bizarres, des caprices puérils, des dépravations instinctives, des alternatives de gaieté folle et de tristesse morose. Des sensations anormales et pénibles se révèlent en divers endroits. Tantôt ce sont des frissons,

puis des bouffées de chaleur, de la pesanteur de tête, des migraines, des étourdissements, des vertiges, des défaillances, des névralgies superficielles ou profondes. L'atonie musculaire est souvent excessive, et cependant il n'est pas rare que, sous l'empire d'une forte émotion, elle disparaisse momentanément d'une manière miraculeuse. Presque constamment le sommeil est mauvais et agité par des rêves. Rien de plus ordinaire, enfin, que l'anesthésie ou la paralysie partielles, la diminution et la perversion du toucher, de la vue, du goût, de l'odorat, de l'ouïe, les dérangements de la digestion, les étouffements, la toux spasmodique, les palpitations, etc.

Ces phénomènes ne se présentent pas tous à la fois chez le même malade. L'affection, d'un autre côté, peut subir des intermissions ou des rémissions variables. Parfois même, soit spontanément ou par l'intervention d'un traitement convenable, elle finit par se dissiper. Malheureusement, dans la majorité des cas, la persistance morbide amène un épuisement et des complications inévitablement funestes.

Cette simultanéité de symptômes excluait la pensée d'un siége circonscrit. On était conduit au même doute par leur évolution accidentée, et surtout l'absence locale de lésions dans les cas mortels. Les terminaisons favorables et le mode de traitement ajoutent à leur tour à ces présomptions négatives. Telle guérison imprévue ne se fût point opérée si le mal eût été fixe. On a vu de ces soudaines métamorphoses dans des nervosismes simulant une myélite avancée, une fièvre typhoïde, une paralysie générale. Mais alors où en placer la source? Dans les liquides ou la substance nerveuse? Nous avons dit, à cet égard, la conviction de M. Bouchut.

A l'Académie, néanmoins, sa doctrine, soutenue par le savant rapporteur de son mémoire, M. Gibert, rencontra de sérieux adversaires. M. Piorry ne saurait concevoir de troubles fonctionnels sans altération matérielle des organes. Pour M. Bouillaud, les exemples sur lesquels l'auteur s'appuie devraient être rapportés à la chloro-anémie. M. Beau ne les sépare point de l'hystérie et de l'hypochondrie, nuances si communément mélangées. M. Baillarger, inclinant pour la névropathie protéiforme de M. Cerise, déduit d'une longue analyse cette triple condition : la névrose existe seule ; elle est jointe à l'hypochondrie, et *vice versâ;* l'hypochondrie existe seule.

Dans sa réfutation, M. Bouchut englobe, en outre, d'autres opinions, notamment celles de Chomel, qui fait jouer le principal rôle à la gastralgie, et de M. Briquet, qui, sous le nom d'hystérie, confondrait des faits très disparates. Préjuger des lésions qu'on ne saurait constater n'est que pure hypothèse. Pour nier le dynamisme de certaines anomalies, connaissons-nous suffisamment le fonctionnement interne du cerveau et de ses dépendances? Ces raisons, opposées par M. Bouchut à M. Piorry, sont assurément judicieuses. Cependant la dissidence entre eux ne tiendrait-elle pas à un malentendu? Qu'il y ait je ne sais quel dérangement moléculaire des nerfs, cela est présumable; peut-être M. Piorry n'a-t-il pas compris autre chose.

L'interprétation de M. Bouillaud semble fondée dans une juste limite. M. Bouchut cite, en particulier, des nervosismes produits par des déperditions sanguines. Mais cette influence ne doit point être exagérée, la cachexie, chez beaucoup de malades, ou n'apparaissant pas ou ne progressant que d'une manière tardive.

Quant aux coexistences signalées par MM. Beau et Baillarger, notre confrère n'y saurait voir un motif péremptoire d'assimilation. Une affection peut en engendrer une autre sans se confondre avec elle. Il résulte, en effet, d'un parallèle exactement tracé que le nervosisme, l'hystérie et l'hypochondrie ont différentiellement leurs caractères propres, et peuvent se montrer isolément. Le sentiment de boule, la suffocation, la strangulation, les pleurs involontaires des hystériques ne figurent qu'exceptionnellement dans les observations mentionnées par M. Bouchut. Les appréhensions hypochondriaques naissent d'ailleurs fréquemment de circonstances directes, encéphaliques ou viscérales, lésions du cerveau, de l'estomac, etc.

Il suffit, chez des individus pusillanimes, quoique robustes, du moindre mal pour provoquer une anxiété ridicule. Un de ces colosses, à qui j'avais fendu et cautérisé à blanc un bouton de pustule maligne, manifestait encore longtemps après le danger passé une terreur panique. L'interrogeant ironiquement sur cette poltronnerie : « La maladie, dit-il, est le chemin de la mort. Me prescririez-vous les remèdes les plus répulsifs, je les avalerais. »

Le nervosisme peut prédominer, sinon se concentrer dans quelques appareils. En ce sens, on concevrait la gastralgie de Barras et de Chomel, si, dans leurs traités d'ailleurs très remarquables, ils n'eussent, comme le prouvent un grand nombre de leurs observations, rapporté exclusivement au ventricule des troubles relevant, pour la plupart, d'une névrose plus générale.

Reste M. Briquet. Nos lecteurs connaissent déjà les idées de ce laborieux confrère par le compte rendu tout récent que nous avons fait de son important ouvrage. Le reproche que lui adresse M. Bouchut nous semble au moins exagéré. Peut-être a-t-il eu le tort, en conservant un peu abusivement le nom d'hystérie, de trop enlever à cette cause morbide ; nous en avons nous aussi exprimé la crainte. Mais il a cédé évidemment aux mêmes vues que l'auteur du Traité du nervosisme. Ses efforts, comme les siens, tendent à rendre prépondérante la théorie dynamiste. Le mot diffère donc, non la chose. Pour les groupes particuliers de symptômes, convulsions, léthargie, désordres cérébraux, etc., il a eu soin enfin de préciser par un diagnostic sévère les cas où ils devaient être attribués, soit à une altération positive des organes, ou à une simple modification nerveuse et diffuse. Ajoutons que, par surcroît, la communauté doctrinale résulte de la conformité des principes thérapeutiques, tous deux insistant, selon l'occurrence, ou sur les tempérants et les sédatifs, ou sur les moyens propres à remédier à l'atonie nerveuse, ferrugineux, quinquina, exercices actifs, électricité, hydrothérapie. M. Briquet manifeste surtout une grande confiance dans la faradisation, M. Bouchut dans la méthode de Priestnitz, à laquelle il devrait de nombreuses cures. Les secousses morales sont également puissantes. Un malade à qui je donnais des soins dépérissait depuis plusieurs années par suite d'une langueur nerveuse. Épris d'une femme, il poursuit cette passion avec une ardeur fiévreuse, et pendant trois ou quatre mois que dura l'effervescence il jouit de la plénitude de ses forces.

Dans l'exposé des anomalies mentales, l'auteur s'élève contre une prétendue croyance des aliénistes, pour qui les hallucinations seraient un signe constant de folie. M. Bouchut ne nous a point compris. Il s'est laissé séduire par des appréciations dont il a méconnu la portée scientifique. Socrate, Numa, une foule de personnages religieux et politiques auraient été favorisés de révélations, d'intuitions, de visions surnaturelles. D'accord avec la tradition séculaire, doit-on voir là la marque d'une intervention divine, ou seulement l'effet d'une stimulation nerveuse? La science, à la vérité, incline vers cette dernière solution. Mais sa propension n'implique rien quant au dérangement intellectuel. L'hallucination est l'hallucination, et elle n'a de suites compromettantes que lorsque la foi qu'on y donne nous écarte de la raison commune ou des préventions accréditées. Il n'est aucun médecin mentaliste qui ne sache et ne proclame cette distinction. La question, dès lors, se réduit à ces termes, et c'est la seule que nous agitions : y a-t-il des sensations fausses sans folie? Or, l'affirmative n'est pas douteuse, puisque beaucoup d'hallucinés ont toujours eu conscience des étranges phénomènes qu'ils éprouvaient. Mais la pente est facile, et tel qui a résisté à la fascination y cède à la longue ou passe par les alternatives douloureuses de la persuasion et du doute. En un mot, la croyance n'est qu'un incident, incident grave, puisque l'avenir en dépend!

Pour revenir au sujet, le livre de M. Bouchut a sur les écrits analogues l'avantage de poser nettement la question, d'en marquer les limites, et de ne pas permettre à la discussion de s'égarer. Le terme significatif de nervosisme est une de ces qualifications heureuses dont l'acception tout entière est aisément saisie. En faisant ressortir les nuances séparatives, il ouvre, selon nous, la voie à une conciliation d'autant plus vraisemblable que le mouvement des opinions décèle une convergence évidente. Au fond, MM. Cerise, H. Girard, Briquet ne poursuivent pas un autre dessein que M. Bouchut. Quel que soit, au surplus, le sort de l'idée théorique, il n'en restera pas moins une étude approfondie, appuyée sur de nombreux faits, et

féconde en résultats pratiques. Le livre réflète d'ailleurs, au point de vue de la composition, cette clarté méthodique et cette abondance naturelle qui distinguent toutes les productions de l'auteur. L'impression qu'il a produite d'abord présage un succès définitif. Son rang est marqué honorablement à côté du TRAITÉ DE L'HYSTÉRIE de M. Briquet, deux œuvres se prêtant un mutuel appui au profit de la même cause!

DELASIAUVE.

VI

VARIÉTÉS.

Par décrets des 18 u 19 septembre 1860, ont été promus et nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent:

Officier. — M. Rustan de Vérac.

Chevaliers. — MM. Potier Duplessy, médecin-major de 2e classe au 1er bataillon d'infant. légère d'Afrique; Peret, médecin-major de 2e classe au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; Gailhard, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de chasseurs; Claudel, médecin major de 2e classe au 2e chasseurs d'Afrique; Coindet, médecin-major de 2e classe au 2e régiment de spahis; David de l'Estrade, médecin-major de 2e classe au 1er escadron du train d'artillerie ; Bouffar, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bastia; Castex, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran, détaché à Tanger (Maroc); Jullier pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Mostaganem ; De Montèze, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bastia ; et Dupuy, médecin en chef de l'hôpital civil d'Oran.

— L'assemblée générale des médecins faisant partie de la Société locale du département du Nord, annexée à l'Association générale, a eu lieu le 14 de ce mois à Lille. La commission administrative a reçu les adhésions de MM. les docteurs Duriau, Caille, Mulle, Arrachart, Rey, Lernout, et de MM. Piedanna, Monier, Vanuxem et Hoornaert.

— Les médecins du département de la Dordogne, réunis le 14 de ce mois à Périgueux, ont décidé la formation d'une Société locale agrégée à l'Association générale. Cette Société qui compte quarante-quatre adhérents, a ainsi constitué son bureau :

Président (candidat présenté au choix de l'Empereur), M. le docteur Bardy-Delisle, maire de Périgueux ; *vice-président*, M. Galy ; *secrétaires*, MM. Guibert et Guichemerre; *trésorier*, M. Signy.

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École de médecine d'Alger, s'ouvrira le 5 novembre prochain. Sont admis tous les étudiants en médecine *régulièrement* inscrits devant les Facultés et écoles préparatoires.

Les émoluments attachés à l'emploi sont de 600 fr. par an.

— La place de chef des travaux anatomiques. avec appointements de 1,000 fr. par an, est aussi vacante à la même école, par suite de la démission du titulaire, M. le docteur Jules Ehrmann.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« Par décision du 12 octobre 1860, le ministre de l'instruction publique a autorisé l'acquisition des bâtiments du Gruneck, situés en face de l'hôpital civil. Ces bâtiments seront démolis, et un nouvel édifice sera construit pour la Faculté de médecine. Pour l'exécution de ce projet, M. le ministre accorde un concours de 60,000 fr.

— Un concours s'ouvrira le 26 novembre prochain à Strasbourg, pour la place de chef des cliniques de la Faculté La durée des fonctions du chef des cliniques est de six années; le traitement est de 1,400 fr., avec logement à l'hôpital civil. Les épreuves consistent en une composition écrite et en leçons cliniques. — Pour se présenter au concours, il faut justifier du titre de docteur en médecine dans une des trois Facultés de l'empire.

— En 1858, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ont réuni 879 élèves; les trois Facultés de médecine en ont compté 1392. Si le nombre des étudiants a été peu élevé dans quelques écoles préparatoires, il a été plus faible encore dans plusieurs Facultés des sciences et des lettres.

La Faculté des sciences de Lille a compté 11 élèves inscrits ; celle de Lyon 8, de Bordeaux 5, de Marseille 4, de Montpellier 2, de Grenoble 1.

La Faculté des lettres de Bordeaux a eu 4 élèves inscrits; celle de Nancy 3, de Clermont 2, de Besançon 1.

Les Facultés de droit ont réalisé une recette de 1,115,647 fr.; les Facultés de médecine, de 541,531 fr.; les Facultés des sciences, de 344,174 fr.; les Facultés des lettres, de 452,686 fr. Les principales recettes ont pour origine la collation des grades; les inscriptions pour les Facultés de droit et de médecine forment environ le tiers de la recette; pour les facultés des sciences, elles n'ont produit que 4,500 fr.

Les écoles préparatoires ont reçu, en 1858, 94 officiers de santé, 95 pharmaciens, 343 sages-femmes, et 20 herboristes.

— MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique aura lieu le samedi 3 novembre, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE. — 4e livraison. Études endiométriques sur les muscles et les nerfs, par *Valentin*. — Études de diagnostic physiologique, par *Gerhardt*. — Sur l'iodisme et la cachexie goîtreuse, par *Röser*. — Action du chlorure de sodium sur les vaisseaux, par *Hoppe*. — Influence des affections valvulaires du cœur sur la quantité d'urine sécrétée, par *Kühner*. — Trachéotomie dans un cas de croup laryngé, par *Schmidt*.

BRITISH JOURNAL OF DENTAL SCIENCE. — Vol. III. — N° 44. L'électricité et les appareils électro-physiologiques, par *Hearder*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 1094 et 1095. Comptes rendus et revues. — 1860, nouvelle série, t. I. — N° 1. Fracture compliquée du crâne, par *James*. — Ulcération phagédénique de la gorge. — 2. Plaie du cuir chevelu, suivie d'érysipèle, par *Croly*. — 3. Sur l'anthrax, par *Blackley*. — 4. Maladies de la prostate, par *Hughes*. — 5. Leçons sur les maladies des yeux, par *Jacob*. — 6. Maladies de la prostate (suite). — Sur les formations pyogéniques, par *Hargrave*. — 7. Maladies des yeux (suite). — 8. Revues. — 9. (Manque.) — 10. Maladies de la prostate (suite). — 11. Maladies des yeux (suite). — 12. Maladies de la prostate (suite).

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Novembre. Sur la trachéotomie dans le cas de croup, par *Conway-Evans*. — Cornes chez l'homme, par *Edwards*. — Clinique chirurgicale, par *Spence*. — Décembre. (Manque.) — 1800. — Janvier. Maladie et mort d'Alison, par *Newbigging*. — Cas de tumeur du cerveau, par *Wood*. — Adhérence du voile du palais au pharynx, par *Turner*. — Observations diverses, par *Fair*. — Trachéotomie (suite). — Empoisonnement par l'acide carbonique suivi de guérison, par *Thomson*. — L'acupressure, nouvelle méthode hémostatique, par *Simpson*. — Février. (Manque.) — Mars. Sur quelques modifications journalières de l'urine, par *Roberts*. — Leucorrhée utérine des vieilles femmes, par *Duncan*. — Clinique ophthalmologique, par *Bell* et *Watson*. — Cas de pyémie avec *typhus fever*, par *Milroy*. — Tumeur hydatique et abcès du foie, par *Culland*. — Avril Contributions à l'histoire naturelle de la paralysie générale, par *Skae*. — Modifications de l'urine (suite). — Traitement rationnel du delirium tremens, par *Dunglison*. — Abcès abdominal avec mortification étendue; guérison, par *Young*. — Mai. Cas de rupture de la vessie, par *Spence*. — Fréquence du coup de soleil, etc., par *Cordon*. — Trachéotomie dans le croup, par *Evans*. — Sur une forme particulière d'obstruction artérielle, par *Bramwell*. — Sur l'*aurengzebie* ou ulcère de Delhi, par *Balfour*.

EDINBURGH MEDICAL PRESS. — N° 13. Maladies de la prostate (suite). — Cancer de la glande pinéale. — 14. (Manque.) — 15. Traitement de la phthisie, par *Kennedy*. — Efficacité des injections iodées dans le traitement de la fistule à l'anus, par *Mac-Cormac*. — 16. Maladies des yeux (suite). — Sur les dents surnuméraires, par *L'Estrange*. — Cas d'ascite, par *Croskery*. — 17. Maladies de la prostate (suite).— Sur l'inflammation phlegmoneuse du bras droit, par *Smith Chartres*. — Cas de glaucome, par *Cusack*. — 18. Inflammations et abcès de la glande mammaire, par *Mac-Clintock*. — 19. Trois cas d'affections cérébrales, par *Murney*. — 20. Sur le traitement de l'anévrysme axillaire, par *Syme*. — 21. Nouveau bain d'air chaud, par *Gore*. — 22. Revues.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 2 NOVEMBRE 1860. N° 44.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Les décrets impériaux ci-après ont été rendus le 24 octobre 1860, sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes :

Art. 1er. — Les écoles universitaires de théologie, de droit, de médecine et de pharmacie établies à Chambéry, Nice, Annecy, Saint-Jean-de-Maurienne, Moutiers, Bonneville et Thonon, sont et demeurent supprimées.

Art. 2. — Les professeurs et fonctionnaires des différentes écoles ci-dessus spécifiées, rétribués par l'État, sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite pour motif de suppression d'emploi.

— Le diplôme de docteur en médecine, obtenu avant le 1er janvier 1861, près les universités sardes, par les jeunes gens originaires des provinces annexées à la France et qui, par suite de cette annexion, sont devenus Français, est déclaré, à titre gratuit, équivalent au diplôme français de docteur en médecine, et confère aux titulaires les droits et prérogatives attachés en France à ce diplôme.

— Art. 1er. — Le diplôme de pharmacien, obtenu avant le 1er janvier 1861, près les universités des États sardes, par les jeunes gens originaires des provinces annexées à la France, et qui leur confère la faculté d'exercer la pharmacie dans toute l'étendue du royaume sarde, est déclaré équivalent au diplôme français de pharmacien de 1re classe, et confère aux titulaires les droits et prérogatives attachés en France à ce diplôme.

Art. 2. — Le diplôme de pharmacien obtenu dans les conditions précédentes, près l'École universitaire de Chambéry, et qui confère la faculté d'exercer la pharmacie dans la province de la Savoie, est déclaré équivalent au diplôme français de pharmacien de 2e classe, et confère aux titulaires les droits et prérogatives attachés à ce diplôme, avec la faculté exceptionnelle d'exercer la pharmacie dans les deux départements de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Art. 3. — Le diplôme de pharmacien obtenu dans les mêmes conditions, près l'École universitaire de Nice, et qui confère la faculté d'exercer la pharmacie dans la province de Nice, est déclaré équivalent au diplôme français de pharmacie de 2e classe, et confère aux titulaires la faculté d'exercer dans le seul département des Alpes-Maritimes.

— Les étudiants des provinces annexées à la France, devenus Français par suite de cette annexion, et qui sont en possession d'une bourse du gouvernement sarde au collége royal Charles-Albert pour prendre leurs grades près les facultés de théologie, de droit, de médecine et des sciences de Turin, sont autorisés à continuer à jouir de cette bourse jusqu'à l'entier achèvement de leurs études.

Les diplômes qui leur seront conférés par les facultés ci-dessus spécifiées, seront déclarés, à titre gratuit, équivalents aux diplômes français correspondants, et conféreront aux titulaires les droits et prérogatives attachés en France à ces derniers diplômes.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 1er novembre 1860.

Société médicale du Haut-Rhin : PARALYSIE CONSÉCUTIVE A L'ANGINE DIPHTHÉRIQUE. — TRAITEMENT DE LA SURDITÉ PAR LES INSTILLATIONS D'ÉTHER; UN SERMON DE LA *Gazette médicale de Strasbourg*. — *Société de biologie :* CAS DE PELLAGRE SPORADIQUE. — CAS DE PARALYSIE ALTERNE. — SUR CERTAINES ALTÉRATIONS DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE, EN RAPPORT AVEC DES AFFECTIONS CÉRÉBRALES : M. DE GRAEFE.

Presque en même temps que la question du rôle des angines dans la production de divers accidents paralytiques était portée devant la *Société médicale des hôpitaux* (voyez le dernier numéro, p. 699), le docteur Marquez (de Colmar) communiquait à la *Société médicale du Haut-Rhin* (séance du 7 octobre) quatre observations de paralysie consécutive à des angines non diphthériques. Ces observations sont publiées par la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (numéro du 22 octobre).

Ainsi que le dit l'auteur en voulant bien rappeler quelques-unes de nos remarques, dans l'ignorance où l'on est encore relativement au lien étiologique de l'angine et de la paralysie, il importe de bien distinguer ici les angines simplement inflammatoires des angines marquées d'un caractère septique, les unes et les autres devant ou pouvant exercer des influences diverses sur le système nerveux. Sous ce rapport, deux des cas observés par M. Marquez, quoique exempts de diphthérie proprement dite, ont néanmoins une significa-

tion fort analogue à celle des angines pseudo-membraneuses, en ce que le cachet de la septicité y avait été empreint par la formation de plaques gangréneuses sur un des piliers du voile du palais (obs. I) et sur une amygdale (obs. II). Dans le premier de ces cas, relatif à une jeune fille de dix-sept ans, après la guérison locale, « il est resté de l'inertie dans les mouvements du voile du palais, du nasonnement et de la dysphagie; altérations fonctionnelles qui s'étaient déjà montrées pendant la période d'état de la maladie, et qui persistèrent quelque temps encore avec une intensité irrégulière et capricieuse. » Dans le second cas, le sujet, petite fille de sept ans, paraissait bien guéri depuis une quinzaine de jours quand on s'aperçut que la vue était altérée. « Il y a de l'amblyopie avec une presbytie. A 10 ou 12 mètres de distance, l'enfant déchiffre le numéro d'une maison; un livre à la main, elle ne peut en distinguer les caractères, à moins que ceux-ci n'aient des dimensions colossales. Quand elle écrit, elle va traçant, sans les voir bien, des lettres gigantesques. Un gros point noir sur un fond blanc, c'est un rond, un cercle blanc au centre; par contre, dans un O, le blanc du centre disparaît, et cet O devient un point tout noir. En même temps que la vue s'altérait ainsi, la petite malade a accusé des douleurs sus-orbitaires irrégulières et peu intenses. » M. Stœber a constaté à l'ophthalmoscope que les milieux de l'œil étaient parfaitement sains.

Dans les deux observations qui concernent l'angine inflammatoire, le mal de gorge n'a pas été observé par le médecin. Pour la première (obs. III), on sait seulement qu'il « n'a eu ni importance, ni durée. » Le malade, garçon de onze ans, a été présenté à M. Marquez pour un *prolapsus* de la paupière supérieure de l'œil gauche, survenu *quelques jours* après la guérison de l'angine. La paupière est saine d'ailleurs, ainsi que l'œil. Pas de strabisme. Pour le second cas (obs. IV), il résulte des renseignements pris, qu'il s'est agi d'une amygdalite suppurée; « l'inflammation doit avoir été surtout intense à droite, où l'on remarque encore vers la partie supérieure du pilier antérieur une petite perforation de forme oblongue dans le sens vertical, et pouvant mesurer 2 millimètres dans son plus grand diamètre. » L'auteur ne regarde pas cette lésion comme susceptible de produire les accidents survenus *trois ou quatre jours* après qu'on eut constaté une amélioration générale et locale. » Ces accidents consistent en de la dysphagie, le reflux des boissons par les narines et le nasonnement. Il y a, d'ailleurs, affaiblissement de la vue et diplopie.

Tous les sujets ont guéri des accidents paralytiques; le premier par le seul effet du régime diététique; les deux autres après l'emploi d'un traitement fortifiant et de la strychnine. Chez l'enfant atteint de prolapsus de la paupière, la strychnine a été administrée par la méthode hypodermique; l'injection a été faite au moyen de la seringue Pravaz, un peu au-dessous de l'arcade orbitaire et en suivant la direction du muscle paralysé.

C'est aller trop loin, suivant nous, que de considérer avec quelques auteurs la paralysie du voile du palais consécutive à l'angine comme indépendante de la paralysie généralisée, et comme liée uniquement à des conditions locales. La cause inconnue de la paralysie qui frappe quelquefois l'ensemble du système nerveux pouvant s'exercer parfois sur des parties très circonscrites du système nerveux, comme sur les nerfs de l'orbite, on ne voit pas pourquoi elle ne porterait pas exclusivement sur ceux du pharynx et des piliers du voile du palais. Toutefois, il est certain que des paralysies limitées à ces derniers organes ne sont pas les meilleurs exemples, ni la meilleure démonstration, qu'on puisse produire de l'influence générale dont il s'agit, puisque l'action directe de l'affection locale peut toujours être soupçonnée. Mais dans les faits rapportés par M. Marquez, il en est trois où les troubles nerveux portaient sur les fonctions de l'œil ou de ses annexes. Il paraît dès lors difficile de ne pas les admettre dans le groupe des paralysies consécutives à l'angine, et de ne pas reconnaître par là même que ces paralysies peuvent naître d'angines non diphthériques. Faut-il pour cela créer une *espèce* particulière de paralysies qu'on désignerait par le nom générique d'*angineuses?* Nous ne le pensons pas. Avec M. Gubler, il nous semble que les paralysies dont l'angine, pseudo-membraneuse ou non, est le point de départ, ne présentent pas dans leurs symptômes et dans leur marche une spécificité marquée; et si elles ressemblent à celles qu'on voit parfois précéder d'autres maladies, comme la variole ou la scarlatine, il est évident qu'il n'y a pas lieu de leur faire une place à part dans la nosologie.

— Puisque nous avons en main la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, son rédacteur en chef, qui publie une note *sur le traitement de la surdité par les instillations d'éther sulfurique dans les oreilles*, nous permettra de lui dire que relever à cette occasion dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE une substitution de mots due manifestement à une faute typographique, et que nous avons rectifiée en tête du numéro suivant (n° 19), n'est ni de bonne guerre ni d'une prudence parfaite. Nous en avons vu bien d'autres chez notre sœur du Bas-Rhin depuis que nous avons le plaisir de la lire! On souhaiterait surtout que, dans un article destiné à faire la leçon à quatre ou cinq journaux, un si riche fond de sévérité eût un peu plus profité à l'élévation et à la sûreté des vues scientifiques. « Une méthode *sévère* est *particulièrement indispensable,* dit notre confrère, dans *toutes* les recherches thérapeutiques. » En conséquence, sans se soucier d'un *diagnostic minutieux*, il pose un *diagnostic général*. Lequel? « On entend ou on n'entend pas; on entend mal ou médiocrement; *cela suffit*. » Voilà le diagnostic! Et dans ces conditions précises, combien notre confrère a-t-il fait d'expériences? *Plusieurs*. « Nous en avons *répété plusieurs* »; c'est un pléonasme du typographe de la GAZETTE DE STRASBOURG. Quant à des expériences, l'auteur y a bien consacré quinze lignes sur ses quatre colonnes d'admonitions. « Quelques malades n'ont accusé aucune amélioration : chez d'autres l'effet favorable a été très évident. » Ce qui nous a légèrement surpris, c'est de trouver déterminées dans une sorte de conclusion les espèces de surdités qui se prêtent à l'emploi de l'éther. « Notre opinion sur les instillations d'éther dans les cas de *surdité chronique inflammatoire congestive*, ou (au lieu de *et*, faute de typographie) par *défaut d'innervation* reste favorable. » Il paraît que le diagnostic est bon à quelque chose. Notre collègue, à qui il ne manque qu'un peu d'indulgence, a donné trop de preuves de son bon esprit pour rester fidèle aux singuliers préceptes de sa note.

— Il n'existe plus de doute aujourd'hui sur l'existence de la pellagre sporadique, depuis les faits observés à l'hôpital Saint-Louis par MM. Gibert, Roussel, Devergie, et ceux qu'ont plus récemment publiés MM. Marotte et Landouzy (1). Néanmoins les cas de ce genre sont trop rares pour que nous

(1) M. Landouzy vient d'insérer sur ce sujet, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, un travail dont nous rendrons compte.

laissions passer sans le mentionner celui que M. Lancereaux vient de communiquer à la *Société de biologie*. Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, entrée à l'hôpital de la Pitié le 29 août dernier, n'ayant jamais mangé de maïs et malade seulement depuis six ans.

D'abord troubles du côté des fonctions digestives, anorexie, diarrhée; puis érythème avec gonflement du dos des mains, survenant à chaque printemps, se terminant à l'automne par des squames qui persistaient durant tout l'hiver pour être remplacées par l'érythème au printemps suivant. Tristesse habituelle depuis le début de la maladie, délire en 1856, à l'occasion d'une frayeur déterminée par une explosion de gaz dans la maison qu'elle habitait. Quinze jours plus tard, la malade entre à la Salpêtrière, où l'on diagnostique une mélancolie. Elle en sort après un séjour de sept mois, et depuis cette époque le délire n'a reparu que très rarement. Hémoptysies durant son séjour à la Salpêtrière. Depuis un an, toux légère sans expectoration, faiblesse générale, tristesse excessive; perte complète de l'appétit, et principalement depuis six mois.

Ces symptômes existent encore à son entrée à la Pitié; la malade a, en outre, des vomissements à plusieurs reprises, de la constipation dans les quinze premiers jours, de la diarrhée dans les quinze derniers.

A part la tristesse et la lenteur des réponses, il n'existe aucun trouble cérébral, les idées sont nettes, la mémoire assez bien conservée; pas de paralysie.

Squames assez épaisses sur le dos des mains et sur le front, coloration grisâtre sur quelques points.

Dans les derniers jours, râles dans la poitrine, épuisement.

Mort le 22 septembre.

A l'*autopsie*, on trouve les os du crâne épaissis et plus vasculaires que de coutume; une fausse membrane transparente et rougeâtre étendue sur l'arachnoïde viscérale, à laquelle la reliaient quelques prolongements, mais séparée d'elle par une couche de liquide séreux; des infiltrations tuberculeuses dans les poumons; un état gras du foie, et de nombreuses ulcérations transversales de l'intestin grêle.

Il manque plus d'un trait à cette observation pour en faire un type de pellagre. On n'y voit pas signalés l'amincissement, l'état parcheminé, la couleur brune de la peau, ces caractères enfin de la *peau anserine*, qui appartiennent d'ordinaire à une affection pellagreuse déjà ancienne. Sous ce rapport, l'observation de M. Roussel (*De la pellagre*, 1845, p. 325), celle de M. Gibert (*ibid.*, p. 341), celles de M. Marotte, la seconde surtout (*Actes de la Société des hôpitaux de Paris*, 1er fascicule, p. 50, et 2e fascicule, p. 54), sont plus significatives. Néanmoins, dans le cas relaté par M. Lancereaux, la marche périodique de l'affection, l'influence qu'elle recevait des saisons, la coïncidence de l'érythème chronique et intermittent avec l'hypochondrie, la chute de plaques épidermiques, sont des circonstances dont l'ensemble non-seulement appartient à la pellagre, mais n'appartient qu'à elle.

— A la même société, M. Hillairet a lu un cas *d'hémorrhagie de la protubérance annulaire* propre à appuyer, comme l'avait fait une autre observation déjà communiquée par l'auteur, il y a quelques mois, les idées émises presque simultanément et à l'insu l'un de l'autre (1), par MM. Gubler et Millard, sur la cause anatomique de la paralysie *alterne*, c'est-à-dire de cette paralysie qui, ayant pour origine une lésion unique dans le centre nerveux, se distribue en quelque sorte comme les feuilles dites *alternes*, portant sur les deux côtés du corps à la fois, mais à des hauteurs différentes. D'après cette doctrine, confirmée par une observation de M. Foville fils (*Gaz. hebd.* 1859, p. 146), l'alternance de la paralysie dépend de ce que la lésion atteint à la fois des filets nerveux déjà décussés et des fibres nerveuses avant leur entrecroisement. Or, l'altération qui amènera ce résultat sera celle qui siégera près du point d'émergence des nerfs intra-crâniens, parce que c'est là qu'elle aura chance d'atteindre des filets ayant franchi le point de décussation, tout en frappant sur la source commune des irradiations nerveuses; et c'est pour cela que la paralysie alterne est surtout produite par les lésions de la protubérance annulaire. Dans le nouveau fait qu'on doit à M. Hillairet, toute la partie antérieure du mésocéphale était saine; mais son centre était occupé par un caillot de formation récente envahissant les étages moyen et inférieur, et s'arrêtant à 3 millimètres environ de la face antéro-inférieure. L'épanchement pénétrait profondément dans la substance du pédoncule cérébelleux moyen droit et se prolongeait, à un demi-centimètre près, jusqu'au point d'immersion de ce pédoncule dans la masse cérébelleuse. Le cerveau, le cervelet et le bulbe rachidiens étaient intacts. Le nerf facial droit ne présentait rien de particulier. La paralysie avait occupé la moitié droite de la face, la moitié gauche du tronc et les membres gauches.

A. Dechambre.

Encore à la *Société de biologie*, M. A. de Graëfe, professeur d'ophthalmologie à Berlin, a communiqué, dans la séance de samedi dernier, le résultat de ses recherches concernant certaines altérations de la rétine et du nerf optique, qui se montrent en connexion avec diverses affections du cerveau. Nous croyons utile d'indiquer, en quelques mots, les points qui nous ont le plus frappé dans cette communication importante, et qui intéresse au même degré l'ophthalmologie et la médecine proprement dite.

Un individu hémiplégique, dément en grande partie et atteint, en outre, d'une paralysie de la septième paire, de convulsions épileptiformes à retours périodiques, était affecté de cécité complète avec dilatation très prononcée des pupilles. L'examen ophthalmoscopique donna les résultats suivants. La papille du nerf optique était bombée et formait en avant de la rétine une saillie irrégulièrement hémisphérique. Sa substance paraissait opaque, rouge, injectée et parsemée çà et là de petits foyers apoplectiques. Au pourtour de la papille, dans une étendue de 2 à 3 millimètres, la rétine était opaque, injectée comme la papille elle-même. La nécroscopie ayant été pratiquée, on trouva dans le crâne une tumeur sarcomateuse, qui comprimait l'hémisphère opposé au côté paralysé. Les troncs des nerfs optiques étaient parfaitement sains, mais la papille était altérée; on y reconnaissait une infiltration séreuse et en même temps une hypertrophie du tissu cellulaire interstitiel; quant aux éléments nerveux, ils avaient été comprimés et avaient subi conséquemment une atrophie très prononcée. Les mêmes phénomènes ophthalmoscopiques et les mêmes altérations de la papille optique ont été rencontrés par M. de Graëfe dans trois autres cas, où, comme dans le précédent, une tumeur intra-crânienne volumineuse comprimait et aplatissait fortement la masse encéphalique. C'est à cette compression de l'encéphale et à la stase veineuse qui en est la conséquence, que doivent être rapportées, suivant M. de Graëfe,

(1) Voy. les Tables de la *Gazette hebdomadaire*, années 1855, 1856, 1858 et 1859, aux mots Paralysie alterne.

l'infiltration séreuse, et plus tard l'hypertrophie des éléments celluleux de la papille optique et des parties adjacentes de la rétine. Quoi qu'il advienne de cette explication, les faits, quant à présent, paraissent indiquer qu'une relation existe entre l'état particulier de la papille optique dont il vient d'être question, et la compression de l'encéphale déterminée par une tumeur intra-crânienne volumineuse.

Des altérations de la rétine et du nerf optique qui n'ont rien de commun avec les précédentes, mais qui, comme elles, peuvent amener rapidement la cécité, se rencontrent dans certains cas de cérébrite, alors même que cette affection présente l'évolution rapide propre aux maladies aiguës. Ici les lésions du nerf optique et de la rétine accusent un travail inflammatoire. La papille n'est pas seule altérée, le tronc lui-même est atteint dans toute son étendue. L'inflammation paraît débuter à l'extrémité cérébrale du nerf, qui la reçoit, si l'on peut ainsi dire, du cerveau et la transmet ensuite de proche en proche jusqu'à la rétine. Celle-ci est en dernier lieu bientôt envahie dans les parties centrales d'abord, puis à la périphérie.

Cette rétinite diffuse consécutive à une *névrite descendante*, produit, on le conçoit, très rapidement une cécité complète, double ou unilatérale suivant les cas. Tant que l'altération reste bornée à l'encéphale et qu'elle n'intéresse pas encore directement le nerf optique ou la rétine, il n'y a pas, à proprement parler, de cécité. Le seul trouble de la vision qu'on puisse observer alors, c'est l'hémiopie mono ou bi-latérale. Il en est de même dans les cas où un foyer hémorrhagique, ou toute autre lésion circonscrite, siége soit dans un des corps striés, soit dans une des couches optiques sans intéresser directement les nerfs optiques ou la rétine : en pareille circonstance il n'y a jamais cécité ; l'amblyopie hémiopique mono ou bi-latérale et symétrique s'observe au contraire très communément. Ce dernier fait a, depuis longtemps, conduit M. de Graëfe à partager l'opinion de Wallaston concernant la semi-décussation des nerfs optiques. J.-M. C.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la digitale. — Nouvelles considérations sur l'action et les propriétés thérapeutiques de ce médicament, par le docteur Germain, médecin adjoint des hospices de Château-Thierry.

(Suite et fin. — Voir le numéro 42.)

Deuxième partie. — Théorique et pratique.

Lorsqu'une fibre musculaire est distendue outre mesure, la force de contraction diminue en proportion de l'excès de distension ou à peu près. C'est là un fait qui a été démontré par de nombreuses expériences physiologiques, et qui est vrai pour le cœur aussi bien que pour les autres muscles de l'économie. Un autre fait encore démontré expérimentalement par les physiologistes, c'est qu'*une fibre musculaire, en vertu même de sa parfaite élasticité, peut être portée à un haut degré de distension sans pour cela perdre la faculté de se contracter ultérieurement.* Les traités de physiologie s'étendent longuement sur les nombreuses expériences qui servent à constater ces propriétés de la fibre musculaire, et les observations que j'ai faites à la suite de vivisections sur certains animaux, mettent ces vérités hors de doute en tant qu'appliquées aux fibres musculaires du cœur.

Les grenouilles, les anguilles, mais surtout à cause de leurs dimensions, les chiens de mer, poissons si communs sur nos côtes, se prêtent très bien à ces expériences, qu'il est presque impossible d'exécuter avec succès sur les animaux à sang chaud. Chez ces derniers, l'activité de la respiration ne permet pas à la vie de persister longtemps après l'ouverture de la cage thoracique, tandis que chez les chiens de mer, la respiration n'étant nullement empêchée par l'ouverture du péricarde, et cette ouverture se faisant facilement et sans occasionner de grands désordres, les fonctions du cœur se continuent longtemps avec intégrité après qu'on a mis cet organe à découvert.

Chez les squales, dont le cœur est unique et situé sur le trajet du sang veineux, lorsque j'opposais un obstacle à la sortie du sang par l'orifice ventriculaire, voici ce que j'observais : l'oreillette continue à envoyer le sang dans le ventricule, et celui-ci, en vertu de l'extensibilité des fibres musculaires, continue à le recevoir, en sorte que, ne pouvant s'en débarrasser à cause de l'obstacle, il ne tarde pas à se distendre au point que ses parois amincies laissent parfaitement apercevoir le sang qu'elles renferment. En suivant attentivement ce qui se passe pendant cette période de distension, il est facile de se convaincre que la force de contraction diminue à mesure que le ventricule augmente de volume, ce qui est conforme à la loi énoncée plus haut. Cette distension du ventricule n'est possible et ne se produit qu'en vertu de la parfaite élasticité des fibres musculaires. En même temps que son volume augmente, ses contractions affaiblies se rapprochent, et les battements deviennent de plus en plus rapides. Chaque contraction, dans ce cas, est saccadée, ou plutôt se compose d'une série de tentatives de contractions incomplètes, qui ne parviennent pas à vider complétement le cœur. Plusieurs de ces saccades correspondent à une seule contraction de l'oreillette, et comme elles ne se font pas d'une manière régulière, c'est probablement là la cause de l'irrégularité, de la fréquence et de la petitesse du pouls (1).

Examinons maintenant quels sont les obstacles qui, chez l'homme malade, s'opposent ordinairement au fonctionnement régulier du cœur. Pour que cet organe se contracte efficacement, c'est-à-dire de telle sorte que le ventricule puisse se vider entièrement, il faut que le sang qu'il contient passe tout entier dans le système artériel. Au contraire, il ne se videra qu'incomplétement s'il existe des obstacles à sa sortie. Or, ces obstacles sont de deux sortes, et se trouvent toujours réunis dans certaines maladies du cœur : la première consiste dans un rétrécissement de l'orifice aortique ; la seconde, qui n'est que la conséquence de la première, consiste dans la trop grande plénitude du système artériel. Quand

(1) Les squales sur lesquels j'ai fait mes expériences présentent une disposition anatomique particulière. Grâce à elle, l'observation constate avec une grande facilité que la contraction des oreillettes est précédée de la contraction des veines caves, si je puis me permettre de donner ce nom à la portion des sinus veineux latéraux qui aboutissent au cœur. Cet organe étant situé sur la ligne médiane, les veines caves qui sont symétriques se dirigent de chaque côté vers lui en décrivant une demi-arcade qui, réunie à celle du côté opposé, forme une arcade complète. Or, par le fait même de la diminution du calibre des vaisseaux veineux pendant leur contraction, le diamètre de l'arcade augmente, ce qui rend très facile à observer le moindre mouvement de contraction des veines caves.

Ainsi, chez ces animaux, la série des mouvements qui constitue une contraction du cœur se compose de la contraction successive de trois organes distincts. En observant attentivement les mouvements des veines caves, j'ai cru observer qu'elles n'entraient en contraction qu'au moment où, par suite de l'arrivée incessante du sang, elles étaient parvenues à un certain degré de distension. Pour la contraction de ces organes, on ne peut invoquer un effet réflexe provenant de l'impression du sang sur la membrane interne, puisque, aussitôt que la contraction a cessé, le sang recommence à y affluer lentement. Si la cause de la contraction des veines caves est un sentiment de plénitude de ces organes, ainsi qu'il m'est manifestement apparu, ne pourrait-on pas invoquer cette même cause pour point de départ de la contraction des autres cavités du cœur ? Si les différentes cavités du cœur se contractaient en vertu de cette cause, la même pour toutes, on trouverait là une explication bien simple des mouvements rapides et saccadés de cet organe dans les cas de rétrécissement. Le ventricule, ne pouvant se désemplir, se trouve toujours dans un état de distension suffisant pour provoquer par action réflexe un mouvement de contraction. Aussi, comme je l'ai déjà dit, à une seule contraction de l'oreillette correspondraient plusieurs contractions du ventricule, comme cela avait lieu dans mes expériences, ce qui expliquerait l'irrégularité des mouvements perçus par la palpation du pouls et l'auscultation, irrégularité qui n'existerait que quant au ventricule, l'oreillette continuant à se contracter régulièrement ou à peu près. Je noterai ici que, d'après mes vivisections sur les chiens de mer, il m'est resté la conviction que la cause des battements du cœur contre la paroi thoracique était celle signalée par Senac ; l'augmentation de la pression dans l'intérieur d'un tube courbe et rempli de liquide tend à le redresser. Au moment de la contraction, la courbure aortique se redresse, et la pointe du cœur vient heurter la paroi thoracique par une espèce de mouvement d'érection.

le cœur se contracte à l'état normal, il fait passer dans l'aorte tout le sang qu'il contient. Pour que ce phénomène puisse avoir lieu, il faut qu'il y ait dans les artères une place suffisante pour recevoir l'ondée sanguine. D'une contraction du cœur à l'autre, en vertu de l'élasticité des parois artérielles, le sang continue à s'écouler dans les capillaires, en sorte que quand chaque nouvelle contraction a lieu, le sang trouve dans le système artériel une place prête pour le recevoir. Mais ce phénomène ne peut s'accomplir parfaitement qu'autant qu'il y aura entre deux contractions un temps suffisant pour qu'une quantité de sang égale à une ondée puisse passer du système artériel dans le système capillaire. Si le temps qui sépare deux contractions diminue, l'écoulement du sang artériel dans les capillaires ne sera pas terminé lors de la nouvelle contraction, et l'ondée sanguine venant du cœur ne pourra être reçue qu'en partie dans les artères, l'autre partie restera dans le ventricule.

Il est certaine affection du cœur que je citerai volontiers à l'appui de cette manière de voir, et qui doit être, ce me semble, d'un grand poids dans cette question, sinon la trancher complétement. Cette affection, que j'ai rencontrée déjà plusieurs fois, et qui se trouve signalée dans tous les ouvrages classiques, c'est l'hypertrophie simple du ventricule gauche. J'ai vu des malades atteints d'affection du cœur succomber à leur mal, et à l'autopsie que trouvait-on ? Une hypertrophie simple du ventricule gauche, sans aucune lésion d'orifices. La dernière fois que j'ai rencontré un cas de ce genre c'était sur une femme d'une cinquantaine d'années qui avait mené une vie misérable, et qui avait eu beaucoup d'enfants. Interrogée, cette malade n'avait signalé aucune affection rhumatismale antérieure d'où aurait pu procéder son affection; mais en scrutant avec soin son passé, il était évident que depuis longtemps elle était anémique, et que le symptôme le plus saillant de cet état avait toujours été une névrose du cœur, consistant en palpitations. Elle mourut, et à l'autopsie je trouvai une hypertrophie simple du ventricule gauche, sans rétrécissement ni lésion d'aucune espèce.

Je disais tout à l'heure que la grande fréquence de contraction du cœur, en ne laissant pas au système artériel le temps nécessaire pour se décharger entièrement dans les capillaires, et en ramenant le mouvement de systole avant que les artères ne soient vides, empêchait le cœur de pouvoir faire passer dans ces vaisseaux le sang qu'il contient, et de se débarrasser complétement. Serait-il par trop hasardé de supposer que l'effet de ces palpitations nerveuses, chez cette femme, avait été d'empêcher le ventricule de se désemplir, de le tenir toujours dans un état de demi-plénitude, état contre lequel il aurait sans cesse essayé de réagir, mais sans succès, ce qui aurait amené un surcroît d'efforts et occasionné, au bout d'un temps assez long, une hypertrophie simple de la partie du cœur surchargée de travail, comme on le constate pour tous les autres muscles de l'économie qui fonctionnent dans les mêmes conditions ? Ne doit-on pas voir dans ce fait une preuve imposante de la puissance des palpitations comme cause perturbatrice de la circulation, cause qui, aidée par le temps, peut amener dans la conformation du cœur des changements considérables, et bientôt incompatibles avec la vie ?

L'observation expérimentale aussi bien que l'observation clinique, comme nous venons de le voir par ce qui précède, démontrent que la fréquence des contractions du cœur est une cause d'engorgement du ventricule, et l'on voit que, même en considérant le système vasculaire sanguin comme une machine inerte, il suffirait, pour rétablir la régularité de son fonctionnement, de diminuer la fréquence des contractions de l'organe moteur.

Dans les affections du cœur consistant en un rétrécissement de l'orifice aortique, la fréquence du pouls n'est pas le point de départ du désordre fonctionnel, mais bien le rétrécissement. Examinons comment les choses se passent.

Chez les individus atteints de rétrécissement aortique, le sang ne pourra passer dans le système artériel par l'orifice rétréci que grâce à une contraction plus énergique et plus longtemps soutenue du ventricule. Tant que le cœur se prête à ce surcroît de travail, le malade pourra avoir conscience de cette augmentation de l'effort de contraction; mais, du reste, chez lui la circulation s'accomplira convenablement, et il ne se produira pas provisoirement de symptômes autres que cette sensation. Si, au contraire, par une cause qu'il serait le plus souvent très difficile de déterminer, le cœur se trouve dans l'impossibilité de continuer ces efforts exagérés, les choses vont immédiatement changer de face.

La contraction n'étant plus assez puissante ou assez prolongée pour débarrasser entièrement le ventricule, il va arriver, au moment où la nouvelle contraction de l'oreillette aura lieu, que le ventricule qui devra être vide se trouvera contenir encore une certaine quantité de sang, à laquelle s'ajoutera l'ondée venant de l'oreillette, et il y aura un commencement de distension. Cette distension devient une cause nouvelle d'affaiblissement et une cause de fréquence de contraction, ainsi que nous l'avons établi d'après nos expériences sur les chiens de mer. Or, la cause de cette insuffisance de la puissance ou de la durée de la contraction d'où procède cette fréquence qui vient de se produire, pourra disparaître. Mais après sa disparition le désordre continuera, car il porte en lui-même une cause de permanence, qui est cette fréquence produite par la cause première, maintenant disparue. En effet, cette fréquence nouvelle pourra être telle que le système artériel ne pourra pas se vider pendant le temps intersystolique. A partir de ce moment le dérangement de la circulation devient permanent, et nous avons vu qu'à elle seule la fréquence sans lésion aucune peut amener à la longue de grands changements dans la structure du cœur.

Chez les animaux à sang chaud les cavités du cœur, à raison même de leur structure anatomique, ne peuvent pas se distendre indéfiniment ni même autant que chez les animaux à sang froid. Aussi l'engorgement du ventricule aortique amène-t-il bientôt celui de l'oreillette gauche, et, en remontant en arrière, toutes les parties du système vasculaire sanguin, vaisseaux pulmonaires, cavités droites, système veineux, s'engorgent à leur tour. La teinte livide de la peau et des lèvres, l'infiltration œdémateuse des tissus, annoncent que l'embarras de la circulation a gagné les capillaires. Arrivée à ce point, la lésion fonctionnelle a fait sentir son effet sur toutes les parties du système vasculaire, et nous voici revenus à ce point que nous avons signalé au début : les capillaires engorgés ne peuvent pas permettre au système artériel de se débarrasser complétement entre deux contractions qui, du reste, se rapprochent de plus en plus ; le ventricule gauche s'engorge encore davantage s'il est possible, et une nouvelle cause de faiblesse du cœur, et par conséquent de ralentissement du mouvement du sang, va venir se joindre à celles qui existent déjà et que nous avons signalées tout à l'heure. Ainsi on le voit, tous les nouveaux phénomènes qui se produisent successivement concourent à rendre de plus en plus difficile l'accomplissement des fonctions du cœur. L'engorgement amène la distension, celle-ci devient la cause d'un affaiblissement de l'organe moteur, et cet affaiblissement produira, s'il est possible, un engorgement plus considérable.

Par quel moyen pourrait-on améliorer cette situation? Est-ce en augmentant la force de contraction du ventricule ? Peut-être ce moyen pourrait-il produire quelque résultat; mais il est permis de douter de son efficacité si l'on songe à l'incompressibilité des liquides, à l'état de plénitude dans lequel se trouvent les capillaires, et à l'action presque instantanée produite par la contraction du ventricule. Ne vaudrait-il pas mieux diminuer la fréquence des contractions ? Le temps qui sépare deux systoles devenant plus long, le système artériel, dont l'action, grâce à l'élasticité propre des parois des vaisseaux est incessante, pourra chasser dans les capillaires une plus grande quantité de sang, et par là même se désemplir. Le sang que contient le ventricule pouvant alors trouver place dans l'aorte, le ventricule pourra se débarrasser, reprendre ses dimensions normales, ce qui lui permettra de recouvrer un peu de la force qui lui est nécessaire pour surmonter l'obstacle opposé au libre passage du sang par le rétrécissement. Or, nous avons un moyen de diminuer la fréquence des contractions du cœur : ce moyen, c'est la digitale.

L'expérience de longues années et un usage incessant ont mis hors de doute cette propriété remarquable, par laquelle la digitale agit sur le cœur en ralentissant ses mouvements ; et, comme nous venons de le voir, cette propriété suffit à elle seule pour nous ex-

pliquer les effets merveilleux et rapides que ce médicament ne manque jamais de produire quand il est administré dans des cas de rétrécissement de l'orifice aortique, lésion cardiaque qui est de beaucoup plus commune qu'aucune autre. Immédiatement la situation s'améliore, le mouvement du sang devient plus rapide, l'engouement des vaisseaux capillaires disparaît aussi bien dans les poumons que dans le reste du corps : la plus grande liberté de la respiration et la disparition de l'œdème annoncent ce changement.

Si je n'ai parlé jusqu'à présent que du rétrécissement de l'orifice aortique, c'est pour ne pas permettre à l'esprit de s'égarer au milieu des descriptions assez compliquées des mouvements du sang dans les organes multiples de la circulation. Mais qu'on y fasse attention; comme je l'ai déjà dit, la cause du trouble circulatoire est double; la première est la lésion organique, la seconde c'est l'engouement des capillaires. Or, quel que soit le rétrécissement cardiaque atteint de rétrécissement, à un moment donné il ne manquera pas de survenir un embarras de la circulation, un engorgement des veines, puis du système capillaire. Dans ce cas, la digitale, en ralentissant les mouvements du cœur, ne manquera pas de produire une certaine amélioration.

Cette souveraine efficacité de la digitale n'a pas suffi pour assurer sa réputation, et, malgré les innombrables succès qui ont été enregistrés depuis Withering jusqu'à nous, on trouve encore des médecins qui ne sont pas parfaitement édifiés sur les secours qu'ils peuvent attendre de cette plante héroïque. C'est un abus de mots qui a égaré leur opinion. On a dit que la digitale était un sédatif du cœur, et non-seulement de sages praticiens, mais même des auteurs estimés, n'allant pas au delà de ce mot, ont cru que la digitale diminuait la force de contraction du cœur, comme elle en diminuait la fréquence. Jamais aucune expérience, que je sache, n'a été faite qui ait pu donner quelque fondement à cette opinion, et rien dans les nombreux travaux qui ont été faits sur ce sujet ne peut autoriser à penser que cette idée ait la moindre valeur. Mais le mot sédatif ayant été appliqué à la digitale, l'erreur prit immédiatement naissance, et des auteurs imbus de ces idées et n'ayant pas assez médité sur les changements survenus dans la circulation à la suite de rétrécissements cardiaques, enseignèrent que l'on devait redouter par-dessus tout dans ces cas d'employer la digitale, de peur d'affaiblir l'action du cœur et de lui retirer la force de lutter contre l'obstacle que la lésion apporte au passage de l'ondée sanguine. Cette idée erronée s'est fait jour jusque dans un livre classique qui se trouve entre les mains de tous les étudiants. Ainsi, en traitant des rétrécissements des orifices du cœur, M. le professeur Grisolle dit : « La digitale ne sera employée que dans les cas de » fréquence extrême du pouls; nous croyons que dans la plupart » des rétrécissements cardiaques, ce médicament est nuisible lors- » qu'il agit comme sédatif du cœur. » Il est fâcheux de voir un ouvrage classique très répandu professer une opinion aussi erronée, et déconseiller l'emploi de la digitale dans une affection où elle agit héroïquement, alors qu'on n'a aucun moyen à lui substituer. Mais si d'un côté on lui a injustement dénié ses propriétés les plus certaines, en revanche on lui en a gratuitement prêté d'autres qu'elle n'a jamais possédées.

Lorsque Withering annonçait au monde médical de son temps les merveilleuses propriétés de la digitale, il ne savait pas le moins du monde si ses malades étaient atteints de rétrécissements cardiaques. Il annonçait qu'il existait un remède souverain contre les hydropisies, mais en même temps, et cela seul suffit pour nous prouver combien il était bon observateur, il prévenait que ce remède n'avait aucune action contre les hydropisies enkystées. Dans les hydropisies générales, il administrait la digitale ; le malade urinait abondamment et l'anasarque diminuait et finissait dans les cas les plus heureux, par disparaître entièrement. Dans quelle classe devait-il ranger l'agent dont il s'était servi, sinon dans la classe des diurétiques? C'est ce qu'il fit et ce que l'on fait après lui; encore maintenant l'édition la plus récente du TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE de M. Bouchardat range la digitale dans la classe des diurétiques puissants.

Le rétrécissement cardiaque, nous l'avons déjà dit, est un obstacle mécanique apporté à la circulation, qu'il ralentit, et ne diffère de la ligature placée autour d'un membre qu'en ce qu'il produit des effets généraux, tandis que la ligature produit des effets locaux. Mais les symptômes sont les mêmes : lividité, refroidissement des téguments, œdème. Qu'on lève l'obstacle, et immédiatement les symptômes disparaissent.

Le mouvement dans les vaisseaux étant ralenti, une quantité moins considérable de sang parcourt les reins et se trouve soumise à l'action des organes sécréteurs de l'urine; aussi la quantité de l'urine sécrétée est-elle diminuée. Mais il ne faut pas croire que ce soit là la cause de l'apparition de l'œdème et que les liquides aqueux s'extravasent dans les tissus parce qu'ils ne peuvent plus trouver une issue par le rein. Nous ne voyons pas que dans le cas de néphrite calculeuse, par exemple, les deux reins étant atteints simultanément, et les urines étant supprimées, il apparaisse de l'œdème. Dans la maladie de Bright, sans doute, il survient de l'œdème général, mais la cause en est tout autre et ne peut être invoquée contre mon raisonnement. Dans les affections du cœur, la cause de l'œdème n'est autre que le ralentissement du mouvement circulatoire et la stase du sang dans les vaisseaux. Si l'on parvient à rendre au sang la rapidité normale de son mouvement, non-seulement l'épanchement séreux cessera de se produire, mais encore les liquides épanchés ne tarderont pas à être résorbés, à rentrer dans la circulation, et les reins, dont rien n'entrave l'action, vont séparer du sang cette sérosité en excès et sécréter une quantité proportionnelle d'urine, dont l'abondance frappera l'attention des malades. Ne sachant pas par quel mécanisme se produit cette abondante sécrétion d'urine, ils ne manqueront pas de l'attribuer à l'action immédiate de la digitale : ainsi ont fait des médecins irréfléchis.

Ce n'était pas dans les cas où l'hydropisie dépendait d'une lésion de la circulation générale, qu'il fallait étudier l'action diurétique de ce médicament, puisque, comme nous venons de le voir, la diurèse est produite dans ce cas, non par la digitale, mais par le fait même de l'amélioration de la circulation. Il fallait observer cette action dans l'ascite dépendant d'une lésion de la circulation de la veine porte, par exemple dans la cirrhose ou bien dans l'hydropisie ayant pour cause un appauvrissement du sang, comme on la voit survenir dans les cas de chlorose, ou encore dans les cas d'anasarque dépendant de la maladie de Bright, ou encore dans la cachexie paludéenne. Or, quel est le médecin exempt de préjugés et d'idées préconçues qui, après avoir employé la digitale dans les maladies que nous venons d'énumérer, oserait affirmer que la digitale jouit de propriétés diurétiques incontestables? A-t-on jamais vu dans l'ascite consécutive à la cirrhose une diurèse régulière s'établir à la suite de l'usage de la digitale, et surtout a-t-on jamais vu dans ce cas la digitale amener une diminution du liquide épanché? Pour moi, je n'ai jamais rien observé de semblable, tandis que j'ai toujours vu un seul purgatif drastique amener une diminution très sensible de l'épanchement. Sans doute on a vu dans l'anasarque, suite de chlorose ou d'intoxication paludéenne, l'administration de la digitale être suivie d'une sécrétion abondante d'urine, mais ces faits ne sont pas corrélatifs et ne se reproduisent pas régulièrement. Or, pour pouvoir conclure à la vertu diurétique de la digitale, il faudrait que la diurèse se produisît avec quelque constance. Un observateur attentif remarquera que cette diurèse survient d'une manière irrégulière, et en examinant toutes les causes autres que la digitale auxquelles ce phénomène puisse être rapporté, il verra qu'en même temps qu'on administrait ce médicament, le malade était soumis le plus souvent au régime des toniques analeptiques, du vin, du fer; que l'aération, que l'insolation pouvaient avoir une influence considérable. Or ce régime, en améliorant l'ensemble de l'organisme, permet à celui-ci de résorber les liquides épanchés, et la conséquence immédiate de cette résorption est l'élimination de ces liquides par le rein.

La succession de ces phénomènes a été bien comprise par un disciple de Rasori, Giacomini, qui, dans son TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, après avoir examiné ce que l'on devait croire au sujet des propriétés diurétiques de la digitale, s'exprime en ces termes : « Ce succès » (la guérison des hydropisies par la digitale) « n'est dû

» qu'à la destruction de la cause pathogénique. C'est alors, et alors » seulement, que la sécrétion morbide cesse, que le liquide sécrété » est absorbé et que les urines et les sueurs augmentent. D'après » cela, on voit bien qu'on ne doit pas dire que l'hydropisie guérit » parce qu'on urine copieusement; mais qu'on urine abondamment » parce que la condition efficiente de l'hydropisie est enlevée. »

Ainsi que nous venons de le voir, l'action diurétique de la digitale n'apparaît que d'une manière très douteuse et peu convaincante dans les cas d'infiltration œdémateuse qui ne sont pas sous la dépendance d'une lésion de la circulation générale. Cette action est-elle plus évidente lorsque ce médicament est administré dans des cas où il n'y a pas de liquides épanchés ? Lisons les observations des médecins anglais qui ont espéré guérir la scrofule et la phthisie pulmonaire par ce moyen, et nous verrons que chez leurs malades aucune augmentation de la sécrétion urinaire n'a jamais appelé leur attention. Et ces expérimentateurs allemands, et entre autres Jœrg, qui ont expérimenté l'action de la digitale sur l'homme en santé, ont-ils été plus heureux ? Aucun d'eux n'a noté la diurèse parmi les phénomènes auxquels cette plante donne régulièrement naissance; et moi qui, ainsi que je l'ai dit, ai expérimenté sur moi-même différentes préparations de digitale et en ai varié les doses, je n'ai pas été sous ce rapport plus heureux que mes devanciers.

MM. Trousseau et Pidoux établissent la vertu diurétique de notre médicament, non d'après des expériences ou des observations, mais d'après un raisonnement fort singulier. Ils disent que la digitale doit être un diurétique parce qu'elle est un sédatif de la circulation, agissant en cela comme le froid et la peur. Ils ne s'aperçoivent pas que les reins et la peau se suppléant réciproquement, l'action des reins est augmentée quand celle de la peau est diminuée par le froid. Quant à la peur, si elle est quelquefois l'occasion d'une diurèse abondante, c'est moins certainement parce qu'elle a la propriété de ralentir les mouvements du cœur, que parce qu'elle ébranle violemment le système nerveux sans que l'on puisse expliquer quelle relation il peut y avoir entre ces deux faits. Mais le même résultat se produit à la suite de violentes névralgies, qui sont le plus souvent suivies d'une émission extraordinairement abondante d'urines incolores. Dans ce cas y a-t-il ralentissement de la circulation ? Le contraire a lieu le plus ordinairement, comme on sait.

Enfin, pour terminer, ouvrons le Traité de matière médicale de M. Bouchardat, qui range la plante qui nous occupe parmi les diurétiques énergiques. Nous y voyons que MM. Homolle et Queveune, qui ont imaginé d'extraire de la digitale un principe actif, qu'ils ont appelé digitaline, voulant se rendre compte de l'action de cette dernière substance, ont institué des expériences comparatives. « Or, dit M. Bouchardat, dans aucun des dix-sept cas rapportés » dans les tableaux dressés par ces messieurs, et qui tous sont relatifs à des sujets en bonne santé, il n'a été observé d'action » diurétique nettement appréciable pas plus avec la digitale qu'avec » la digitaline. »

Quoique ces expériences eussent eu lieu sur des gens en santé, ces effets négatifs, quant à la diurèse, auraient dû donner à réfléchir à l'auteur ; mais, tout en consignant ces résultats, il n'y prête pas très grande attention, car quelques pages plus loin, on lit à propos des propriétés de la digitaline : « Action diurétique. Tout » d'abord on a douté que la digitaline possédât l'action diurétique » de la plante, et même quelques personnes en sont peu convaincues. Cependant le nombre de diurèses survenues sous l'influence » de la première (Homolle et Quevenne, Hervieux, etc.) ne permet » pas de révoquer cette action en doute ; seulement, l'action est » inconstante avec la digitaline comme elle l'est avec la digitale » elle-même. »

Ne voit-on pas comme tous ces aveux viennent à l'appui de notre manière d'envisager l'action de ce médicament, diurétique dans les cas de lésion organique du cœur, nulle dans les autres cas ? Et n'est-il pas remarquable de voir les opinions contradictoires de MM. Homolle et Quevenne citées à deux pages de distance ? A moins cependant que l'on n'admette que la digitale agisse à la manière du seigle ergoté, qu'elle ne soit diurétique que chez les hydropiques et chez certains d'entre eux seulement, ce qui n'est rien moins que probable assurément.

N'est-il pas évident que les médecins, depuis Withering jusqu'à nos jours, ont accepté de leurs devanciers, et sans la critiquer, la croyance aux vertus diurétiques de la digitale? Le maître l'avait dit, on l'a répété après lui, sans que le moindre doute ait pu se faire sérieusement jour jusqu'à présent. Mais maintenant que nous avons passé en revue les travaux des médecins qui ont fondé la réputation de ce médicament et que nous avons vu comment l'opinion médicale s'était formée, n'avons-nous pas le droit de dire que les propriétés essentiellement et immédiatement diurétiques de la digitale nous paraissent ne pas exister, et serons-nous taxé d'impertinence quand nous recommanderons le doute à ce sujet?

Examinons maintenant à un autre point de vue la question qui nous occupe, et cherchons si la digitale ne possède pas d'autres propriétés importantes, et quelles inductions nous devons en tirer.

S'il y a eu quelques dissentiments entre les auteurs au sujet de l'action de la digitale sur les mouvements du cœur, il n'en est pas de même quand ils constatent son action sur les organes de la digestion. Ils sont unanimes à reconnaître que cette action est énergique, et qu'elle est différente selon les doses auxquelles le médicament est administré. Déjà, en étudiant les écrits de Sanders, nous avons vu qu'il annonçait que la digitale stimulait l'appétit. C'est effectivement là l'action qu'elle produit quand elle est administrée à très petites doses. Jœrg (de Leipzig), qui avait étudié ses effets sur l'homme sain à des doses plus élevées, remarque qu'ils s'annoncent par un sentiment de chaleur, de grattement dans l'estomac, accompagné d'une diminution ou d'une augmentation de l'appétit. Nous avons raconté tout au long les expériences entreprises par Hutchinson sur lui-même et qui ont failli lui coûter la vie. Cet expérimentateur fit usage de doses considérables et fréquemment répétées. Le symptôme le plus saillant qu'il éprouva fut un sérieux dérangement des fonctions digestives, et il présenta tous les symptômes de l'affection que l'on est convenu d'appeler la gastro-entérite. Son expérience fut poussée si loin qu'il ne guérit qu'avec de grands soins et après un temps assez long.

Nous avons aussi parlé des observations des auteurs anglais, qui crurent avoir trouvé dans ce médicament un moyen efficace de guérir la phthisie pulmonaire. Tous signalent son action sur l'estomac, qui va jusqu'à produire le vomissement. Ils administraient ce médicament à dose ordinaire, à une dose qui produisait en même temps un ralentissement sensible des mouvements du cœur; mais ils se tenaient loin des exagérations de Hutchinson. Un médecin allemand, Warren, a été si frappé de l'effet que produit cette plante sur l'estomac, qu'il a appelé la sensation nauséeuse qu'elle provoque, la nausée des mourants.

Cet effet de la digitale a été probablement une des causes pour lesquelles l'école italienne l'a placée parmi les contro-stimulants par excellence, la prisant sous ce rapport à l'égal du tartre stibié, ainsi qu'il résulte des écrits des maîtres de cette école.

Ces témoignages suffiraient déjà pour former notre opinion au sujet de l'action de cette plante sur l'estomac ; mais, comme nous attachons une très grande importance à cette action, nous ne nous contenterons pas de l'opinion des auteurs dont nous venons de parler ; nous examinerons encore ce que pensent à cet égard les médecins contemporains dont les ouvrages sont entre toutes les mains.

MM. Trousseau et Pidoux s'expriment de la manière suivante : « On doit s'estimer très heureux quand on n'est pas forcé de suspendre l'usage de la digitale en raison de l'intolérance, de l'irritation, des chaleurs, du pyroxis, des dyspepsies que cette poudre » détermine quelquefois d'emblée, d'autres fois après un temps » plus ou moins long. »

On voit combien le danger est imminent lorsqu'on se sert de la digitale, et combien ces auteurs redoutent son action désastreuse sur l'estomac, action qui devient souvent la source de complications fort embarrassantes.

D'après MM. Bouchardat et Sandras, 30 centigrammes de poudre de digitale suffisent pour produire des phénomènes de vomisse-

ment. « La digitale et la digitaline, dit M. Bouchardat, surtout » lorsqu'on les administre à doses un peu élevées, ont une grande » tendance à produire des signes d'irritation sur les voies diges- » tives, comme tiraillements d'estomac, nausées, coliques, même » des vomissements, et quelquefois de la diarrhée, etc. »

Ainsi il n'est pas douteux que la digitale, administrée à dose sédative, comme on est convenu de l'appeler, produit sur l'estomac des effets fâcheux se traduisant par de l'inappétence, quelquefois par des nausées, et, comme le font voir MM. Trousseau et Pidoux, finissant par provoquer un état dyspeptique et devenir la cause d'une susceptibilité des organes digestifs avec laquelle plus tard on sera obligé de compter, et qui pourra être la cause de sérieux embarras. Jusqu'à présent, cependant, on a peu fait attention à ces propriétés de la digitale, et on l'a administrée, soit comme sédatif, soit comme diurétique, dans plusieurs maladies dans lesquelles on avait à redouter le dérangement des fonctions digestives. On n'a pas manqué de la donner comme diurétique aux malades atteints d'hydropisie. Si on ne l'avait administrée qu'à ceux chez lesquels l'hydropisie était engendrée par une affection organique du cœur, rien de mieux. Là, l'indication est formelle, et le bien que l'on doit attendre du médicament commande que l'on risque quelque dérangement du côté de l'estomac. Mais quand on ne l'administre qu'en qualité de diurétique, qualité que nous lui avons si sérieusement contestée et que nous lui avons refusée, on n'a plus aucun bien à en espérer, et le danger du côté de l'estomac est d'autant plus grand que l'effet diurétique que l'on attendait ne se produit pas; on va être tenté d'élever la dose, et alors son action fâcheuse sur l'estomac ne se fera pas attendre. Or, dans beaucoup de maladies, la dyspepsie produite par la digitale peut devenir une complication très grave.

Combien est utile à un malheureux atteint de cirrhose le peu d'appétit qui lui reste et qui lui permet de supporter moins impatiemment les dernières périodes de sa maladie! S'il vient à perdre cet appétit, il n'est pas douteux que la terminaison fatale de sa maladie arrivera plus vite.

N'en est-il pas de même de celui qui est atteint de la maladie de Bright? Quant à celui qui est miné par la cachexie paludéenne, il ne parviendra à surmonter le mal qui le dévore qu'à la condition que les fonctions digestives s'accompliront convenablement, et que l'organisme pourra puiser dans une alimentation tonique et substantielle les matériaux nécessaires à sa reconstitution. On exposerait un tel malade à de grands dangers si, sous prétexte de faire disparaître un œdème symptomatique, on lui administrait la digitale, qui serait, selon nous, impuissante à produire un tel effet, et qui pourrait devenir une cause de dyspepsie si redoutable dans cette situation.

Il n'est pas de maladie plus fréquente que la chlorose, et les palpitations nerveuses sont un des accidents que présentent le plus fréquemment les chlorotiques. Que deviendra une de ces malheureuses quand, sous prétexte de diminuer la fréquence et la violence des palpitations, on lui aura administré la digitale, et que celle-ci aura fait disparaître le peu d'appétit qui permettait à l'organisme de lutter contre la tendance du sang à l'appauvrissement? J'ai été consulté par plusieurs malades qui avaient eu le malheur d'être saignées au début de cette affection, et qui depuis, grâce à l'usage incessant de la digitaline, ne pouvaient obtenir aucune amélioration de leur état. L'une d'elles était dans cette situation depuis plus de quatre années, et il lui a suffi de supprimer la digitaline et de faire usage d'un régime tonique et d'eau ferrugineuse minérale pour voir une très grande amélioration se produire immédiatement. Un temps plus ou moins long est toujours nécessaire pour améliorer la constitution et arriver à une guérison complète.

Il est encore une autre circonstance dans laquelle on peut être tenté d'employer la digitale, c'est lorsqu'à la suite d'affections fébriles le pouls reste très fréquent, comme il arrive quelquefois chez les jeunes sujets. Ce phénomène, qui est purement nerveux, qui n'incommode pas les malades, et qui ne nuit en rien à la marche régulière de la convalescence, doit être respecté par tout médecin prudent. Grâce au temps et aux moyens hygiéniques, cette fréquence du pouls disparaîtra en même temps que les dernières traces de la maladie qui lui a donné naissance. Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup pour faire comprendre combien la digitale administrée dans ce cas pourrait être nuisible, si elle venait introduire au milieu de cet état un élément dyspeptique qui ne manquerait pas d'entraver la marche de la convalescence.

Pour résumer le travail qui précède et qui est arrivé à son terme, nous dirons :

1° Que, malgré l'opinion isolée de Sanders, qui, du reste, est en contradiction avec tout ce qui a été observé avant et après lui, la digitale ralentit la fréquence des contractions du cœur;

2° Que rien ne démontre qu'elle affaiblisse la force de contraction du cœur, tandis que la théorie et les expériences physiologiques et mes propres expériences prouvent qu'un de ses effets médiats dans les rétrécissements des orifices du cœur est de l'augmenter; que, par conséquent, il n'y a aucun danger de la donner dans des cas où l'énergie du cœur paraît diminuée;

3° Que, la fréquence des contractions du cœur dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur empêchant cet organe de revenir à un fonctionnement normal et entretenant le désordre de la circulation, et la digitale ayant la propriété de diminuer la fréquence des contractions, il n'est pas nécessaire d'invoquer un autre mode d'action pour expliquer l'amélioration qui suit, dans ce cas, l'administration de cette plante;

4° Que l'on ne trouve dans les écrits des auteurs rien qui prouve que la digitale jouisse de propriétés diurétiques, et que cette réputation que lui a faite Withering paraît avoir été acceptée sans discussion par tous ceux qui l'ont suivi;

5° Qu'il est bien vrai que, dans les affections organiques du cœur, où l'emploi de la digitale amène une amélioration de la circulation, elle produit souvent une diurèse abondante, mais que cette diurèse, dans ce cas, n'est qu'un effet médiat résultant du retour de la circulation à l'état normal;

6° Que tous les auteurs sont unanimes à reconnaître à la digitale une action puissante sur l'estomac; qu'à très petites doses elle stimule l'appétit, mais qu'aux doses auxquelles elle agit sur le cœur, elle produit de l'anorexie, même des nausées, et peut devenir une cause de dyspepsie dangereuse dans le plus grand nombre des cas.

La conclusion maintenant est facile. La digitale possédant la propriété de ralentir la fréquence des contractions du cœur, doit être employée dans les affections de cet organe consistant en un rétrécissement de l'un des orifices. On doit l'employer dans ces cas parce que la fréquence du pouls s'oppose au retour de la circulation à un fonctionnement normal. Mais on doit bien se garder de l'administrer dans d'autres affections accompagnées de palpitations, et cela pour deux motifs : l'un parce que le soulagement qu'elle pourrait procurer est insignifiant; l'autre parce que, loin d'agir sur la cause première de la maladie, elle ne peut, la plupart du temps, que l'entretenir en amenant un dérangement des fonctions digestives. Enfin, on doit encore se garder de l'administrer dans les cas d'hydropisie qui n'ont pas pour cause une affection du cœur. La digitale ne possède aucune propriété diurétique, et son emploi à ce titre est dangereux, parce qu'elle peut, en devenant une cause de dyspepsie, faire obstacle à une guérison possible ou avancer le terme fatal de la maladie.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1860.— PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

MÉDECINE. — *Guérison d'un cas de mutisme consécutif à la fièvre typhoïde*, par M. le docteur *Baudelocque*. — Charles Fleschelle, soldat, âgé de vingt-trois ans, fut affecté, en 1856, pendant la campagne de Crimée, de la fièvre typhoïde, et dans le cours de cette maladie, le 16 mai, il perdit l'usage de la parole; c'est à ce titre

de muet non sourd qu'il fut admis, en 1859, à l'hôtel impérial des Invalides; à cette époque, il ne pouvait prononcer aucun mot, ni même produire aucun son. Le 1er septembre dernier, Charles Fleschelle vint me consulter; il était alors muet depuis plus de quatre ans, et par suite du traitement médical que je lui ai fait subir il a recouvré peu à peu la parole.

L'individu dont il est question dans cette note est présenté par M. Baudelocque, ainsi qu'un jeune sourd-muet de naissance qui maintenant jouit de la faculté de parler et entend quelque peu. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Pouillet.)

MÉDECINE. — *Mémoire sur l'emploi vulgarisé du chloroforme dans les accouchements*, par M. *Jeaucourt*. — Il résulte, dit l'auteur, de mes observations et de mes recherches que chaque fois que pendant les éthérisations les malades respirent bien, l'anesthésie se produit facilement et promptement. J'ai pu m'assurer encore que si rien ne fait obstacle au jeu régulier et *continu* du souffle respiratoire, non-seulement les éthérisations n'offrent aucun danger, mais, en outre, qu'elles sont exemptes de ce qu'on a appelé les effets physiologiques du chloroforme, ou du moins que ceux-ci sont très peu prononcés.

Mais la respiration peut s'altérer facilement pendant les inhalations, surtout à leur début, et c'est dans cette altération que réside tout le danger de l'anesthésie provoquée. En remontant aux sources de cette altération, j'ai pu m'assurer encore que si la *continuité* du souffle respiratoire est troublée par un obstacle quelconque, l'anesthésie cesse d'être facile et prompte à se produire et s'accompagne d'accidents plus ou moins redoutables. L'obstacle qui s'oppose ici à son jeu régulier et continu, c'est son interruption momentanée. Que les interruptions proviennent de causes multiples dépendant, soit de l'opérateur, comme lorsque les vapeurs anesthésiques sont présentées par lui ou trop rapidement ou en trop grande abondance, soit du malade lui-même, lorsque de sa propre volonté il cesse de respirer et résiste même aux injonctions qui lui en sont faites; leur résultat immédiat est de modifier plus ou moins profondément la quantité et la qualité de l'air contenu dans les poumons; leur résultat secondaire est variable comme leur fréquence et leur durée : elles pourront ne déterminer qu'une suffocation passagère, comme aussi elles pourront produire l'asphyxie. Ce dernier phénomène peut trouver son explication dans la double source qui le produit : privation de l'air respirable et intoxication résultant du mélange gazeux retenu dans les poumons. C'est vraisemblablement à lui qu'il faut attribuer la production des accidents qui ont accompagné quelquefois l'emploi des anesthésiques. Il me paraît douteux qu'ils doivent être rapportés à la syncope et que celle-ci ait agi directement ou indirectement sur les mouvements du cœur. Le défaut d'innervation de cet organe me paraît plutôt résulter ici du caractère complexe de l'asphyxie elle-même.

On a eu grand tort, jusqu'à ce jour, de prendre l'état de la circulation pour guide de l'anesthésie, parce que l'intégrité de cette fonction est liée manifestement ici à l'intégrité de la respiration : tant que celle-ci s'opère d'une manière normale et continue, la circulation n'est jamais altérée.

L'examen attentif de la cause qui produit les accidents fournit en même temps l'indication des moyens qu'il faut lui opposer pour la détruire ou pour l'éloigner. Les règles à ce sujet, que j'ai données dans mon Mémoire et que je ne veux pas détailler ici de nouveau, peuvent se comprendre sous cette formule générale : Pour éviter tout accident dans la provocation de l'anesthésie, il faut veiller avec sollicitude à ce qu'il existe une rénovation incessante de l'air contenu dans la poitrine, jusqu'à l'invasion du sommeil. Si jusqu'à ce moment la respiration s'est faite toujours d'une manière égale et continue, elle ne s'interrompra pas de nouveau.

L'anesthésie, chez les femmes en couches, ne doit pas être poussée ordinairement plus loin que l'abolition de la sensibilité et la résolution des membres supérieurs. Sous l'influence du sommeil qu'on provoque chez elles, et avec l'aide d'inhalations bien dirigées, l'accouchement perd sa gravité ordinaire, et s'accomplit d'une manière normale, sans danger aucun, sans courir même les risques de voir le travail se suspendre ou se ralentir si l'on prend la précaution d'administrer les vapeurs au moment que j'ai appelé d'élection, c'est-à-dire au moment de la dilatation complète du col; comme, en outre, les conséquences en sont toutes favorables, et diminuent la fréquence des accidents puerpéraux, on peut rassurer l'esprit public sur l'anesthésie, et la proposer à toutes les femmes en couches. (*Comm.* : MM. Flourens, Velpeau, Jobert de Lamballe.)

EMBRYOGÉNIE. — *Mémoire sur la structure intime de la vésicule ombilicale chez les mammifères*, par M. *Ch. Robin*. — Les anatomistes et les embryogénistes qui ont décrit la vésicule ombilicale se bornent à dire, en parlant de sa structure, qu'elle est constituée par le feuillet muqueux du blastoderme. Aucun ne s'est préoccupé de la comparaison des éléments anatomiques qui composent les parois de cet organe avec ceux de l'amnios, de la tache embryonnaire et des tissus du fœtus qui succèdent à cette tache.

Les résultats de cette comparaison sont cependant importants. Les cellules qui, par leur juxtaposition et leur cohérence, constituent les feuillets du blastoderme, ne sont pas seulement dissemblables d'un feuillet à l'autre de cet organe, comme on le savait, elles sont, en outre, d'espèce différente dès leur origine, et pendant toute la durée de leur existence dans la partie dite *tache embryonnaire*, et dans celle qui, continue avec elle, formera bientôt l'amnios d'une part, et la vésicule ombilicale de l'autre. Dès l'apparition des diverses parties du blastoderme, on peut constater des différences de texture entre celles dont vont provenir les organes définitifs et permanents de l'embryon et celles qui forment les organes temporaires ou transitoires du fœtus. Ainsi il n'y a pas similitude entre toutes les cellules du blastoderme; le nom de *cellules embryonnaires* ne doit plus être considéré comme servant à désigner une seule espèce d'éléments anatomiques, mais il doit avoir un sens générique, et il s'applique à plusieurs espèces d'éléments ayant les caractères de cellules.

L'auteur donne ici la description des éléments histologiques qui entrent dans la constitution des différentes membranes de l'œuf des mammifères. (*Comm.* : MM. Serres, Milne Edwards, Coste.)

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles expériences sur l'hétérogénie au moyen de l'air contenu dans les cavités closes des végétaux*, par MM. *N. Joly* et *Ch. Musset*. — Les expérimentateurs ayant mis une infusion de foie de mouton en rapport avec l'air renfermé dans la cavité d'une courge, ont constaté, au bout de dix jours, la présence de nombreuses bactéries. Beaucoup d'entre elles étaient déjà mortes; les survivantes étaient peu vigoureuses, résultat bien naturel si l'on songe : 1° que l'air de la courge est riche en acide carbonique; il en contient environ 4 pour 100; 2° qu'il n'était entré que quelques bulles d'air dans la décoction d'ailleurs très peu chargée; 3° enfin que cet air ne se renouvelait pas.

Un critérium, placé à côté de l'appareil précédent comme terme de comparaison, a offert les mêmes animalcules; mais ils étaient beaucoup plus nombreux et plus vifs, ce qu'il faut attribuer, sans aucun doute, à la grande quantité et au renouvellement facile de l'air avec lequel la décoction se trouvait en contact. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Regnault.)

MÉDECINE. — *Note sur le délire mélancolique considéré comme signe précurseur de la paralysie générale*, par M. *A. Linas*. — L'Académie a reçu trois communications successives concernant la période prodromique de la paralysie générale :

La première, de M. Baillarger, qui cherche à établir la *spécialité* de la *mélancolie hypochondriaque* comme signe précurseur de la démence paralytique;

La deuxième, de M. Brierre de Boismont, qui signale comme caractéristique de cette période la *perversion des facultés morales et affectives;*

Enfin, la troisième, de M. Billod, qui, tout en déclarant qu'il vient confirmer le sentiment de M. Baillarger, interprète d'une manière très différente l'observation rapportée par son éminent confrère, et conclut que c'est la *mélancolie avec stupeur* (et non la

mélancolie hypochondriaque) qui, le plus souvent, précède et annonce la paralysie générale.

Et chacun des auteurs précités d'alléguer des faits à l'appui de son opinion.

Qu'est-ce à dire? — C'est que la vérité n'est dans aucune de ces assertions prise exclusivement, mais qu'elle se trouve dans les trois réunies. En d'autres termes, le délire dépressif, précurseur de la paralysie générale, ne revêt point une physionomie spéciale, pathognomonique. Il est susceptible de prendre, non-seulement la forme *hypochondriaque*, mais encore toutes les autres nuances de la mélancolie.

Cette vérité n'avait point échappé (je tiens à le répéter ici) aux premiers observateurs qui ont écrit sur la paralysie générale; et je demande à l'Académie la permission de transcrire, à ce propos, un passage de ma thèse inaugurale où j'insiste particulièrement sur ce point :

«M. Calmeil (*De la paralysie chez les aliénés*, p. 243) mentionne tout au long l'observation « d'une jeune femme qui avait attenté à ses jours à une époque où ses membres étaient libres, et qui resta encore quelque temps lypémaniaque après être devenue paralytique. » — Il parle (p. 248) d'un vieillard « qui avait abusé de toutes les jouissances de la vie, était triste, porté à l'isolement, poursuivi par des odeurs imaginaires, en butte à des idées de suicide, et franchement paralytique. » — Le même auteur, dans son *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, relate 18 cas de paralysie générale, accompagnés de toutes les variétés de la lypémanie. — M. Bayle rapporte, dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, l'observation d'une paralytique chez laquelle le délire ambitieux était remplacé par un délire mélancolique avec des idées prédominantes d'empoisonnement. — M. Daveau, dans sa dissertation inaugurale (Paris, 1830), déclare avoir vu aussi quelques malades présenter une véritable lypémanie avec propension au suicide, etc. — M. Parchappe (*Recherches sur l'encéphale*, p. 154) dit que sur 22 cas de paralysie générale le délire mélancolique s'est rencontré deux fois. — M. Trélat rapporte (*Annales médico-psychologiques*, avril 1855) trois observations de paralysie générale avec lypémanie, idées fixes, hallucinations, etc. — On lit dans la *Thèse de concours* de M. Lasègue : « Souvent c'est la tristesse qui ouvre la marche; le paralytique a perdu de sa gaieté. » — Enfin, s'il m'est permis de me citer après ces médecins distingués, sur 158 cas de paralysie générale que j'ai relevés pendant trois ans à Charenton, j'en ai observé 19 qui s'accompagnaient de délire mélancolique *sous toutes ses formes.* »

En conséquence, m'appuyant sur l'observation clinique et sur l'autorité de MM. Calmeil, Bayle, Parchappe, Trélat, etc., je crois pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Ni le délire hypochondriaque, ni la mélancolie avec stupeur n'ont aucun caractère spécial, aucune valeur pathognomonique relativement à la période prodromique de la paralysie générale;

2° On peut observer au début, comme dans le cours de cette affection, toutes les variétés du délire mélancolique;

3° Cette vérité n'est pas une acquisition nouvelle dans l'histoire de la paralysie générale; et les faits rapportés par MM. Baillarger, Brierre de Boismont et Billod ne servent qu'à lui fournir un surcroît de démonstration. (*Comm. :* MM. Serres, Flourens, Rayer.)

M. *de Castelnau* adresse une *Note sur l'interdiction des aliénés*, note dans laquelle il cherche à appeler l'attention sur les conditions physiologiques auxquelles il faut avoir égard pour que des mesures judiciaires destinées à garantir les intérêts de personnes supposées incapables de les défendre elles-mêmes, ne leur deviennent pas, par le fait, plus préjudiciables qu'utiles.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. ROBINET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : Deux rapports des médecins en chef des hôpitaux militaires de Vichy et d'Amélie-les-Bains sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1859. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de remercîments de M. le docteur *Filhol* (de Toulouse), récemment élu membre correspondant. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Hattin*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements. (*Renvoi à la section.*) — *c.* Un mémoire sur plusieurs épizooties qui ont régné en Algérie, par M. *Camoin*, vétérinaire de l'armée. (*Comm.:* MM. Leblanc, Delafond et Bouley.)

M. *le Secrétaire perpétuel* fait hommage à l'Académie du premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Documents inédits relatifs à l'histoire des polypes naso-pharyngiens, tirés des archives de l'Académie royale de chirurgie*, par M. *A. Verneuil.*

M. *Michel Lévy* dépose sur le bureau, au nom de MM. *Ludger Lallemand, Perrin* et *Duroy*, un volume intitulé : *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme.*

M. *Duchenne* (de Boulogne) fait hommage d'une brochure sur la *paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.* « Jusqu'à ce jour, dit l'auteur, cette maladie s'est terminée fatalement par la mort dans l'espace de six mois à trois ans. Mais j'ai l'espoir que, reconnue à temps, à l'aide des signes diagnostiques que j'ai décrits, on pourra, sinon la guérir, du moins l'arrêter dans sa marche progressive. »

Lectures et mémoires.

VACCINE. — M. *Depaul*, en l'absence de M. Bousquet, continue la lecture du rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France pendant les années 1858 et 1859.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Devilliers* lit le résumé d'un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur la brièveté et la compression du cordon ombilical.* Les conclusions de ce travail ont été consignées dans un pli cacheté déposé par l'auteur le 18 mai 1858, et dont, sur sa demande, M. *le Secrétaire perpétuel* donne publiquement lecture.

Voici ces conclusions :

« La brièveté, soit accidentelle, soit naturelle du cordon ombilical, est l'un des accidents du travail de l'accouchement, dont le diagnostic présente le plus d'incertitudes et de difficultés.

» Presque tous les signes, considérés par les auteurs comme indiquant cet accident, ne s'appliquent pas directement à lui ou ne se rencontrent que très rarement dans la pratique.

» Je me propose de démontrer dans un travail (c'est celui que M. Devilliers communique aujourd'hui à l'Académie) basé sur un assez grand nombre d'observations, dont la première, décisive, remonte au 28 février 1858, que les signes indicateurs de la brièveté du cordon ombilical sont : — 1° un amoindrissement subit des mouvements du fœtus, à une époque plus ou moins rapprochée du terme, dans la brièveté accidentelle, ou des mouvements peu étendus pendant une grande partie de la grossesse, et surtout vers la fin, principalement dans la brièveté naturelle; — 2° quelquefois des douleurs utérines prématurées; — 3° l'élévation conservée du fond de l'utérus au moment du travail, et chez les femmes dont le bassin est bien conformé et dont l'enfant se présente d'une manière normale; — 4° pendant tout le travail de l'accouchement, une tension, une sorte de rigidité des parois de l'utérus, même entre les douleurs, et jusqu'à l'expulsion du fœtus; — 5° quelquefois une douleur rapportée à un point fixe du fond de l'utérus au moment des contractions; — 6° la présence du souffle ombilical sur un ou plusieurs points de la surface de l'utérus, surtout après la rupture des membranes, mais dans les cas de brièveté accidentelle seulement; — 7° souvent une marche lente du travail de l'accouchement, avec affaiblissement successif des contractions utérines dans les cas de brièveté très prononcée (sans autre cause apparente); — 8° des douleurs terminales très sensibles et comme réprimées dans les dernières périodes du travail; — 9° des signes de souffrance du fœtus à une époque avancée du travail, surtout les parties fœtales étant profondément engagées dans le bassin; — 10° une terminaison quelquefois brusque de l'accouchement, et précédée ou accompagnée d'une légère hémorrhagie.

» Les signes 1, 3, 4, 6 sont les plus caractéristiques. Leur pré-

sence doit toujours engager l'accoucheur à se tenir prêt à agir s'il le faut.

» Le danger de la brièveté naturelle ne se manifeste que vers les dernières périodes du travail, et est rare. Le danger de la brièveté accidentelle se manifeste plus tôt, et provient principalement de la *compression du cordon*.

» Au reste, ce dernier accident (qu'il y ait ou non brièveté du cordon ombilical) est pour l'enfant une cause de danger plus fréquente qu'on ne le croit généralement. »

Quant au traitement, M. Devilliers, dans la note qu'il a lue aujourd'hui à l'Académie, recommande les frictions avec l'extrait de belladone sur le col utérin, dans le but de modifier la résistance des parois de l'utérus et de son orifice, et, aussitôt qu'on le peut, de chercher à dégager ou à relâcher les anses du cordon, ou, si cela n'est pas praticable, de couper ce cordon, soit avec l'ongle, soit avec un instrument, en froissant l'extrémité fœtale, pour éviter l'hémorrhagie et terminer tout de suite l'accouchement. L'auteur rejette la version comme irrationnelle et dangereuse, et donne la préférence à l'emploi du forceps. (*Comm.* : MM. Moreau, Danyau et Depaul.)

Présentation.

M. *Boinet* présente un jeune homme guéri d'un kyste hydatique du foie par la ponction (selon la méthode de Récamier), suivie d'injections iodées, et qui avait été vainement traité d'abord par un assez grand nombre de ponctions capillaires.

A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 2 NOVEMBRE 1860.

1° Fragments sur l'extirpation des kystes de l'ovaire, par M. *Worms*.

2° Observation d'un abcès de la région lombaire, simulant un abcès par congestion, traité avec succès par la ponction et la médication iodée, par M. *de Langenhagen*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

FRACTURE DU CRANE. — FRACTURE DES DEUX AVANT-BRAS. — FRACTURE DE L'OMOPLATE. — PIQURE PAR UNE *pastenague*. — FONGUS D'UNE SYNOVIALE DE L'AVANT-BRAS. — TUMEUR ÉRECTILE.

M. *Richet* présente un jeune enfant exerçant la profession de fumiste, qui fut atteint par une brique à la région temporo-pariétale externe; il y eut perte de connaissance immédiatement; le lendemain matin, au moment de la visite, l'enfant paraissait être en très bon état. En examinant la région blessée, on reconnut qu'il y avait une *fracture avec enfoncement* d'un fragment osseux; on voyait le liquide céphalo-rachidien sortir à travers la plaie et se soulever à chaque inspiration. M. Richet prit alors l'avis de son collègue M. Denonvilliers; tous deux furent d'avis de ne pas pratiquer l'opération du trépan, et d'attendre; depuis ce moment, l'état de l'enfant n'a cessé d'être satisfaisant; la consolidation se fit régulièrement; il reste toujours un enfoncement considérable, et l'enfant est très bien portant.

Il a séjourné récemment dans le service de M. Marjolin, pour une *fracture des deux avant-bras*, et ce chirurgien fait constater que, d'un côté, il n'y a pas la moindre déformation, et qu'il y en a fort peu de l'autre côté, contrairement à l'opinion émise par M. Goyrand.

M. *Chassaignac* fait remarquer avec raison que M. Goyraud a parlé de la déformation pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et non pour celles qui, comme dans le cas présent, siégent à la partie moyenne de l'avant-bras.

Un autre malade, présenté également par M. Richet, a été atteint d'une *fracture de l'omoplate*. Renversé par une voiture, dont la roue passa sur son dos, il fut pansé par une vieille femme; lorsqu'on enleva l'appareil placé par la commère, il s'aperçut qu'il ne pouvait remuer le bras. Il vient à l'hôpital Saint-Louis, où l'on constate une fracture de l'omoplate déjà presque entièrement consolidée; on sent une encoche sur le bord spinal, à 3 centimètres de l'épine de l'omoplate; sur le bord axillaire, on sent une saillie, qui pendant les mouvements du bras se porte en avant et en haut, et simule une tumeur. Il y a aujourd'hui trois mois et demi que l'accident a eu lieu, et le malade ne peut pas se servir de son bras. M. Richet rappelle que, suivant M. Malgaigne, le pronostic de ces fractures, d'ailleurs rares, serait peu grave. Il n'en est pas ainsi dans ce cas. M. Laborie, qui a eu occasion de voir cinq ou six cas de fractures de l'omoplate, dit que cinq ou six mois après, les blessés ne se servaient que très imparfaitement du membre correspondant.

M. *Thomas de Closmadeuc*, chirurgien à Vannes, adresse par l'intermédiaire de M. Follin l'observation d'un malade qui a été blessé par une pastenague, poisson dont la queue est armée d'un dard. Ambroise Paré, et avant lui Pline et Dioscoride, avaient signalé la gravité des blessures que peut faire cet animal.

Un jeune laboureur de vingt et un ans était occupé à pêcher à l'embouchure de la Vilaine, lorsqu'il trouva dans son filet une pastenague pesant environ vingt livres; il voulut la jeter sur le rivage; mais dans ce mouvement il fut atteint par la queue de l'animal, qui lui fit une blessure à la partie postérieure et inférieure de la cuisse; une grande quantité de sang vermeil s'écoula immédiatement; il alla se faire panser chez une châtelaine du pays, et la plaie guérit assez rapidement. Mais plus tard il sentit dans le creux du jarret une tumeur grosse comme une petite noix, à laquelle il ne fit pas grande attention; mais le 17 de ce mois il sentit dans cette tumeur un claquement avec bouillonnement suivi d'engourdissement et de gêne de la jambe. Il entra à l'hôpital, où il fut examiné par M. de Closmadeuc, qui constata l'existence d'un anévrysme poplité; tumeur grosse comme une orange, fluctuante, avec battements; bruit de souffle réductible, s'affaisant sous l'influence de la compression de la fémorale. Ici s'arrête l'observation; nous espérons que l'auteur la complétera ultérieurement.

Un des chirurgiens les plus distingués de la province, M. *Notta* (de Lisieux), a donné lecture d'une observation très intéressante de *fongus de la synoviale des muscles long abducteur et court extenseur du pouce*.

Une jeune fille de vingt-cinq ans, domestique, fit une chute à la suite de laquelle on lui appliqua sur le bras un appareil compresseur en fer-blanc; sous l'influence de cette compression inintelligente, conseillée par des commères (toujours!), il se forma audessous des tumeurs disposées en chapelet, au nombre de trois principales, fluctuantes, dans lesquelles on sentait des graines hordéiformes. M. Notta conseilla l'application de compresses trempées dans de l'alcool à 40 degrés; insuccès; puis des vésicatoires volants, au nombre de huit, qui amenèrent la disparition du liquide; mais il resta une masse solide contre laquelle échouèrent tous les moyens.

Le 12 mai dernier, M. Notta se décida à pratiquer l'ablation de la tumeur; l'opération fut assez délicate, et malgré les soins du chirurgien, il en resta quelques petits fragments adhérents aux tendons. Irrigation continue pendant cinq jours. Bourgeonnement de la plaie; saillie des bourgeons; application de teinture d'iode pure pour les réprimer; pansement avec des bandelettes de diachylon. Guérison. Les mouvements sont rétablis aussi faciles et complets que de l'autre côté. Pas de récidive aujourd'hui.

M. *Bertherand*, professeur à l'École préparatoire d'Alger, succède à M. Notta; il lit une observation de *tumeur érectile de la région temporale et du thorax* guérie par la ligature de la carotide externe d'abord, puis le soir même de la carotide primitive, la première opération ayant paru insuffisante. Ces ligatures, faites sur un enfant de quatre mois et demi, n'ont été suivies d'aucun accident et ont amené la guérison de la tumeur érectile.

JULES ROUYER.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Paralysie de la branche ophthalmique de Willis; observation par M. le docteur CH. ARCHER, professeur de chirurgie et d'ophthalmologie au Collége médical de Calcutta.

OBS. — Kassinath Raha, Hindou, âgé de quarante-deux ans, se présenta à l'hôpital ophthalmologique de Calcutta le 6 juillet 1859, pour se faire traiter d'une perte de la vision et de la sensibilité de l'œil droit. — Il avait eu des chancres environ vingt ans auparavant, et des accidents secondaires deux ans après les accidents primitifs; il fut guéri de ces accidents sans faire usage du mercure. Depuis ce temps, il n'a pas eu d'éruption cutanée, mais pendant les seize dernières années il a été sujet à des douleurs rhumatismales. En 1855 il eut un catarrhe violent, accompagné d'une forte épistaxis; il resta ensuite sujet à une migraine présentant de fortes exacerbations nocturnes, dont l'intensité diminua insensiblement; il en resta une douleur sourde dans le côté droit du front, douleur à laquelle succédèrent, à une époque que le malade ne peut préciser, une sensation d'engourdissement et un affaiblissement progressif de la sensibilité.

A mesure que ce symptôme se prononçait davantage, la peau commença, dans les mêmes points, à éprouver une décoloration successive; ce changement de coloration se fit d'abord remarquer au niveau du front. L'affaiblissement de la vision se produisit en même temps. Environ six mois avant d'entrer à l'hôpital, le malade eut une attaque de conjonctivite.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, la conjonctive, tant oculaire que palpébrale, était complétement insensible. On pouvait toucher et mouvoir le globe oculaire avec les doigts, sans provoquer la moindre sensation désagréable. La sensibilité était également abolie dans la peau des deux paupières, et surtout de la supérieure, et autour de l'œil droit, à la joue, au front et au nez; cette anesthésie ne dépassait pas la ligne médiane du côté gauche. L'occlusion des paupières se faisait avec quelque difficulté à droite, mais elle était cependant possible.

Le malade se plaignait d'une douleur sourde dans l'œil et dans l'orbite, il ne percevait qu'une très faible sensation lumineuse du côté droit, et ne distinguait aucune espèce d'objet. A part la douleur sourde dont l'œil est le siége, le malade dit éprouver dans les parties anesthésiées une sensation de froid et de fourmillements. La perspiration cutanée y était complétement supprimée.

Au commencement de la maladie, l'œil droit avait été le siége d'un larmoiement assez fort et d'une hypersécrétion des glandes de Méibomius; à la même époque, la narine du côté droit était le siége d'un écoulement muqueux abondant, et les perceptions olfactives y étaient un peu affaiblies. Ces accidents se maintinrent pendant quatre ou cinq mois, puis tous disparurent.

Lorsque le malade fut reçu à l'hôpital de Calcutta, l'œil droit était de nouveau le siége d'un léger larmoiement. La peau du côté droit du nez et du front et d'une partie de la joue, du même côté, était très sensiblement décolorée; le pigment noir de la couche de Malpighi y avait évidemment disparu en partie. Les poils du sourcil de ce côté présentaient également une nuance beaucoup plus claire que ceux du côté opposé.

La conjonctive était le siége d'une congestion chronique et ses vaisseaux présentaient un grand nombre de dilatations variqueuses. La cornée présentait dans sa moitié inférieure une opacité due à une altération de son épithélium, et correspondant à l'ouverture pupillaire. L'iris avait une teinte brune, mate et adhérait en partie à la capsule cristalline. La pupille était rétrécie, et son champ était occupé par des fausses membranes opaques (fausse cataracte).

Au reste, le malade ne présentait aucun indice d'une affection cérébrale; les mouvements de mastication, etc., se faisaient parfaitement du côté droit comme à gauche; les sens de l'olfaction, du goût et de l'ouïe étaient parfaitement conservés. Dans un appartement chauffé à 81° et demi Farenheit, la température était de 88° à la joue droite, de 89° trois quarts à la joue gauche; de 88° et demi au globe de l'œil droit, de 90° au gauche; de 92° au canthus droit, de 93° du côté opposé.

M. Archer pensa que cette paralysie du nerf ophthalmique de Willis pouvait fort bien se rattacher à la vérole dont le malade avait présenté des signes non douteux. Un traitement par l'iodure de potassium fut par conséquent institué, et au bout de quelques semaines, les parties analgésiques avaient déjà repris un peu de sensibilité; l'opacité de la cornée se dissipait en même temps, sans que l'on eût eu recours contre elle à aucun topique, et on voyait même les fausses membranes qui occupaient le champ pupillaire diminuer d'opacité; le malade commençait à distinguer des objets un peu volumineux. — L'observation s'arrête là. (*The Indian Annals of Medical Science*, juillet 1859, n° publié le 10 avril 1860.)

Terminaison rare d'un corps fibreux de l'utérus; observation par M. le docteur LUMPE.

OBS. — Fr. Sch..., âgée alors de trente et un ans, fit en 1848 deux fausses couches à la suite desquelles elle resta sujette à des ménorrhagies abondantes et s'aperçut de l'apparition et du développement progressif d'une tumeur, accompagnés de douleurs dans le bas-ventre. Plusieurs saisons passées à des stations d'eaux minérales restèrent sans utilité. La malade devenait de plus en plus anémique. — En 1856, elle consulta M. Lumpe, qui lui prescrivit des ferrugineux et du sulfate de quinine. Ce traitement diminua à la fois les ménorrhagies et l'anémie. — En 1858, les pertes devinrent de nouveau très abondantes à chaque époque menstruelle, mais la malade ne s'en inquiéta pas beaucoup, parce que l'écoulement menstruel ne se prolongeait pas plus qu'à l'état normal.

Mais le 2 juin 1859, elle eut une ménorrhagie d'une violence inouïe, qui dura environ quinze jours. A cette époque, la tumeur fibreuse que M. Lumpe avait eu l'occasion d'examiner plusieurs fois antérieurement, et qui se trouvait au voisinage du fond de l'utérus, avait le volume d'une tête d'adulte, elle était assez mobile, sans grande sensibilité des parties voisines, d'une consistance uniforme, sans fluctuation. — La malade resta ensuite cinq semaines sans éprouver aucune espèce de perte; pendant ce temps, la sécrétion urinaire était diminuée et le pied gauche commençait à s'œdématier.

La malade eut alors, à plusieurs reprises par jour, des évacuations, survenant brusquement, sous forme de jet, d'un liquide séro-purulent, fétide, contenant des détritus organiques. Ces évacuations se prolongèrent sans interruption pendant près de quatre mois. Vers le milieu du mois d'août, l'œdème de l'extrémité inférieure gauche avait presque entièrement disparu, en même temps la malade avait éprouvé spontanément une diurèse et une diarrhée abondantes. Mais quelques semaines plus tard, l'anasarque reparut aux pieds, à la face, au dos, aux mains, et persista jusqu'à la fin du mois d'octobre.

A l'anasarque et aux symptômes d'une anémie extrême s'étaient ajoutés de l'anorexie, des nausées, de l'insomnie, symptômes qui persistèrent pendant deux mois. A la fin d'octobre, quand l'anasarque disparut, la malade était tellement amaigrie et affaiblie, que l'on concevait les plus vives inquiétudes sur son sort.

Il y eut alors une amélioration inattendue. La malade recouvra petit à petit l'appétit et le sommeil, la physionomie reprit de l'expression, le teint terreux, la lassitude extrême disparurent. Les évacuations fétides qui se faisaient par le vagin diminuèrent, et, le 29 décembre 1859, la malade eut enfin une menstruation normale. — Pendant toute cette phase de la maladie, la tumeur fibreuse avait diminué peu à peu de volume; elle avait fini par ne plus dépasser la symphyse du pubis.

Peu de temps avant le retour de la menstruation la malade avait commencé à rendre, avec les évacuations vaginales, des *concrétions calcaires* d'un volume très variable, analogues à celles que l'on trouve quelquefois dans le placenta. Après la réapparition des règles, ces concrétions furent rendues en plus grand nombre encore. A partir de ce moment, la malade se rétablit rapidement; les évacuations par le vagin continuèrent cependant encore pendant plusieurs mois, et en même temps la tumeur continuait à diminuer de volume. Le 21 juin 1860, le corps de l'utérus, surajouté de cette tumeur, avait à peu près le volume d'un poing. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, n° 29, 1860.)

Sur la microcéphalie considérée dans ses rapports avec la question des caractères du genre humain, par M. le docteur P. GRATIOLET.

M. Gratiolet a eu l'occasion d'étudier le crâne et le cerveau de trois microcéphales, dont deux de race blanche et un appartenant à une race nègre. Les particularités anatomiques du cerveau de ces êtres singuliers sont surtout intéressantes au point de vue de la distinction qui subsiste entre l'homme et les êtres qui en sont le plus rapprochés.

En comparant le cerveau des singes à celui de l'homme, M. Gratiolet a reconnu que dans l'âge adulte le mode d'arrangement des plis cérébraux est le même dans l'un et dans l'autre groupe; si l'on s'arrêtait là, il n'y aurait donc point de motifs suffisants pour séparer l'homme des animaux en général. L'étude du développement oblige au contraire à l'en distinguer absolument; voici comment: les circonvolutions temporo-sphénoïdales apparaissent les premières dans le cerveau des singes, et s'achèvent par le lobe frontal; chez l'homme, c'est précisément l'inverse qui a lieu: les circonvolutions frontales apparaissent les premières, les temporo-

sphénoïdales se dessinent en dernier lieu. C'est la même série, répétée en sens contraire.

De ce fait constaté très rigoureusement résulte une conséquence nécessaire : aucun arrêt de développement ne saurait rendre le cerveau humain plus semblable à celui des singes qu'il ne l'est dans l'âge adulte ; loin de là, il en différera d'autant plus qu'il sera moins développé. Cette conséquence est complétement justifiée par le cerveau des microcéphales : au premier abord, on pourrait le prendre pour quelque cerveau de singe nouveau et inconnu ; mais il suffit de la plus légère attention pour éviter cette erreur. Dans un singe, la scissure parallèle serait longue et profonde ; le lobe sphénoïdal serait chargé d'incissures compliquée. Dans un microcéphale, au contraire, la scissure parallèle est toujours incomplète et quelquefois nulle, et le lobe sphénoïdal est presque entièrement lisse.

En outre, chez les microcéphales, le deuxième pli de passage entre le lobe pariétal et l'occipital est toujours superficiel, ce qui est un caractère absolument propre à l'homme. Dans les cerveaux de pithèques, au contraire, ce pli est constamment caché sous l'opercule du lobe occipital.

Ainsi, au milieu de leur anéantissement, les cerveaux de microcéphales présentent des caractères humains ; moins volumineux souvent, et moins plissés que ceux de l'orang ou du chimpanzé, ils ne leur deviennent point semblables. Le microcéphale, si réduit qu'il soit, n'est point une bête, c'est un homme amoindri.

M. Gratiolet s'est assuré que la microcéphalie devance incontestablement la naissance ; chez un des microcéphales qu'il a étudiés, la forme générale du cerveau et de la scissure de Sylvius montrait que la monstruosité était au moins contemporaine du cinquième mois.

M. Gratiolet signale l'énorme développement du cervelet chez ces êtres pour ainsi dire agames, car ils n'atteignent jamais la puberté. Ce fait, très peu favorable à la théorie de Gall, l'est beaucoup plus à celle de M. Flourens. Les microcéphales normaux se meuvent avec une rapidité, une aisance, une harmonie parfaite ; un très grand développement relatif de la moelle et du bulbe contribue sans aucun doute à cette agilité. La réduction porte surtout, et presque exclusivement, sur les hémisphères cérébraux. Les organes extérieurs des sens sont grands, bien développés, les nerfs qui s'y rendent ont un développement qui dépasse les limites de l'état normal.

Après avoir essayé de démontrer que les microcéphales conservent les caractères matériels ou zoologiques de l'homme, M. Gratiolet fait remarquer qu'ils en conservent également les aptitudes intellectuelles propres. « La plupart, dit-il, ont un langage intelligible, très peu riche il est vrai, mais articulé et abstrait ; leur cerveau, inférieur en apparence à celui d'un orang ou d'un gorille, est cependant celui d'une *âme parlante*. Cette virtualité innée et pour ainsi dire ineffaçable, est certainement le caractère le plus éclatant, le plus noble de l'homme. Elle frappe, en regard de cette atténuation, de cet anéantissement partiel des organes de l'intelligence ; ainsi, la maladie, l'asthéniogénie peuvent amoindrir l'homme, elles n'en font point un singe. » (*Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, t. I, p. 61.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

De l'action de l'air sur les plaies, les ulcères et les foyers purulents, par M. J.-B. Blanc. Montpellier, 1860.

Du gaz acide carbonique comme analgésique et cicatrisant des plaies, par M. E. Salva. Paris, 1860.

L'action de l'air sur les plaies n'intéressant que les parties superficielles du corps et sur celles qui, plus profondes, mettent pour un temps variable, au contact de l'extérieur, les os, les tendons, les articulations, les grandes cavités séreuses, etc., est un des problèmes les plus importants, mais aussi des plus difficiles de la chirurgie.

Quoique posé dès l'origine de l'art, ce problème est encore loin d'être résolu ; nous n'en voudrions d'autre preuve que la discussion si importante et si vive qui, l'année dernière, s'éleva au sein de l'Académie de médecine à propos des sections sous-cutanées. Quel rôle faut-il attribuer à l'air dans le développement de la suppuration, dans la marche plus ou moins rapide de la cicatrisation des plaies ? quelle influence exercent sa température, sa composition, etc. ? C'est ce que M. Blanc a cherché à étudier dans son travail.

Les plaies, envisagées d'une manière générale, peuvent être divisées en sous-cutanées, affrontées, nues ou exposées, suivant l'expression de Hunter ; elles peuvent être recouvertes de croûtes. Les plaies exposées ont surtout attiré l'attention de l'auteur. Dans un premier chapitre, il étudie l'action momentanée de l'air sur les plaies exposées récentes. Le premier effet de l'air à la température ordinaire est une légère irritation, qui met en jeu la contractilité des vaisseaux capillaires divisés ; de là résulte une certaine action hémostatique connue de tous, mais qu'on ne met peut-être pas assez à profit. En effet, cette contractilité n'est point permanente, elle ne persiste qu'autant que l'excitant reste appliqué sur la surface de la plaie. La cessation de tout écoulement sanguin par les capillaires divisés, dans les premiers instants qui suivent l'opération, le retour si fréquent d'une légère hémorrhagie lorsque le malade, immédiatement pansé, a été reporté dans son lit, sont des faits qui ont frappé tous les chirurgiens. Pour se garantir de cette hémorrhagie consécutive, plusieurs de nos maîtres ne procédaient au pansement qu'après plusieurs heures, afin de donner le temps aux capillaires contractés de s'oblitérer définitivement, par la formation d'un caillot dans leur intérieur. Mais, depuis quelques années, cette pratique a été presque universellement abandonnée dans nos hôpitaux, et nous pensons que c'est à cette cause surtout que l'on doit attribuer le succès si rare de la réunion immédiate qui réussit si souvent en Angleterre. Les chirurgiens anglais ne procèdent au pansement que plusieurs heures après l'opération et se mettent ainsi à l'abri d'un suintement sanguin qui, venant comme un corps étranger s'interposer entre les lèvres de la plaie, empêche sa réunion par cicatrisation primitive. L'air nous paraît ici agir surtout par sa température inférieure à celle de la plaie. C'est encore de la même façon qu'il agit, en éveillant des sensations pénibles, douloureuses même, sur la surface du derme dénudé, par un vésicatoire par exemple.

M. Blanc fait ici jouer aux corpuscules répandus dans l'atmosphère, et qu'il considère comme des corps étrangers microscopiques, un rôle qui nous paraît exagéré :

« Les corpuscules voltigeant à l'état de poussière dans l'atmo-
» sphère contribuent, à un certain degré, à communiquer à l'air
» des propriétés irritantes et jouent le rôle de corps étrangers à
» la fois infiniment petits et infiniment nombreux. On peut s'en
» assurer facilement en voyant ce qui a lieu sur une partie du
» corps où la vésication a soulevé l'épiderme. Dernièrement, à
» l'Hôtel-Dieu, j'entendais M. le professeur Trousseau attribuer à
» ces molécules en suspension dans l'air une grande partie de
» l'impression pénible que produit ce fluide immédiatement après
» l'opération de la trachéotomie. »

Nous ne saurions partager complétement cette manière de voir. Que dans certains ateliers, où l'air se trouve comme saturé de poussières, dont l'œil constate de suite la présence, cette action irritante puisse s'exercer, on ne saurait le nier, puisque notre muqueuse laryngienne elle-même s'en trouve quelquefois gravement et immédiatement offensée ; mais on ne peut dire la même chose des poussières microscopiques étudiées récemment par M. Pasteur. Si l'air irrite la muqueuse bronchique d'un opéré de trachéotomie, c'est par sa température, car, n'ayant pas eu à traverser la bouche, les fosses nasales ou le larynx, il est à la fois et plus froid et plus sec. La cravate de mousseline dont M. Trousseau, suivi en cela par presque tous les chirurgiens, garnit le cou de ses opérés, a pour but ou au moins pour résultat de placer au-devant de la canule une sorte de réservoir d'air chaud ; mais les larges mailles de

l'étoffe ne sauraient empêcher le passage des molécules microscopiques auxquels M. Blanc fait allusion.

L'action de l'air, en contact permanent avec une plaie, varie suivant la température. D'une manière générale, on peut dire que l'air chaud est plus favorable que l'air froid. Malgré les idées que le vulgaire professe à cet égard, les climats chauds sont plus favorables à la guérison des plaies, d'amputations par exemple, que les climats même tempérés, tels que le nôtre. Larrey, qui, pendant les longues guerres de la République et de l'Empire, a prodigué ses soins aux malheureux blessés sous des climats si différents, exprime plusieurs fois l'étonnement qu'il éprouva, de voir avec quelle rapidité les plaies les plus graves se guérissaient sous le ciel brûlant de l'Égypte, tandis que les insuccès étaient beaucoup plus fréquents dans les pays dont la température était plus froide. Cependant il ne faut pas oublier que, si la chaleur est favorable au malade, elle peut avoir de grands inconvénients en accélérant la décomposition des matières putrides, lorsqu'il s'agit surtout de blessés réunis en grand nombre dans des lieux où l'aération n'est pas toujours suffisante.

Cette propriété cicatrisante de la chaleur a inspiré à M. Guyot l'idée d'un procédé particulier de médication auquel il a donné le nom d'incubation. A. Paré semble avoir reconnu à l'air chaud une influence favorable, car il recommande, pour hâter la guérison des plaies de tête, d'allumer un réchaud près du malade ; c'est dans un but analogue que quelques chirurgiens du dernier siècle, Faure entre autres, employèrent la calorification objective par les charbons ardents.

M. Guyot semble attribuer à la température de l'air toute l'influence qu'il possède sur les plaies. « Rendons, dit-il, la température de l'air égale à celle de l'organisation et l'air ne sera plus redoutable. » Malgré les promesses qu'elle faisait espérer lors de son apparition, la méthode de l'incubation a cessé d'être employée dans nos hôpitaux.

L'air peut encore agir sur les plaies suivant sa qualité : l'étude de cette action forme la quatrième partie du travail qui nous occupe. M. Blanc traite en quelques mots de l'action de l'air ozonisé, c'est-à-dire renfermant une plus grande quantité d'ozone ou d'oxygène électrisé. Les essais, dit l'auteur, ne permettent pas jusqu'ici de se prononcer ; nous ne pouvons que lui donner raison sur ce point ; mais ne se met-il pas un peu en contradiction avec lui-même, lorsqu'en citant une simple assertion de M. Lafosse, qu'une atmosphère ozonisée est funeste aux opérés de la cataracte, il ajoute : « Ainsi, avant que la chimie eût éclairé la question, les chirurgiens avaient fait leurs remarques sur l'air ozonisé. »

Quelques pages seulement sont consacrées à l'étude de l'influence de l'air chargé de miasmes sur la cicatrisation des plaies. La question de l'apparition et de la propagation de la pourriture d'hôpital, de la diphthérite, eût mérité un peu plus de développement.

L'air peut renfermer artificiellement en proportions très différentes de l'état normal quelques-uns des éléments qui le constituent : l'action de l'air oxygéné, le remplacement de l'air atmosphérique par des gaz inertes comme l'azote, l'acide carbonique, l'hydrogène, ont fait dans ces dernières années le sujet d'études intéressantes. L'auteur en a rappelé les principaux résultats. Beddoes a constaté l'action irritante de l'oxygène pur, dont l'emploi augmente considérablement les effets de l'inflammation.

Dans la séance du 17 mars 1857, MM. Dechambre et Marc Sée ont rendu compte devant l'Académie de médecine d'expériences très intéressantes faites sur l'influence de l'hydrogène, de l'air confiné et de l'huile sur les plaies.

Cette année même, MM. Demarquay et Leconte ont présenté à l'Académie des sciences, une note sur la cicatrisation des plaies sous l'influence de l'acide carbonique. C'est cette étude qui fait le sujet de la thèse de M. Salva. Une partie de son travail a rapport à la propriété analgésique de l'acide carbonique. Cette action est loin d'être constante, et l'expérience tentée par l'auteur sur lui-même est loin de venir à l'appui de ses conclusions, basées sur plusieurs faits observés, surtout à la maison municipale de santé. En effet, M. Salva, après s'être appliqué sur l'avant-bras, un vésicatoire de 6 centimètres de diamètre et avoir détaché l'épiderme, plongea le bras dans un manchon en caoutchouc rempli de gaz carbonique. La sensation de cuisson douloureuse éprouvée au contact de l'air persista pendant dix minutes dans l'acide carbonique ; elle avait presque disparu, lorsqu'une nouvelle introduction de gaz raviva la douleur et un sentiment de cuisson qui persista une demi-heure.

L'acide carbonique comme analgésique local a surtout été employé et étudié dans ces dernières années pour les affections utérines douloureuses. Hippocrate, tant il est vrai que l'on retrouve tout, je dirai presque tout ce que l'on veut, dans les livres du père de la médecine, ne croyait pas donner des douches d'acide carbonique lorsqu'il faisait brûler des herbes aromatiques, dont on dirigeait, au moyen d'un morceau de roseau, la fumée dans le vagin, dans le but de calmer les douleurs liées à la dysménorrhée.

Étudiées de nouveau par M. Simpson en Angleterre, et en France par MM. Follin, Broca et Demarquay, les douches utérines ont donné des résultats variables, en général négatifs, et leur usage est maintenant à peu près abandonné. Quelques accidents ont même été observés, et, quoique M. Salva semble innocenter complétement l'acide carbonique, des exemples, qu'il rapporte du reste, doivent rendre les chirurgiens très réservés sur l'emploi de ce moyen. M. Cl. Bernard fut témoin de véritables accidents d'intoxication analogues à ceux qu'on observe au commencement de l'asphyxie par le charbon. Scanzoni a vu une femme succomber immédiatement au début d'une douche d'acide carbonique faite dans l'intérieur du col de l'utérus ; la malade était enceinte de quatre mois. Ces faits méritaient d'autant plus d'être discutés, qu'une bonne partie du travail de M. Salva est consacrée à démontrer que l'acide carbonique injecté agit par absorption.

Les douches d'acide carbonique ont encore été mises en usage contre l'élément douloureux qui vient si souvent compliquer les affections vésicales ; l'auteur rapporte plusieurs faits favorables à la méthode, et surtout une expérience dans laquelle M. Broca put s'assurer que l'injection d'acide carbonique avait bien réellement une action analgésique. Une injection d'air atmosphérique fut faite à l'insu du malade au lieu de celle d'acide carbonique qu'on lui faisait chaque jour. Il ressentit une vive douleur, des envies fréquentes d'uriner ; le soulagement suivit de nouveau, et, comme d'ordinaire, chez lui du moins, l'emploi du gaz carbonique.

Mais dans ces injections, qu'il faut faire avec une sonde à double courant, il faut éviter que l'oblitération d'une des ouvertures de la sonde ne détermine une distension de la vessie qui pourrait parfois être dangereuse.

M. Salva rapporte brièvement l'histoire d'un fait des plus intéressants, car il pourrait faire croire à une rupture de la vessie sans accidents consécutifs ; malheureusement l'observation est trop incomplète pour qu'on puisse se rendre compte de ce qui a pu s'être passé. Le même reproche doit être fait aux observations qu'il cite à l'appui de l'action favorable de l'acide carbonique sur les plaies, et cette brièveté exagérée enlève à son travail une grande partie de sa valeur. L'action cicatrisante de ce nouvel agent thérapeutique n'est pas encore connue ; pour que les exemples cités puissent faire la base d'une opinion raisonnée et raisonnable, il faut que l'on puisse se rendre compte des circonstances du fait, savoir si d'autres agents n'ont pas été conjointement employés, quelles modifications a subie la suppuration, quelle marche a suivie la cicatrisation, etc.

M. Gosselin a entrepris à l'hôpital Beaujon quelques expériences, mais qui ne lui paraissent pas encore suffisantes pour entraîner la conviction, et surtout pour savoir si l'acide carbonique agit par ses propriétés excitantes, ou simplement comme un moyen analogue à la ventilation des plaies.

Le contact de l'air est-il nuisible aux plaies en suppuration ? M. Blanc semble lui faire jouer un rôle des plus importants. « Chez un amputé, dit-il, qui tenait son moignon crural élevé à cause de douleurs intolérables qu'il éprouvait lorsqu'on tentait de placer la cuisse dans une position déclive, j'ai observé que l'état général, jusque-là de plus en plus satisfaisant, s'était aggravé au point d'entraîner la mort du malade peu de temps après que le moignon eût été abaissé. *L'écoulement de pus une fois opéré,* l'accès de l'air sur la surface traumatique détermina des altérations qui se traduisirent

dès le lendemain par l'écartement plus grand des lèvres de la plaie et la modification du pus qui parut moins bien lié. »

N'est-ce pas là une induction un peu risquée ? Le changement de position, qui place les muscles dans une situation toute différente, en faisant contracter ceux qui étaient relâchés, en relâchant dans l'extension ceux qui se trouvaient tendus dans la flexion, l'afflux du sang dans les parties déclives sous l'influence de la pesanteur, et son retrait dans la position élevée, n'est-ce pas autant qu'il en faut pour rendre compte des phénomènes observés? En outre, considérer la stagnation du pus dans une plaie d'amputation comme une circonstance favorable, c'est aller directement contre les idées professées en thérapeutique chirurgicale. Sans doute, l'emploi du pansement par occlusion a montré que le pus n'a pas toutes les qualités nuisibles qu'on est tenté de lui attribuer; mais c'est dépasser le but que d'attribuer à son évacuation le développement de l'infection purulente qui emporta le malade.

Cependant il faut reconnaître que mettre à l'abri de l'air ambiant les plaies d'amputation a été, dans ces dernières années, la préoccupation de bien des chirurgiens. De là toutes ces méthodes ou ces procédés de pansement par occlusion, de séjour du membre dans une atmosphère d'air chargé de principes étrangers ou de gaz, comme l'acide carbonique, ou même dans l'eau, comme l'ont préconisé MM. Langenbeck et Valette (de Lyon). Chaque novateur a vanté ses succès, malheureusement l'infection purulente est toujours restée aussi fréquente. La méthode de MM. Langenbeck et Valette, qui est une véritable macération du moignon, et que nous avons eu l'occasion d'essayer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, a produit la mortification d'une partie de la plaie, et n'a pas tenu les promesses de ceux qui l'importèrent en France.

L'insuccès de toutes ces méthodes dont l'auteur n'a dit que quelques mots, doit au moins servir à nous montrer que l'action de l'air n'a que peu de part dans le développement de l'infection purulente. N'oublions pas non plus que cette terrible complication des plaies est beaucoup moins rare en Angleterre, là où la plaie n'est protégée contre l'influence de l'atmosphère que par des compresses de *lint* imbibées d'eau froide ; il faut donc invoquer une autre cause. Pour nous, les succès plus nombreux obtenus par nos confrères étrangers nous paraissent tenir, en grande partie, à l'habitude d'alimenter très fortement les opérés, sans faire sortir toutefois l'alimentation des limites convenables. Mais alors comment expliquer cette influence? Faut-il invoquer la diminution de la tendance à l'absorption, que l'alimentation et la plénitude du système vasculaire diminuent, à l'état physiologique, dans une si forte mesure? Attribuer à l'absorption du pus en nature le développement de l'infection purulente c'est revenir aux idées anciennes, et se mettre en contradiction avec les doctrines qui paraissent appuyées sur des bases irréfutables. C'est un chapitre très important de l'histoire des plaies que nous ne pouvons aborder, mais sur lequel nous aurons sans doute occasion de revenir. Qu'il nous suffise de dire, dès à présent, que les remarques de M. Bérard sur l'impossibilité du passage des globules purulents à l'intérieur des capillaires sanguins, plus étroits que le diamètre des globules du pus, n'est pas un argument péremptoire, car l'infection purulente ne paraît se développer qu'à la condition qu'il existe dans la plaie des canalicules veineux perméables, comme dans les os ou les parties très vasculaires, telles que le rectum, les parties génitales, etc. Quelques autopsies, et M. Blanc en rapporte encore un nouvel exemple, ont montré du pus à l'intérieur de petites veinules ouvertes dans la plaie, sans que l'on puisse raisonnablement invoquer une phlébite capillaire.

Quant à l'action de l'air sur les plaies, au point de vue du développement de la suppuration ou de la réunion immédiate, c'est une question que nous avons traitée assez longuement il y a un an (voyez *Gazette hebdomadaire*) pour que nous ne jugions pas à propos d'y revenir. Nous nous bornerons à une remarque.

Dans les expériences où M. Malgaigne, insufflant de l'air sous la peau d'un lapin auquel il avait fait un grand nombre d'incisions sous-cutanées, n'a pas obtenu de suppuration, la plaie n'avait été en contact que *temporairement* avec l'air extérieur. L'air atmosphérique est si vite résorbé, que la plaie, quelques heures après, ne rentrait plus que dans les conditions d'une plaie sous-cutanée, puisque l'air ne s'y trouvait plus. Que faut-il pour qu'une incision se réunisse par première intention? Que toutes ses parties sans exception soient assez rapprochées pour que la lymphe plastique sécrétée puisse s'organiser et se vasculariser par toutes ses faces, si je puis ainsi dire. Or, si l'on suppose une plaie sous-cutanée dans laquelle l'air n'a pu pénétrer, que les bouts divisés d'un tendon par exemple soient éloignés, peu importe, il reste toujours interposé entre eux des tissus vivants, puisque le vide ne peut exister au sein de nos tissus, et que l'air n'a pu pénétrer dans la plaie ; les parties voisines, le tissu cellulaire, se sont interposés entre les extrémités divisées, et l'organisation primitive de la lymphe plastique épanchée peut se faire sans obstacle. Si l'on injecte de l'air, il s'interposera entre les parties divisées, et tant qu'il restera, le rapprochement sera impossible, et il en sera de même de la cicatrisation immédiate : l'air sera ici un corps étranger au même titre qu'un séton, une esquille, etc.; mais cette organisation de la lymphe plastique ne se fait pas en une heure. Ne voit-on pas tous les jours des plaies accidentelles datant de six ou huit heures, être rapprochées par le chirurgien et se réunir par première intention ? L'air injecté dans les expériences de M. Malgaigne disparaît rapidement, et, quand l'absorption l'a fait disparaître, la plaie se trouve replacée dans les mêmes conditions que si elle avait été primitivement et rigoureusement sous-cutanée. Or, si on laisse béante une ouverture extérieure qui permettra à de nouvelles quantités d'air de remplacer celui qui a été absorbé, la suppuration sera inévitable, car le corps étranger interposé dans la plaie subsistera et tout rapprochement exact et immédiat des parties sera impossible. Cette explication de fait de l'action de l'air sur les plaies sous-cutanées pourra paraître une théorie *à priori;* de nouvelles expériences que nous avons entreprises nous montreront peut-être que nous sommes aussi dans l'erreur.

Quant à l'influence de l'air sur les foyers purulents intermusculaires ou contenus dans l'intérieur des grandes séreuses viscérales, nous partageons l'opinion de l'auteur; nous pensons qu'on a exagéré ses dangers. L'air introduit dans un abcès profond peut déterminer la décomposition putride des matières purulentes et amener des dangers, mais si l'air s'est introduit, le danger peut être en grande partie évité par l'incision franche de la poche qui permettra d'évacuer le foyer et de faire des injections détersives. Cependant, autant que faire se pourra, il sera plus simple et préférable d'empêcher l'accès de l'air extérieur. Quant à sa pénétration dans l'intérieur des grandes cavités séreuses, la plèvre, le péritoine, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur son danger que l'on a, suivant nous, fort exagéré. De nombreux exemples viennent prouver son innocuité; ce qui fait le danger des plaies pénétrantes de l'abdomen et de la poitrine, c'est la blessure du feuillet viscéral et de l'organe qu'il recouvre. Le feuillet pariétal ne contient presque pas de vaisseaux dans le tissu cellulaire qui le double, le viscéral n'est qu'un lacis vasculaire très disposé à l'inflammation. Les plaies pénétrantes même larges, mais n'intéressant ni le poumon, ni l'intestin, guérissent, nous ne craignons pas de l'avancer, dans la majorité des cas.

Pour nous résumer, nous dirons que l'action de l'air sur les plaies nous paraît avoir été exagérée ; telle nous paraît être aussi l'opinion de M. Blanc : nous disons nous paraît, car son travail est plutôt une revue des différentes opinions et des méthodes proposées par les auteurs, qu'une œuvre de discussion. Le reproche que nous lui faisons n'est pas grave, car l'œuvre dont nous venons de donner l'analyse succincte a été faite rapidement, comme toutes les thèses de concours, et le sujet n'avait pas été choisi par l'auteur ; mais, telle qu'elle est, elle sera consultée avec fruit par ceux qui voudront se mettre au courant de la question.

LÉON LE FORT,
Prosecteur de la Faculté.

VI

VARIÉTÉS.

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE a tenu, dimanche dernier, sa seconde assemblée annuelle, à laquelle nous regrettons qu'un devoir professionnel, en nous appelant loin de Paris, nous ait empêché d'assister. Nous n'en pouvons pas moins dire avec certitude que l'assistance était nombreuse, ainsi qu'au banquet du soir, et que la prospérité de l'Association croît rapidement. Nous donnerons les détails nécessaires quand nous aurons sous les yeux le discours de M. Rayer, celui du secrétaire général et le compte rendu de M. Ludger Lallemand, secrétaire de la *Société centrale*.

La rentrée de la Faculté de médecine aura lieu le jeudi 15 novembre. Le discours sera prononcé par M. Gosselin, qui fera l'éloge du P. Bérard. Les cours commenceront le vendredi 16 novembre.

— Par décrets des 18 et 20 octobre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Bisson, médecin du ministère des finances; M. Gaudin, chirurgien de 2e classe de la marine; M. Huard, chirurgien de 2e classe de la marine, employé à Gorée; M. Gasquet, ancien officier de santé dans la marine.

— Les juges pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris sont: MM. Simonet, Labric, Lorain, Bauchet et Depaul, titulaires; MM. Charcot et Follin, suppléants.

— Dorénavant, au concours de l'internat, il sera procédé au tirage d'un certain nombre de copies dont la lecture remplira la séance, au lieu de contraindre tous les candidats à attendre que le sort les désigne un à un, et à écouter les travaux de tous les concurrents.

Le président du présent concours a annoncé le legs que M. Lenoir a fait de tous ses instruments de chirurgie à l'élève qui sera nommé premier interne cette année. Cette nouvelle a été accueillie par les plus sympathiques démonstrations.

— Les états de Styrie et la commune urbaine de Grætz ont voté les fonds suffisants pour que l'École chirurgicale de cette ville puisse suffire à l'enseignement complet de la médecine et de la chirurgie.

ERRATUM. — Nous avions sous les yeux une liste incomplète quand, dans le dernier feuilleton, nous avons regretté l'absence de M. Guérard dans la *commission de la statistique des hôpitaux*. M. Guérard fait partie de la commission.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

EL ECO DE LOS CIRUJANOS. — 1860. — 20 mai. Plaie par arme à feu; amputation de la main, par *Alonso*. — 28 mai. Traitement antiphlogistique de la pustule maligne, par *Quiros*.

EL MONITOR DE LA SALUD. — 1860. — N° 10. Actes officiels. — Sur la durée de la vie.

EL SIGLO MEDICO. — N° 308. Revues. — Bases de la médecine (suite). — Mémoire sur les eaux thermales alcalines de Carlsbad, par *Mannl*. — Épidémie de fièvres gastriques, par *Pineiro*. — Histoire d'une angine de poitrine guérie par les émissions sanguines, les antispasmodiqués et les révulsifs, par *de la Rosa*. — 309. Analogie du choléra et du typhus, par *Pastor*. — Observation de philosophie médicale, par *Martinez*. — 310. Sur les fièvres intermittentes non paludéennes, par *Quevedo*. — 311. Bases de la médecine (suite). — Corps étranger des fosses nasales, par *Romeral*. — 312. Bases de la médecine (suite). — Sur la curabilité de la lèpre, par *da Gosta*. — Corps étranger des fosses nasales (fin). — 1860. — 313. Oblitération du col de l'utérus au moment de l'accouchement; hystérotomie vaginale; guérison, par *Alonso*. — 314. Traitement de la dysenterie, par *Koscia-kiewich*. — Extirpation d'un énorme lipome de la cuisse, par *Morales*. — 315. Quel est le meilleur traitement du croup? par *Benavente*. — Note sur l'hypnotisme, par *Garofalo*. — Détermination quantitative des matières organiques contenues dans l'air, par *Gastelo y Serra*. — Guérison d'une plaie de l'intestin grêle, par *Quevedo*. — La lèpre en Espagne au XIXe siècle; étiologie et prophylaxie, par *Alvaro*. — 316. Note sur l'hypnotisme, par *Serra*. — Congestion pulmonaire, orthopnéique, intermittente, par *Martin*. — Cas curieux de vers formés dans l'oreille, par *Soto*. — 317. Sur les hémostatiques, par *Andrey*. — Clinique, par *Caballero*. — Lèpre (suite). — 318. Hémostatiques (suite). — 319. Lèpra (suite). — 320. Effets thérapeutiques du tabac dans quelques maladies de poitrine, par *Benavente*. — Sur la fièvre jaune et les fièvres intermittentes, par *Ruiz*. — 321. Épidémie catarrhale, par *Escolar*. — 322. Sur les rétrécissements spasmodiques de l'urèthre, par *Pastor*. — 323. Angine de poitrine traitée avec succès par les révulsifs et les antispasmodiques, par *Andreu*. — 324. Nouveau procédé pour la réduction du paraphimosis, par *Teresa*. — Propriétés des eaux d'Artejo, par *Auvedo*. — 325. Mode d'action de l'antimoine dans le traitement de la pneumonie, par *Benavente*. — 326. Sur la spermatorrhée, par *Cerdo y Oliver*. — 327. Spermatorrhée (fin). — Sur la lèpre, par *Calmarza*. — 328. Sur les affections des gaînes tendineuses du dos de la main, par *Eroslarbe*. — Plaies graves des extrémités supérieures ayant exigé l'amputation, par *Carsi*. — 329. Efficacité du coaltar dans le traitement de la pourriture d'hôpital, par *Poggio*. — Traitement des gastralgies, par *Morales de la Torre*. — 330. Clinique, par *Gonzalez*. — 331. Sur la diathèse hémorrhagique héréditaire, par *Bonavente*. — Fièvre jaune et fièvres intermittentes (suite). — 332. Ontologie et ontologisme (suite). — Extirpation d'une tumeur de l'orbite, par *Soler*. — 333. Fièvre jaune et fièvres intermittentes (suite). — Clinique, par *Gonzalez*. — 334. Fièvre jaune et fièvres intermittentes (suite). — 335. Fièvre jaune et fièvres intermittentes (suite). — Énorme tumeur mélanique; ablation, mort, par *Alonso*.

GAZETA MEDICA DO PORTO (Journal mensuel, paraissant par cahiers in-8 de deux feuilles; rédacteur en chef, M. le docteur *José Fructuoso Ayres de Gouvêa Osorio*). — Première année, 1860. — Janvier. Rapports de la chimie et de la physiologie. — Sur l'hypnotisme, par *Osorio*. — Extirpation d'un enchondrome de la parotide, par *d'Almeida*. — Février. L'enseignement médical en Portugal, par *Osorio*. — Prolapsus de l'utérus chez une femme enceinte, par *da Costa Leite*. — Mars. Hypnotisme (fin). — Hématocèle cataméniale, par *d'Almeida*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 21. Réforme de l'enseignement médical (suite). — Observation de résection du maxillaire inférieur, par *Barbosa*. — Rougeole et variole (suite). — Médecins portugais (suite). — 22. Réforme de l'enseignement médical (suite). — Médecins portugais (suite). — Règlement du conseil général de l'instruction publique. — 23. L'affaire Smethurst, par *Hoppfer*. — Traitement des névralgies et des affections rhumatismales par les bains de vapeur térébenthinés, etc. (suite). — Rougeole et variole (suite). — Mémoire sur l'eau minérale de Santo-Antonio do Estoril, par *Tedeschi*. — 24. Revues. — 1860. — N° 1. Urémie aiguë dans un cas de maladie de Bright, par *Alvarenga*. — 2. De l'albuminurie dans le croup, par *Barbosa*. — Relation de l'épidémie de fièvre jaune de Lisbonne en 1857. — 3. Expectation; médecine active; force médicatrice, par *Alvarenga*. — De l'émaciation dans le diabète, par *Jordão*. — Fièvre jaune (suite). — Cas de mort par le chloroforme, par *Barbosa*. — 4. Fièvre jaune (suite). — Médecins portugais (suite). — 5. Traitement de la pneumonie, par *Alvarenga*. — État de la sensibilité dans le diabète, par *Jordão*. — 6. Médecins portugais (suite). — Fièvre jaune (suite). — 7. De la saignée dans la pneumonie, par *Alvarenga*. — Réduction d'une luxation ancienne de l'humérus, par *Barbosa*. — 8. État de la peau dans le diabète (suite). — Fièvre jaune (suite). — 9. Médecins portugais (suite). — Fièvre jaune (suite). — 10. Fièvre jaune (suite). — Cas de monstruosité, par *Garneiro*. — 11. Saignée dans la pneumonie (suite). — Des maisons mortuaires, par *Gusmão*. — Fièvre jaune (suite).

Livres.

CLINIQUE MÉDICALE SUR LES MALADIES DES FEMMES, par MM. les docteurs *Gustave Bernutz* et *Ernest Goupil*. Grand in-8 de 600 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, F. Chamerot. 8 fr.

DOCUMENTS INÉDITS TIRÉS DES ARCHIVES DE L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE, publiés par M. *Aristide Verneuil*, sous les auspices de M. *Frédéric Dubois*. Premier fascicule : *Des polypes nasaux et naso-pharyngiens*. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr.

DE LA LÉSION ET DE LA MALADIE DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES DU SYSTÈME UTÉRIN, par le docteur *Émile Tillot*. In-4 de 80 pages. Paris, Coccoz. 1 fr. 50

LE NON-RESTREINT, OU DE L'ABOLITION DES MOYENS COERCITIFS DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE, SUIVI DE CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES DE LA PROGRESSION DANS LE NOMBRE DES ALIÉNÉS ADMIS DANS LES ASILES, par le docteur *Morel*. In-8 de 108 pages. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. 50

NOUVEAU TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET DE PRÉPARATIONS ANATOMIQUES, par le docteur *A. Jamain*, suivi d'un PRÉCIS D'EMBRYOLOGIE, par *Aristide Verneuil*. Deuxième édition, revue et augmentée. In-12, avec 200 figures intercalées dans le texte. Paris, Germer Baillière. 12 fr.

NOUVEAU FORMULAIRE MAGISTRAL, PRÉCÉDÉ D'UNE NOTICE SUR LES HÔPITAUX DE PARIS, DE GÉNÉRALITÉS SUR L'ART DE FORMULER, par le docteur *A. Bouchardat* 10e édition, entièrement refondue. Paris, Germer Baillière. 3 fr. 50

PRINCIPES DE LA DOCTRINE ET DE LA MÉTHODE EN MÉDECINE, INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOLOGIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE, par le docteur *J. Delioux de Savignac*. In-8 de 834 pages. Paris, Victor Masson et fils. 10 fr.

BEITRÆGE ZUR FEINEREN ANATOMIE DES MENSCHLICHEN RUECKENMARKS (Contributions à l'anatomie de la moelle épinière de l'homme), par *F. Goll*. Grand in-4. Zurich, Meyer et Zeller. 10 fr. 75

COMPENDIUM DER OPERATIVEN GYNÆKOLOGIE UND GEBURTSHILFE (Compendium de gynécologie et d'obstétrique opératoires), par *G. Braun*. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 8 fr.

ENTWICKELUNGSGESCHICHTE DES MENSCHEN UND DER HŒHEREN THIERE (Histoire du développement de l'homme et des animaux supérieurs), par *A. Kölliker*. 1re partie. Grand in-8, avec 150 figures. Leipzig, W. Engelmann. 0 fr. 75

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 9 NOVEMBRE 1860. N° 45.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

La FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ouvrira ses cours d'hiver les mercredi 14 et jeudi 15 novembre 1860. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Physique médicale.	Gavarret.	Lundi, mercredi, vendredi	A 11 h.
Pathologie médicale	Natalis Guillot	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Opérations et appareils.	Malgaigne	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 3/4
Anatomie	Jarjavay	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathol. et thérap. général.	Andral, suppléé par M.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale	Bouillaud, Piorry	à la Charité. Tous les jours, le matin	7 à 10 h.
	Rostan, Trousseau	à l'Hôtel-Dieu. Tous les jours, le matin	7 à 10 h.
Clinique chirurgicale	Laugier, Jobert (de Lamballe)	à l'Hôtel-Dieu. Tous les jours, le matin	7 à 10 h.
	Velpeau, Nélaton	à la Charité. Tous les jours, le matin	7 à 10 h.
Clinique d'accouchements.	P. Dubois	à l'hôp. de la Faculté. Tous les jours, le matin	7 à 10 h.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 8 novembre 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : PORTE-CAUSTIQUE LARYNGIEN. — MONSTRE DOUBLE. — APOPLEXIE PULMONAIRE. — THROMBUS VULVAIRE. — TUMEUR CONGÉNITALE DE LA RÉGION SACRÉE. SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'ECTROPION CICATRICIEL PAR LA SUTURE TEMPORAIRE DES PAUPIÈRES. — PROPAGATION DU CANCROÏDE A DISTANCE. — RAPPORT SUR LE PIED PLAT, SUR LA PARALYSIE ET LA CONTRACTURE DU LONG PÉRONIER LATÉRAL.

La séance, depuis son ouverture jusqu'au comité secret, a été fort remplie. Mais le compte rendu qu'on lira plus loin suffira, nous l'espérons, pour mettre nos lecteurs au courant. Bornons-nous donc à une mention. M. Trousseau a présenté, au nom de M. Fournié, un nouvel instrument pour cautériser

FEUILLETON.

La doctrine de la cellule (1).

Le règne inorganique a pour dernière expression la molécule. Le règne organique (végétaux et animaux) présente en dernière analyse un élément particulier, possédant toujours des caractères communs, c'est la *cellule*, caractérisée par le noyau et le nucléole, le contenu et la membrane d'enveloppe. Il faut la présence de tous ces éléments pour que le nom de cellule vivante soit légitime. L'homme provient d'une cellule. Certains animaux ne sont composés que d'une seule cellule (2).

(1) Le TRAITÉ DE PATHOLOGIE CELLULAIRE de Virchow vient d'être traduit par notre ami et collaborateur M. Paul Picard, qui y a joint une *Introduction*. Nous extrayons une grande partie de cette introduction, où le traducteur expose avec beaucoup de clarté la théorie célèbre qui constitue le fond de l'ouvrage.
(2) Certains protozoaires (Kölliker et Siebold).

La cellule naît de la cellule. Les arguments de M. Pouchet (1) n'ont pas pu nous convaincre : il n'y a pas de génération spontanée. Il n'existe dans le corps aucun noyau primitif libre pouvant former une cellule : *omnis cellula e cellula* (2).

La formation cellulaire se fait de diverses manières :

1° Par la division de cellules préexistantes (décrite d'abord par Gunsburg et Breuer (3)). — Les noyaux se divisent, et la division de la cellule se produit ensuite. Remarquons, dans ce cas, que la cellule mère disparaît, et qu'elle est remplacée par deux ou plusieurs cellules filles.

2° Par le bourgeonnement cellulaire. — Virchow donne ce nom à une espèce de nouvelle formation que l'on observe très souvent chez les animaux inférieurs. Les cellules préexistantes en-

(1) *Hétérogénie, ou Traité de la génération spontanée basé sur de nouvelles expériences.* In-8, Paris, 1859.
(2) Virchow, *Beitræge zur speciellen Pathologie und Therapeutik*, 1854. — Remak, *Müller's Archiv*, 1852, avait dit : *Omnis cellula in cellula.*
(3) Breuer, *Meletem. circa evolut. ac formas cicatricum*, Vratislaviæ, 1843.

l'intérieur du larynx ou y porter des injections. Le patronage de M. Trousseau est sans doute fort imposant, mais nous aurions aimé à savoir si l'engin assez compliqué qu'il a exhibé a été employé sur le vivant, s'il a rendu déjà des services, ou s'il sort encore vierge des ateliers du fabricant. Le larynx serait vraiment un organe ingrat s'il restait insensible à tout ce que les médecins ont fait depuis quelques années pour le tuber, l'éclairer, l'inspecter, l'écouvillonner, le cautériser, etc., etc. Il possédera bientôt un arsenal aussi riche que l'urèthre ou la vessie, et s'il continue à recéler dans ses flancs des végétations, des fausses membranes et autres germes impurs, la faute n'en sera pas aux mécaniciens et couteliers. Au demeurant, et plaisanterie à part, tant mieux si le nouveau porte-caustique laryngien est d'un emploi facile en pratique.

Notre bon ami Depaul a tiré d'une boîte un monstre ou plutôt deux monstres n'ayant qu'un sternum pour eux deux, c'est un *monomphalien sternopage* enfanté à huit mois par une primipare de seize ans. L'acouchement a été laborieux, mais s'est pourtant terminé heureusement. M. Depaul a décrit sommairement les résultats de la dissection, et il donnera, dans le *Bulletin*, une description complète comme il les sait faire; nous y renvoyons les amateurs de tératologie. Nous ne dirons rien de l'odeur qu'exhalait le petit monstre; M. le président en a eu les organes olfactifs désagréablement affectés. Nous demanderons seulement au présentateur de ne pas reproduire dans le texte écrit une proposition de lapsus qui lui est échappée dans l'improvisation. En parlant de la disposition du cœur qui, quoique simple, pouvait envoyer du sang dans les deux fœtus soudés, M. Depaul a dit : Cette disposition montre *que la nature avait tout prévu!* Mais, cher et savant ami, si la nature avait tenu à faire preuve de prévoyance, n'aurait-elle pas dû faire tout simplement deux jumeaux isolés et viables, et, puisque en créant des monomphaliens sternopages, elle sait bien que la vie ne les animera jamais hors du sein de la mère, n'est-elle pas bien imprévoyante de faire d'aussi mauvaise besogne, et ne s'expose-t-elle pas à se déconsidérer aux yeux même de ses admirateurs?

M. Houssard (d'Avranches) a succédé à M. Depaul pour lire un mémoire sur l'*apoplexie pulmonaire par congestion*. Nous nous déclarons incompétent pour juger ce travail; puis notre affectionné collègue à la Société de chirurgie, M. Laborie, a lu une note substantielle à l'appui d'une canditature qui réussira tôt ou tard. Il a introduit dans son sujet qui paraît assez connu, le *thrombus vulvaire*, des divisions logiques en théorie et utiles en pratique. Ces divisions sont fondées sur la base solide de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique. Les épanchements sanguins, loin de se former au hasard dans les éléments anatomiques de la région, prendraient naissance dans des lieux d'élection. D'après leur origine, ils affecteraient des formes distinctes, et présenteraient des signes différents. La thérapeutique profiterait de ces divisions, et la médecine opératoire y gagnerait de la précision au double point de vue des indications et de l'exécution.

Quoique lue avec trop de précipitation, cette note nous a semblé à la fois scientifique et pratique; nous avons entendu un des candidats les plus redoutables de M. Laborie faire l'éloge de son travail pour la forme et pour le fond; ce dernier détail honore et l'orateur heureux et l'auditeur impartial. C'est toujours un spectacle agréable que celui de concurrents qui ne se déchirent pas entre eux.

La séance a été close par l'apparition simultanée à la tribune de M. Kauffmann, d'une sage-femme et d'un nouveau-né; vivant, croyons-nous, mais dont la région sacrée est occupée par une volumineuse tumeur congénitale. Pour fuir prolixité, comme aurait dit Franco, M. Kauffmann ne nous a pas dit quelle était la nature de la tumeur, et nous n'avons pu approcher du petit monstre assez près pour savoir s'il s'agissait d'un *spina bifida*, d'une inclusion fœtale ou d'une de ces tumeurs polycystiques, comme on en rencontre quelquefois dans cette région. Le procès-verbal de la prochaine séance nous donnera, sans doute, le diagnostic dont le besoin se faisait généralement sentir.

— Un collaborateur de la GAZETTE HEBDOMADAIRE a rendu compte, dans le dernier numéro, de plusieurs observations communiquées à la Société de chirurgie. Nous nous occuperons aujourd'hui de quelques travaux qui présentent un caractère plus marqué d'originalité. Un chirurgien distingué de province, M. le docteur Debrou (d'Orléans), s'est préoccupé des moyens de prévenir une des difformités les plus rebelles qu'il soit donné au praticien de combattre; je veux parler de l'ectropion palpébral qui succède aux eschares de la pustule maligne. On sait, en effet, que, lorsque la perte de substance a présenté une certaine étendue, on ne parvient à restaurer les paupières qu'à l'aide de la blépharoplastie, opération d'une exécution malaisée, qui échoue trop souvent ou réussit imparfaitement, qui enfin met parfois en danger les jours mêmes du malade.

Tout le monde connaît le mécanisme par lequel la difformité se réalise : l'élimination des parties mortifiées donne naissance à une plaie granuleuse qui se rétrécit peu à peu par

---

voient des prolongements, des ramifications, etc., qui deviennent peu à peu de nouvelles cellules. Les travaux de Virchow sur les villosités du placenta fœtal (1) et ceux de Joseph Meyer sur le développement des vaisseaux, ont établi ce mode de formation.

3° Par la formation cellulaire endogène. — On voit se former de nouveaux éléments dans l'intérieur des anciens, le plus souvent auprès d'un noyau préexistant. On les remarque dans des espaces vésiculeux décrits par Virchow et nommés par lui espaces générateurs (*Brütraüme*).

Virchow n'admet point qu'un exsudat, qu'un épanchement de lymphe, puisse s'organiser. C'est un point capital de la doctrine. — On sait l'importance que les travaux de Hunter avaient donnée à l'influence des vaisseaux dans l'organisation. Pour Hunter, la lymphe plastique était la base nécessaire de toute organisation (2).

(1) *Gesammelte Abhandlungen*, p. 788.
(2) *Œuvres complètes*, trad. avec des notes par G. Richelot, Paris, 1843, t. III, p. 52.

On supposait que la fibrine, l'albumine, divers corps protéiques, s'épanchaient des vaisseaux et devenaient des substances histogénétiques, des corps blastématiques. La théorie de Schwann fit alors naître au milieu du blastème amorphe un noyau : autour de ce noyau se précipitait une membrane, et l'endosmose formait le contenu cellulaire. La découverte de Kölliker de la segmentation du vitellus et de la multiplication des cellules vitellines vint donner les premières bases de la théorie de l'enveloppement; on abandonna la théorie des liquides formateurs et de la cristallisation. On modifia la théorie de Schwann, et la théorie de l'enveloppement, des globules, des granules formateurs, fut admise. En même temps on tâchait d'étudier la prétendue organisation de caillots sanguins et d'exsudats (Gulliver, Helbert, Gluge, Melsens), ou de produire des cellules de toutes pièces au moyen des principes du sang, en mélangeant du sérum, soit avec de la graisse (Ascherson Benett), soit avec des sels calcaires (Benecke).

Banum fut plus heureux que les autres; il créa des cellules, ou plutôt des formations celluloïdes en mélangeant du chloroforme

le progrès de la cicatrisation. Pendant le cours de ce travail, les parties les plus mobiles sont entraînées vers celles qui le sont moins; dès lors le bord libre de la paupière marche vers le sourcil ou la joue, et se soude plus ou moins intimement avec le rebord de l'orbite.

Les pansements les plus minutieux, les plus attentifs, sont à peu près toujours impuissants contre ce travail réparateur intempestif. La plaie se comble, quoi qu'on fasse, en renversant la paupière. Ainsi par les soins de la bonne nature s'établit une des difformités les plus hideuses qui puissent défigurer la face humaine.

Pour neutraliser, ou au moins pour diriger d'une manière plus conforme à l'orthomorphie l'aveugle force de rétractilité cicatricielle, il ne faut rien moins que changer du tout au tout les conditions statiques de la paupière. Il faut rendre fixe le bord palpébral mobile et contraindre les parties molles de la circonférence à se rapprocher du point d'appui artificiellement créé. Du moins si la chose est impossible, si ce glissement spontané ne peut s'accomplir, parce que les lèvres de la perte de substance sont trop écartées ou trop immobiles, si, en un mot, le vide ne peut se combler qu'à la faveur de la cicatrisation secondaire, il faut maintenir la fixité anormale du bord ciliaire assez longtemps, pour que l'inodule créée de toute pièce ait perdu toute propension à cette rétraction tardive, si minime en apparence, si insidieuse par conséquent, et qui donne tant de déceptions au chirurgien après les opérations autoplastiques.

Ce changement dans les conditions statiques de la paupière, on l'obtient en faisant la suture des deux voiles membraneux, quand bien même l'un des deux serait tout à fait sain; on crée une difformité par synthèse pour combattre une difformité par diérèse ou écartement anormal. L'orifice était agrandi ou allait s'agrandir par le fait du renversement palpébral; on ferme cet orifice, on fait naître un ankyloblépharon. Quant à la perte de substance, cause primordiale de la lésion, on laisse à la régénération ou à l'autoplastie naturelle le soin de la combler.

La théorie explique très bien l'efficacité de cet expédient; à la vérité, un inconvénient notable en accompagne l'emploi. Le globe de l'œil, recouvert par les paupières, ne reçoit plus les rayons lumineux; mais la fonction visuelle n'est que suspendue et non point abolie. Lorsque certaines précautions ont été prises, on retrouve après la destruction en temps opportun de l'ankyloblépharon, on retrouve, dis-je, le globe oculaire sain, membranes et milieux fonctionnant bientôt comme auparavant, malgré le repos plus ou moins durable qui leur a été imposé. L'agglutination des deux paupières par leurs bords libres est plus facile à obtenir qu'on ne le croirait au premier abord, et jusqu'ici il n'y a guère d'exemples d'insuccès, seulement l'exécution du temps principal, c'est-à dire de l'avivement, est assez délicate. Toutefois, on s'y prend, en général, de la manière suivante : à l'aide de pinces à dents de souris et de ciseaux courbes on enlève sur le bord libre de chaque paupière une languette plus ou moins large, en ayant soin toutefois de respecter les cils et leur ligne d'émergence, c'est-à-dire qu'on ménage la lèvre antérieure du rebord palpébral; après quoi on passe à travers les deux paupières, près de la surface saignante, un nombre plus ou moins considérable de points de suture (de quatre à six), puis on noue les chefs supérieurs et inférieurs correspondants comme s'il s'agissait simplement d'une suture à points séparés ordinaire. Il faut seulement s'appliquer à rendre l'affrontement aussi exact que possible, car les surfaces juxtaposées sont étroites, et le moindre chevauchement, le moindre déplacement, suivant l'épaisseur, rendrait l'adhésion difficile. On comprend d'ailleurs que la réunion a d'autant plus de chances que l'avivement a plus d'étendue; c'est pourquoi M. Richard insiste pour que l'on agisse surtout sur la muqueuse de la face interne de la paupière, et qu'on donne au moins 3 à 4 millimètres de hauteur à la bandelette réséquée. M. Debrou et d'autres ont été beaucoup plus économes : en n'intéressant guère que le bord libre ils ont réussi, quoique la surface saignante ainsi produite n'atteignît jamais 2 millimètres de largeur. L'étendue de l'avivement me paraît devoir varier suivant les cas : s'il y a déjà renversement des paupières, et par conséquent boursouflement de la conjonctive, on pourra faire une large dénudation, l'étoffe ne manque pas, elle est même souvent exubérante; si encore, comme dans les ectropions invétérés, on s'attend à une rétraction énergique du nouveau tissu inodulaire destiné à combler la plaie, il sera prudent d'assurer solidement l'ankyloblépharon par une adhésion large et robuste. Mais si l'on fait la suture des paupières lorsque le bord de ces voiles n'a que son épaisseur normale, et que l'on n'ait à redouter de la part de la cicatrice antérieure qu'une traction modérée et d'ailleurs tardive, je pense avec M. Debrou qu'un avivement étroit est parfaitement suffisant. Lorsque la réunion est effectuée, les deux rangées de cils sont juxtaposées, et bientôt la cicatrice interposée cesse d'être visible : aussi, lorsqu'on veut désunir ultérieurement les paupières, n'a-t-on que très peu d'espace,

---

avec de l'albumine. Cependant Wittich (1) démontra que la membrane haptogène d'Ascherson était due à la saponification de l'huile par l'alcali combiné à l'albumine. La couche albumineuse perdant son alcali, devient insoluble et se précipite. Harting (2) a produit d'un autre côté des pseudo-cellules en agitant de l'albumine avec du mercure. Mais toutes ces formations, résultats de phénomènes chimiques ou mécaniques (3) (Melsens), manquent des qualités essentielles de la cellule vivante, la conservation et la reproduction. Peu à peu on en vint à mettre en doute la plasticité des exsudations. Addisson et G. Zimmermann firent provenir du sang lui-même les cellules que l'on voyait dans les caillots et les exsudats. Paget sépara en deux catégories bien nettes l'exsudat corpusculaire et l'exsudat amorphe. Enfin parurent Remak (4) et Virchow, qui nièrent la libre formation cellulaire, et qui, en physiologie comme en pathologie, considérèrent le développement cellulaire comme une succession régulière et légitime des générations (1).

(1) Melsens, *Bulletin de l'Académie de Belgique*, 1850.
(2) *Medical Lancet*, septembre 1851.
(3) *De hymenogonia albuminis*, Regimontii, 1850.
(4) *Loco citato*. Remak admit la formation intracellulaire comme loi générale, sans toutefois donner, en ce qui touche la pathologie, des preuves à l'appui de sa manière de voir.

Ainsi tout tissu vivant doit posséder des cellules (ce mot étant pris dans sa véritable acception).

Tantôt les cellules sont serrées les unes contre les autres, et se touchent par toutes leurs parois (végétaux, épithélium;) tantôt elles sont séparées par une substance intercellulaire solide (os); tantôt la substance intercellulaire est élastique et résistante (cartilage, enchondrome); tantôt enfin le tissu intercellulaire est lâche et même liquide (sang, pus). L'élément vital caractéristique, celui qui a son existence en lui-même, qui régit son territoire de substance intercellulaire, qui influence les éléments voisins, tout en gardant son autonomie particulière, cet élément, le même pour tout le règne organique, c'est la *cellule*. Le vaisseau, le nerf ne sont

(1) Virchow, *Beitrægezur speciellen Pathologie und Therapeutik*, p. 328, 329.

et encore moins de guide pour conduire l'instrument tranchant entre les deux séries formées par les poils. Ce temps ultime de l'opération exige d'ailleurs de grandes précautions, car les paupières étant exactement appliquées contre le globe oculaire, on est exposé à blesser ce dernier en incisant la cicatrice de dehors en dedans. Pour plus de sécurité, M. Debrou recommande de ne pas faire l'ankyloblépharon complet, et de laisser près de chacune des commissures une petite ouverture, qui d'abord, pendant la durée de l'occlusion, permettra l'écoulement des larmes et des mucosités conjonctivales, et, de plus, pourra admettre un fin stylet cannelé sur lequel on divisera la ligne interciliaire sans danger d'intéresser le bulbe oculaire.

J'ajoute qu'en respectant les commissures on n'a point à craindre de voir se reproduire, même partiellement, l'ankyloblépharon, qui ne doit être que temporaire. L'adhérence des paupières étant détruite, ces organes reprennent vite leur jeu, et les lèvres de l'incision se cicatrisent rapidement sans garder la moindre trace de difformité; lorsqu'on a fait l'avivement très large aux dépens de la muqueuse et du cartilage tarse, je me demande si l'on n'aurait pas à redouter un fâcheux renversement des cils en dedans.

A cette question : Combien de temps doit être maintenue la fusion des paupières? la réponse n'est encore ni précise ni uniforme. La durée est tout à fait subordonnée à la lésion qui a nécessité l'occlusion et au procédé auquel on a confié la réparation de la brèche palpébrale. Dans le cas de suture préventive, telle que la conseille M. Debrou, il faut probablement moins de temps, parce que les parties molles du pourtour de la plaie, n'ayant contracté que de faibles adhérences avec la circonférence de l'orbite, peuvent glisser plus facilement vers le bord fixé et combler la plaie. Au contraire, dans les cas d'ectropion cicatriciel déjà ancien, l'incision de la bride permet bien l'ascension du bord palpébral, le redressement de la paupière et l'écartement des lèvres de la plaie; mais elle ne mobilise pas les téguments de la joue et du sourcil, et par conséquent la perte de substance doit se combler par le travail toujours long de la cicatrisation secondaire. Si l'on a fait la blépharoplastie, on abrège notablement cette réparation, et l'on peut gagner du temps; mais il ne faut pas oublier que, même après la réunion immédiate du lambeau, la cicatrice qui se fait à sa face profonde se rétracte d'une manière sensible, *même sans avoir suppuré*, à plus forte raison quand l'adhésion de la pièce transplantée n'a pas été complète primitivement. On conçoit d'ailleurs que l'étendue de la plaie en surface, et surtout en profondeur, compte pour beaucoup dans la facilité plus ou moins grande de la réparation.

Il faut donc, suivant les cas, maintenir l'ankyloblépharon plus ou moins longtemps; rarement doit-on le détruire avant le troisième mois. Parfois il serait indispensable de le garder près d'un an. On ne peut donc poser de règles absolues quant à la durée, on doit se contenter, jusqu'à nouvel ordre, des données générales suivantes :

1° L'ankyloblépharon doit être maintenu jusqu'à réparation complète de la perte de substance palpébrale; 2° pour que la reproduction du renversement ne soit plus à craindre après la libération des paupières, il ne suffit pas que la plaie de l'escharre soit cicatrisée dans le sens littéral de ce mot; il faut qu'elle soit partout recouverte par les téguments voisins mobilisés; si la blépharoplastie a été pratiquée, il faut que le lambeau ait subi à sa face profonde tout le retrait dont il est susceptible; enfin si la plaie s'est cicatrisée par seconde intention, il faut que la rétraction inodulaire soit arrivée à son maximum, ou pour parler un langage plus précis, que la cicatrice nouvelle ait atteint le degré d'atrophie au delà duquel elle cesse de se raccourcir; 3° il n'est pas facile de distinguer le moment précis où les divers modes de réparation que je viens d'énumérer auront atteint l'état qui doit rassurer contre le renversement consécutif de la paupière; mais on peut toutefois juger approximativement que cet état est obtenu quand la région comblée est redevenue souple, mobile, d'une coloration normale; des faits nombreux permettront seuls de poser des règles plus précises.

La suture des paupières est déjà assez anciennement entrée dans le domaine de l'anaplastie. Sans parler de Lisfranc, elle a été mise en usage par MM. Mirault, Maisonneuve, Huguier, Denonvilliers, Nélaton, Richard et d'autres encore peut-être. Nous nous rappelons avoir lu sur ce sujet un bon article inséré dans le journal LE PROGRÈS, par M. J. Rouyer; mais il nous semble que M. Debrou vient de présenter sous un jour nouveau la création de l'ankyloblépharon préventif de l'ectropion; cette idée nous satisfait beaucoup, et nous n'hésiterions pas à l'utiliser dans les cas analogues.

Le succès, d'ailleurs, a déjà consacré cette utile conception. Dans un cas où une large escharre, suite de pustule maligne, rendait imminente la formation d'un ectropion grave, M. Debrou fit la suture cinq jours après la séparation des parties mortifiées; cinq points furent appliqués en respectant les commissures; la réunion immédiate s'ensuivit. La fusion

pas indispensables à la vie; plusieurs tissus n'ont point de capillaires; il est impossible de suivre les tubes nerveux dans certaines parties du corps. Et pourtant ces parties, ces tissus, vivent : ils possèdent des cellules, un système de vascularisation spéciale, grâce à des prolongements cellulaires et aux anastomoses des membranes de cellules. Ces anastomoses, analogues aux *vasa serosa*, qui cependant n'existent pas, remplacent parfaitement le capillaire et facilitent l'échange moléculaire, assurent les rapports des parties et la nutrition. Le lecteur suivra avec intérêt le développement de cette idée dans les leçons sur les tendons, les cartilages interarticulaires et les os.

De la cellule passons à l'étude des tissus qui résultent de la réunion des cellules. Virchow les divise en trois grandes classes. Les tissus sont composés de cellules se touchant directement les unes les autres (tissu épidermique).

Les tissus sont composés de cellules séparées par une substance intercellulaire (tissu de substance conjonctive).

Enfin, les cellules ont acquis une organisation particulière, spéciale au règne animal (appareils nerveux et musculaire, vaisseaux, sang).

Parmi ces tissus, il en est un qui présente un intérêt tout spécial pour la pathologie cellulaire. C'est le groupe des tissus de substance conjonctive. On considérait autrefois ce tissu, qu'on nommait *tissu cellulaire*, comme composé d'un assemblage de fibrilles, formant les faisceaux ondulés que l'on trouve partout. Ces fibrilles étaient, d'après Reichert, des replis, un plissement particulier d'une substance homogène. Pour Schwann et Lebert (1), ces fibrilles provenaient d'une cellule dite fibro-plastique, dont les extrémités s'effilaient, se subdivisaient, le noyau restant enclavé au milieu de ces subdivisions. Pour Henle, les noyaux existaient primitivement au milieu d'un blastème amorphe.

Pour Virchow, enfin, les cellules allongées et étoilées existent aussi bien chez l'embryon que chez l'adulte; elles sont séparées

(1) *Physiologie pathologique, ou Recherches cliniques, expérimentales et microscopiques, sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs, la formation du cal, etc.*, Paris, 1845, t. II, p. 505.

fut détruite au bout de trois mois et demi; le résultat, tout à fait satisfaisant, ne s'était pas démenti deux mois plus tard. C'est un véritable progrès accompli, car il vaut toujours mieux prévenir une difformité que d'attendre qu'elle soit réalisée pour tenter de la guérir.

— M. Broca a montré récemment une pièce pathologique dont la signification présente à nos yeux une grande valeur. Il s'agit d'un épithélioma du pénis qui a nécessité l'amputation de la verge : le gland était envahi à peu près dans toute son étendue par l'infiltration épithéliale; mais on pouvait espérer une éradication complète du mal en s'éloignant de la masse morbide principale et en sacrifiant la plus grande partie du membre viril. Pour atteindre ce but, M. Broca a coupé dans les tissus sains à plus de 2 centimètres en arrière des limites appréciables du cancroïde. A un examen superficiel, on aurait pu croire les bornes du produit morbide largement dépassées; mais, en y regardant de près, on constata dans les aréoles des corps caverneux un certain nombre de petits points blancs épars, distants les uns des autres, sans connexions intimes, ni entre eux, ni avec l'infiltration du gland. D'un volume extrêmement petit, ces points n'étaient autre chose que des dépôts circonscrits d'épithélium de même structure que la tumeur principale. Comme on rencontre ces dépôts tout proche de la section faite par le chirurgien, tout fait croire qu'ils existent également dans le moignon du corps caverneux, ce qui rend à peu près inévitable la récidive locale, ou, pour parler plus exactement, la continuation de la maladie. Ce pronostic funeste est dû au microscope, et l'œil nu aurait été impuissant à l'établir.

Je dis le fait important, parce qu'il démontre une fois de plus combien l'extirpation des cancroïdes est souvent incomplète, et combien on peut se tromper en prenant pour sains les tissus circonvoisins déjà infectés de germes morbides. Nous avons eu, de notre côté, l'occasion de faire plus d'une fois des observations semblables, à la verge en particulier, et surtout à la langue, et l'on sait que, dans ces régions, les épithéliomas repullulent avec une ténacité désespérante. Aussi, de jour en jour nous affermissons-nous dans cette opinion, que l'épithélioma est opéré avec beaucoup trop de parcimonie en général, et que la récidive qui survient fatalement dans un assez grand nombre de cas ne reconnaît pas d'autre cause.

— M. Bouvier excelle, comme on le sait, dans les travaux originaux, où il fait briller une érudition de bon aloi et un jugement aussi sévère qu'impartial; mais c'est, de plus, un rapporteur émérite comme il y en a peu, trop peu, dirais-je. Toutes les fois qu'il apprécie un mémoire d'autrui, il y ajoute toujours du sien et fait preuve de toutes les qualités d'un critique lucide et accompli. Certes, il n'est pas facile à convaincre; mais, quand il a adopté une opinion, quelque contraire qu'elle soit à ses convictions antérieures, on peut tenir cette opinion pour vraie, car il est certain qu'elle s'appuie sur des preuves nombreuses et solides.

M. Bouvier a lu dernièrement un très remarquable rapport sur les consciencieux travaux de M. Duchenne (de Boulogne) sur le pied plat et sur le valgus, sur la paralysie et la contracture du muscle long péronier latéral. Nous avions résolu de donner ici le résumé du travail original et du rapport; mais ces œuvres échappent à l'analyse, les écourter serait les obscurcir, et ce n'est pas trop de les lire en entier et à tête reposée pour suivre les démonstrations minutieuses qui en font le mérite. Nous renvoyons donc aux originaux, qui seront bientôt publiés dans les actes de la Société de chirurgie. Nous voulions seulement prévenir nos lecteurs qu'en cas de besoin ils trouveront là des renseignements précieux sur des déviations du pied dont le mécanisme et l'étiologie étaient restés pleins d'obscurité jusqu'à ces derniers temps.

Ar. Verneuil.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur la blennorrhagie des follicules muqueux du méat de l'urèthre chez l'homme, par M. P. Diday.

En examinant de très près l'orifice de l'urèthre, chez des hommes affectés de blennorrhagie, on rencontre quelquefois, au voisinage de cette ouverture, une lésion assez intéressante à étudier. Un pertuis étroit s'aperçoit sur l'un des bords du méat; et si vous pressez le gland entre deux doigts, d'arrière en avant, vous voyez sortir par ce pertuis une gouttelette d'un liquide qui a tous les caractères physiques de l'écoulement uréthral coexistant.

Si vous cherchez à sonder ce pertuis avec une fine aiguille, celle-ci pénètre ordinairement à une profondeur de 3 à 5 ou 6 millimètres, et dans une direction à peu près parallèle à celle de l'urèthre.

En interrogeant et examinant le malade, vous apprenez :

1° Que cette lésion s'est manifestée à peu près en même temps que sa blennorrhagie uréthrale;

---

par un tissu intercellulaire qui peut prendre l'aspect ondulé : dans tous les tissus de substance conjonctive, on retrouve toujours la cellule, dont la forme varie, il est vrai (et cela est de peu d'importance au fond), mais qui se retrouve entière et parfaitement conservée avec son noyau, son contenu, sa membrane. Les auditeurs des leçons professées à Berlin, tous les élèves de Virchow, la plupart des micrographes allemands, s'accordent pour partager cette manière de voir, que quelques personnes continuent à regarder comme une hypothèse. A ceux-là nous dirons : Discutez les faits, fournissez des pièces, montrez des préparations; mais ne traitez pas d'hypothèses des vérités que vous constaterez dès que vous vous en donnerez la peine, et n'opposez pas aux démonstrations du professeur de Berlin des vues théoriques, des analogies, des probabilités, des illusions d'optiques.

Le rôle du tissu conjonctif est immense. Comme Virchow le démontre, il se substitue physiologiquement et pathologiquement à divers tissus. De plus, il est répandu dans tout le corps; c'est la grande charpente du corps humain; il entre dans la structure des organes et il entoure les éléments; il forme la névroglie, le soutien de la substance nerveuse cérébrale et spinale. Le tissu conjonctif nous fournit dans tous les points de l'organisme des germes de cellules qui, par leur prolifération, leur multiplication, deviendront le point de départ de néoplasies, de formations pathologiques, de tumeurs.

Les tissus inférieurs étudiés, Virchow aborde les tissus supérieurs. En peu de mots il fait justice de la prétendue contractilité des capillaires, de l'activité des vaisseaux. Pour lui, plus le vaisseau sera actif, plus ses éléments musculaires se contracteront, et moins l'afflux sanguin sera considérable. L'étude du sang et de la lymphe le conduit à celle des organes hématopoïétiques. Les ganglions lymphatiques et leurs équivalents, la rate, les follicules de la base de la langue, les glandes de Peyer, tous ces composés semblables de follicules clos, jouent un rôle important dans la formation et préparation des globules blancs du sang. Nous ne ferons pas au lecteur l'injure de lui rappeler les recherches si remarquables de Virchow sur la leucémie, la thrombose et l'embolie; l'im-

2° Que l'aspect des bords du pertuis représente exactement celui des bords du méat lui-même ; tous les deux étant rouges, tuméfiés, douloureux, luisants, ou bien pâles et indolents, selon que la blennorrhagie est actuellement à sa période aiguë ou à sa période chronique ;

3° Qu'il ne sort pas d'urine par ce petit pertuis ;

4° Que si le malade a eu plusieurs blennorrhagies, le même accident s'est invariablement reproduit dans toutes, au même siége et sous la même forme.

Si j'ajoute que cet état n'a jamais pour point de départ une violence extérieure, que le malade ne s'en aperçoit ordinairement qu'assez tard, c'en sera assez pour faire rejeter l'idée que ce pertuis est un trajet fistuleux formé selon le mécanisme de ceux de la marge de l'anus. Évidemment c'est un organe normal, c'est un follicule muqueux qui est devenu blennorrhagique, soit que primitivement le produit de la sécrétion vaginale morbide l'ait touché durant le coït, soit que consécutivement il ait été contagionné par l'écoulement uréthral qui passe incessamment sur son orifice.

On le distingue aussi de la *varice lymphatique* décrite par M. Beau, en ce que celle-ci ne s'abcède et ne suppure que très exceptionnellement, outre qu'elle siége toujours loin du méat, vers le reflet du prépuce.

Cette petite complication n'ajoute que fort peu aux incommodités qui résultent de la blennorrhagie, pour celui qui en est porteur. Je l'ai vue, cependant, chez un commis de magasin, revêtir, chaque fois qu'elle reparaissait, une forme inflammatoire très aiguë. Pour ce pauvre jeune homme, la blennorrhagie du follicule était plus douloureuse que la blennorrhagie de l'urèthre ; le gland devenait gonflé, chaud, tendu, extrêmement sensible à la pression, même au frottement de la chemise, et quelques jours de repos au lit étaient absolument nécessaires pour réduire cet état phlegmasique aux proportions modérées qu'il affecte chez la plupart des malades.

Mais, je le répète, ceci est fort rare, et les conséquences les plus habituelles et les plus sérieuses de cette petite lésion sont : 1° qu'elle peut prolonger considérablement la durée de la blennorrhagie uréthrale ; 2° qu'elle devient, pour ceux et celles qui ont des rapports médiats ou immédiats avec le malade, un nouveau foyer de contagion, foyer d'autant plus actif qu'il est plus insidieux. Examinons ces deux points qui, d'ailleurs, sont connexes.

La source de muco-pus contagieux qui naît du follicule enflammé est très peu copieuse ; elle a un écoulement intermittent ; elle sourd par un orifice très étroit ; cet orifice s'ouvre toujours très près, parfois dans l'intérieur même du méat. Il résulte de ces diverses circonstances que médecin et malade méconnaissent souvent l'existence de la blennorrhagie folliculaire.

Remarquons, d'autre part, que les injections faites dans l'urèthre ne peuvent pas agir sur le follicule. Notons surtout que le copahu et le cubèbe n'ont pas non plus sur lui d'influence curative, puisque ces médicaments ne guérissent que grâce au passage de l'urine dont ils ont modifié les qualités chimiques sur les surfaces malades. Or, l'urine ne passe point dans la cavité de ces follicules, puisque cette cavité ne communique pas avec l'urèthre.

Aussi arrive-t-il fréquemment que, soit ignorée, soit rebelle aux remèdes, la petite blennorrhagie persiste après que la grande, celle de l'urèthre, est guérie. Mais ce foyer de contagion ne peut verser impunément ses produits à l'orifice de l'urèthre ; car celui-ci, qui vient de guérir de la blennorrhagie, se trouve dans les meilleures conditions de prédisposition pour en reprendre une seconde. C'est ce que, entre beaucoup d'autres, m'a prouvé l'observation suivante :

Obs. I. — Un jeune homme me fut envoyé en novembre 1848, par M. Mercier, pharmacien ; il avait vu une femme depuis six jours. L'urèthre était sec ; mais du pus coulait par pression d'un petit orifice situé sur la lèvre gauche du méat. Je le brûlai en y enfonçant une aiguille de bas chauffée à la flamme d'une bougie. Six jours après, ce petit trou paraissait guéri ; mais depuis deux jours, il coulait de l'urèthre du muco pus.

Or, cette blennorrhagie uréthrale provenait-elle directement du coït ? Cela n'est certes pas impossible. Cependant, comme il faudrait pour l'admettre supposer une incubation de dix jours, et que de tels retards dans l'éclosion blennorrhagique sont assez rares, je crois plus rationnel de penser que la blennorrhagie de la femme s'est d'abord transmise au follicule, puis plus tard du follicule à l'urèthre.

Cette ténacité de la blennorrhagie folliculaire crée un danger permanent pour l'urèthre. La cure définitive d'une gonorrhée qu'une telle complication accompagne est une œuvre extrêmement laborieuse ; car, ainsi que je l'ai dit, la maladie de l'urèthre ne guérit pas, elle récidive incessamment, tant que le follicule reste altéré. C'est donc par le traitement de celui-ci qu'il faut absolument commencer la cure ; or, ce traitement est difficile ; je dirai plus : jusqu'à présent il n'existait pas comme méthode réglée, aussi rien de plus triste que la vie des malheureux qui offrent cette coïncidence pathologique. Se croyant débarrassés dès que la source principale du pus, dès que l'uréthrite a cédé au copahu ou aux injections, ils ne tardent pas à couler de nouveau si le follicule n'a pas été en même temps guéri. Parfois, le peu d'écoulement que ce follicule fournit leur fait, durant quelque temps, supposer une guérison complète ; mais le désillusionnement n'en est ensuite que plus pénible.

D'ailleurs, ce n'est pas pour eux seuls que ce danger existe. Quand la blennorrhagie folliculaire a dépassé la période aiguë, le malade n'en souffre plus ; à peine alors y fait-il attention. La goutte qu'il remarque de loin à loin n'a pas à ses yeux plus d'inconvénient, de gravité, qu'un suintement ordinaire. Erreur profonde ; erreur qui peut devenir fatale. Cette goutte est rare, à peine visible, je l'accorde ; mais là justement en est la gravité ; car si, par ce caractère, elle en impose pour un suintement, elle s'en distingue par sa qualité purulente. En d'autres termes, elle

portance de ces travaux est trop connue en France pour que l'analyse en soit nécessaire ; on en trouvera, du reste, le résumé dans la dixième leçon : mais nous appellerons surtout l'attention du public sur la manière dont Virchow comprend la phlébite et la pyohémie : on verra le rôle que la thrombose et l'embolie, d'une part, la leucocythémie, d'autre part, enfin la septicémie, jouent dans ce que l'on appelle l'infection purulente. La doctrine de l'absorption du pus par le sang est critiquée et renversée entièrement par les sagaces remarques de Virchow. La phlébite est savamment analysée, et, pour l'auteur, elle porte non pas sur le contenu du vaisseau, mais sur sa paroi.

Ces études sur les formes cellulaires étant faites, Virchow examine la fonction. Tout élément vivant du corps humain répond à une excitation en manifestant son activité. L'activité est réveillée pour trois raisons différentes : c'est pour faire fonctionner, pour nourrir, pour former une partie. D'où trois sortes d'irritations : celle qui augmente la fonction organique (irritation fonctionnelle). celle qui s'accompagne d'une exagération de nutrition (irritation nutritive) ; celle enfin qui produit de nouvelles parties (irritation formative). Cette manière de voir rend plus claire l'idée d'inflammation qui se manifeste de deux manières pour l'auteur : l'inflammation purement parenchymateuse, celle qui se passe dans l'intérieur des organes, sans qu'on puisse trouver de liquide sécrété librement ; l'inflammation sécrétoire, plus spéciale à la superficie des organes, et dans laquelle les liquides provenant du sang se mêlent aux sucs produits par les éléments de l'organe et les entraînent au dehors.

A côté des processus inflammatoires dans lesquels les cellules sont actives, Virchow étudie une série d'altérations qu'il nomme *processus passifs*. Dans ces derniers, les éléments normaux peuvent être complétement détruits (dégénérescences), ou bien être privés d'une partie de leur activité. Virchow sépare nettement les cas dont l'élément normal persiste, quoique altéré, dans sa structure (et par conséquent dans ses fonctions), de ceux dans lesquels l'élément normal a disparu, tout en donnant naissance à d'autres éléments nouveaux, ne ressemblant pas au premier. Dans ce dernier

n'a du suintement inoffensif que le peu d'abondance; mais elle a, en réalité, toutes les propriétés contagieuses de la blennorrhagie véritable.

Que de blennorrhagies transmises par cette erreur! On ne s'en étonne pas quand on songe à quel point nos clients enfreignent chaque jour dans leurs entraînements répréhensibles, les plus simples lois de la plus vulgaire prudence. Mais les femmes ne sont pas seules exposées dans les rapprochements qui ont lieu en de telles conditions. Le fait suivant, nouvel exemple de contagion médiate, montre jusqu'où le mal peut ainsi se propager.

Obs. II. — Le 8 mai 1849, je vis entrer dans mon cabinet deux jeunes gens, l'un présenté par l'autre. Le recommandé avait une blennorrhagie uréthrale, datant de cinq à six jours, moyennement inflammatoire. Comment l'avait-il prise? Là était, à ses yeux, le problème. Dans une partie de campagne, douze jours auparavant, ces messieurs, au nombre de six, avaient eu successivement des rapports avec la même femme. Et pourtant cette femme, visitée par un médecin, venait d'être déclarée saine! Et pourtant, chose à mon sens plus significative, car un vieux spécialiste ne sait que trop ce que peuvent donner ces sortes de *femmes saines*, et pourtant les cinq autres acteurs de cette scène demeuraient intacts, et demeuraient intacts douze jours après ce coït!

En examinant celui qui m'amenait ce jeune homme, je finis par avoir la clef de l'énigme; car je reconnus en lui l'un de mes anciens malades, que j'avais, à plusieurs reprises et sans succès, traité d'un follicule blennorrhagique très rapproché du méat. Il avait fini par cesser de me consulter, et gardait son mal, qui ne le gênait, comme on voit, dans l'exercice d'aucune de ses fonctions.

Or cet ancien malade avait été, dans l'orgie que j'ai racontée, le *prédécesseur immédiat* de mon nouveau client Aurais-je tort de dire que celui-ci a été contaminé par le fluide du follicule déposé dans le vagin de la femme un instant avant qu'il n'eût des rapports avec elle? J'ignore ce qu'on en pensera, et je me borne à faire remarquer que je constatai moi-même et sur l'heure, la persistance de l'état blennorrhagique dans ce follicule.

Ce que j'ai dit plus haut de l'impuissance du copahu et des injections doit faire pressentir les difficultés et les mécomptes de la thérapeutique dans ces cas. L'expérience ne confirme que trop ces présomptions rationnelles. C'est là une blennorrhagie en dehors de l'urèthre, par conséquent en dehors des influences médicatrices ordinaires. Ne pouvant la modifier ni par le contact de l'urine copaïfère, ni par les injections que l'orifice trop étroit admettrait très difficilement et très incomplétement, j'ai essayé de la compression, des frictions résolutives, des bains locaux prolongés. J'avais aussi imaginé de déposer une goutte de teinture d'iode sur l'orifice du follicule; puis en exerçant avec deux doigts quelques pressions brusques et successives sur le trajet du canal morbide, d'y faire pénétrer par aspiration le liquide modificateur... Toutes ces tentatives ont échoué.

La véritable, l'unique indication consiste à provoquer par cautérisation l'oblitération de la cavité anormale. Et le seul procédé qui, vu l'étroitesse de ce canal, soit propice à remplir cette indication consiste à y introduire une tige métallique chauffée au rouge.

D'après ce principe, j'ai plusieurs fois obtenu la guérison de ces follicules en y portant vivement une aiguille à tricoter, que je venais de faire chauffer à la flamme d'une bougie.

Mais l'exécution de la manœuvre offre parfois des difficultés qui la rendent infructueuse : si l'orifice est étroit, si le trajet est sinueux; si, en un mot, comme cela arrive le plus souvent, il est nécessaire, pour bien l'enfiler, d'y mettre de la lenteur et quelques tâtonnements, l'aiguille aura le temps de se refroidir avant d'avoir atteint le fond de la cavité; la cautérisation demeurera incomplète, et le mal se reproduira.

Ces causes d'insuccès me semblent complétement éludées dans le procédé très simple que je vais décrire.

Je choisis, parmi plusieurs aiguilles à tricoter, celle dont le volume est le plus en rapport avec le diamètre du trajet morbide. J'introduis cette aiguille dans le trajet, en ayant soin de la faire pénétrer jusqu'au fond. Le malade peut assez souvent aider le chirurgien dans l'accomplissement de ce premier temps, parfois assez difficile. Dans tous les cas, c'est à lui de reconnaître et de dire quand le bout de l'aiguille a touché le fond.

Cela terminé, je fais glisser un petit morceau de papier, que l'aiguille perce, jusqu'à ce qu'il touche le gland. Ce papier remplit l'office d'écran, afin de protéger la verge contre le foyer qui va chauffer l'aiguille.

Alors l'aiguille étant tenue en place, soit par le malade, soit par moi, je place sous elle une bougie allumée. La flamme chauffe l'aiguille; et, quand celle-ci a atteint une certaine température, quand l'orifice du follicule a blanchi, et qu'on a entendu une sorte de *grésillement* caractéristique résultant de l'action superficielle des tissus, la cautérisation est suffisante, et l'on peut retirer l'instrument.

Les suites sont extrêmement simples et ne méritent pas plus de mention que de soins.

Toute la supériorité de ce procédé sur l'ancien consiste, comme on le voit, à substituer la lenteur à la précipitation; lenteur en sondant, qui permet d'arriver jusqu'au fond et d'éviter les fausses routes auxquelles on s'expose lorsqu'on cherche à sonder précipitamment avec une aiguille chauffée; lenteur en cautérisant, qui permet au malade de subir patiemment la modification aussi complète qu'on le veut de la surface morbide, au lieu de l'effroi et de l'inévitable mouvement de retraite que le chirurgien provoque lorsqu'il enfonce brusquement une aiguille rougie.

Tous ces éléments de commodité dans la manœuvre sont autant de gages d'efficacité et de réussite pour l'opération. C'est par ce motif que je les ai exposés avec un certain développement. Rien de plus long, de plus fastidieux sans doute que la description précédente. Rien de plus expéditif en fait, que ce simple mouvement par lequel, le sinus ayant reçu une aiguille, on chauffe ensuite celle-ci jusqu'à ce que la cautérisation soit jugée suffisante.

---

cas, il y a *nécrobiose :* l'élément a disparu, il nous est du moins impossible de le retrouver sous sa forme primitive. Virchow démontre que ces formes destructives ont aussi des analogies physiologiques. Les types normaux de ces évolutions pathologiques se retrouvent dans la sécrétion physiologique des glandes sébacées de la peau, dans celle du colostrum, dans la formation du corps jaune de l'ovaire. A propos des dégénérescences, nous signalerons au lecteur l'intéressante description de la formation athéromateuse dans les artères et des altérations de la maladie de Bright. Les seizième et dix-septième leçons sont consacrées à l'étude de ces deux états pathologiques. Les altérations amyloïdes du foie, de la rate, du rein, des ganglions lymphatiques, etc., sont l'objet d'une analyse minutieuse. C'est à Virchow, comme on le sait, qu'est due la découverte de la réaction toute spéciale de la matière amyloïde, substance singulière qui tient de l'amidon et de la graisse : l'iode seul la rougit; l'addition d'une faible quantité d'acide sulfurique lui donne la coloration brune ou violette. Mais arrivons à la classification des tumeurs.

On sait l'importance de ce point de la doctrine. L'école micrographique française attachait l'idée de malignité à l'hétéromorphie. La pathologie cellulaire restreint cette manière de voir et attache une grande importance à diverses conditions trop longtemps négligées par une école absolue et désireuse d'avoir une formule simple, conditions dont on doit nécessairement tenir compte si l'on veut faire accepter par la clinique les conclusions de l'examen microscopique. Voici la division que Virchow propose pour le classement des tumeurs :

1° Dans une néoplasie, il peut se faire que le nombre des anciens éléments ne varie pas; ces derniers augmentent seulement de volume en s'assimilant des particules homologues : hypertrophie simple.

2° Le nombre des éléments augmente :

a. Les éléments nouveaux présentent le type des anciens éléments : hétérométrie, hypertrophie numérique, hyperplasie.

b. Les éléments nouveaux prennent un type hétérotope ou hétérochrone : dégénération, hétéroplasie.

Depuis que j'ai imaginé ce procédé, je n'ai plus essayé d'autre traitement. La seule contre-indication, ou, pour mieux dire, le seul motif d'ajournement que je reconnaisse à sa mise en œuvre, est l'état inflammatoire du follicule; complication rare d'ailleurs, et qui, dans tous les cas, n'est que momentanée; mais tant qu'elle existe, on doit temporiser afin de laisser tomber ce degré élevé de phlegmasie que la cautérisation risquerait d'augmenter.

Chacun sans doute entrevoit aisément quels services ce genre de cautérisation peut rendre dans le traitement des diverses fistules, traumatiques ou non, des trajets anormaux ou normaux, tels que les conduits lacryaux, le canal excréteur de la glande de Bartholin, etc. Mais je veux, en terminant, faire ressortir les éclaircissements qui résultent de cette étude pour la pathologie et le traitement de la blennorrhagie uréthrale. La petite altération que je viens de décrire n'est pas une exception, un accident nosographique sans lien, ainsi que sa description isolée pourrait le faire croire. C'est le cas particulier, ou, pour mieux dire, ce n'est que le cas apparent de ce qui, chez tous les blennorrhagiques, existe dans le reste de l'urèthre. Dans toute la portion spongieuse de ce canal, l'anatomie démontre la présence de follicules semblables (glandes de Littre), dont le conduit excréteur, perforant obliquement la membrane muqueuse, a une longeur de 2 à 5 millimètres. Or, durant le cours d'une blennorrhagie, ces petites cavités participent évidemment, nécessairement, à l'inflammation. Ces petites cavités, enflammées, opposent par conséquent à l'action des médicaments antiblennorrhagiques des obstacles analogues, sinon égaux, à ceux que nous venons de voir naître des follicules extérieurs. Qu'on ne se représente donc plus, par un abus de langage médical, le siége de la blennorrhagie comme une *surface* enflammée. Cette prétendue surface est, en réalité, si l'on me permet la comparaison, la surface d'un crible dans les trous duquel la maladie s'étend, et dans les trous duquel il faut, par conséquent, que les remèdes pénètrent. De là une double indication, que je réclame seulement l'honneur d'avoir pris en plus sérieuse considération que mes devanciers, indication plus facile à énoncer qu'à remplir, mais qui, même incomplétement exécutée, donne des résultats thérapeutiques précieux. Elle consiste, premièrement, après l'ingestion du copahu ou du cubèbe, à *retenir, aussi longtemps que possible*, plusieurs heures, dans le canal l'urine qui, par le fait de la sécrétion, vient de se charger du principe médicamenteux; ceci afin que ce liquide, séjournant dans l'urèthre au lieu d'y couler, ait mieux le temps de s'insinuer dans tous ses petits embranchements. J'ai imaginé, dans ce but, une pince destinée à rendre plus commode pour le malade la rétention prolongée de l'urine dans le canal.

La seconde indication est relative aux injections. Une fois le liquide médicamenteux introduit dans l'urèthre, il faut qu'on le force d'entrer dans les follicules. Or, le meilleur moyen pour y parvenir, consiste à établir avec les doigts deux pressions sur le canal, l'une à son entrée, vers le méat, l'autre derrière les bourses; puis à faire en sorte, par des mouvements alternatifs, de rapprocher ces deux points l'un de l'autre. Ainsi le liquide étant comprimé ne peut moins faire que d'enfiler les orifices des follicules... Mais, plus je m'engage dans cette étude, plus je m'aperçois qu'elle nous conduirait au cœur de la thérapeutique de la blennorrhagie. Ce n'était pas, tant s'en faut, un motif pour ne point l'entreprendre; mais c'en est un suffisant pour l'arrêter au point où j'ai pu réussir à montrer l'étroite connexion de l'inflammation des follicules du méat avec la plus fréquente, et sans doute la plus féconde en conséquences graves, des maladies du canal de l'urèthre.

III

REVUE CLINIQUE.

Sur les néomembranes de la dure-mère, a propos d'un cas d'hémorrhagie intra-méningée; par MM. Charcot et Vulpian.

D'après l'opinion le plus universellement adoptée en France, l'hémorrhagie méningée intra-arachnoïdienne serait due à une rupture des vaisseaux du feuillet viscéral de l'arachnoïde; le sang épanché, soit par suite d'une modification de ses couches superficielles, soit par suite de la formation d'un exsudat plastique fourni par l'arachnoïde pariétale, serait, au bout d'un certain temps, enveloppé dans une fausse membrane, laquelle s'organiserait ultérieurement. Des idées nouvelles, et en grande partie opposées aux précédentes, ont été émises sur ce sujet dans ces dernières années, soit en France, soit en Allemagne. Déjà la Gazette hebdomadaire a fait connaître les principaux résultats auxquels on est arrivé (1859, p. 621. Analyse d'un Mémoire de M. Schuberg *sur l'hématome de la dure-mère*). Aujourd'hui nous voulons appeler de nouveau l'attention sur ces récentes acquisitions de la science, à l'occasion d'un fait que nous venons d'observer à l'hôpital de la Pitié, et dont voici la relation.

Obs. — *Hémorrhagie intra-arachnoïdienne. — Fausses membranes vasculaires sur la dure-mère (hématome de la dure-mère et pachyméningite)*. — La nommée Vincent, âgée de quarante-cinq ans, relieuse, est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Ste-Marthe, n° 25, le 6 septembre 1860. Nous apprenons que, il y a environ quatre mois de cela, elle fut trouvée sans connaissance sur la voie publique et transportée, par ordre du commissaire, dans ce même hôpital (27 mai 1860). Elle fut d'abord admise dans une salle de chirurgie, à cause de quelques contusions qu'elle portait, puis envoyée le lendemain dans un service de médecine (salle Saint-Charles), où elle resta seulement jusqu'au 4 juin. Le diagnostic inscrit sur la pancarte, à l'époque de la sortie, a été le suivant : Chorée alcoolique. De retour chez elle, cette femme, nous assure-t-on, paraissait jouir d'une bonne santé, lorsque, le 5 septembre au soir, elle fut prise soudainement d'une attaque avec perte de connaissance et tomba lourdement dans son escalier. Il paraît que, quelque temps auparavant, dans la jour-

---

Toutes les néoplasies pathologiques ont des analogies dans les types physiologiques, et sont la reproduction de formes régulières. Seulement, le type peut se produire dans un lieu où il ne doit pas exister normalement (hétérotopie) ou à une époque où il ne se produit pas normalement (hétérochronie).

Ainsi, le tissu normal de l'épiderme peut se trouver dans l'intérieur d'un muscle : un tissu en tout point semblable à la gelée de Wharton peut se former dans la joue d'un adulte. Dans les deux cas il y aura hétéromorphie; les nouveaux tissus différeront du tissu musculaire et de celui des joues; mais, dans le premier cas, il y aura aberration de lieu, dans le second aberration de temps.

La forme des néoplasies ne peut donc servir à les juger : la vitalité de leurs éléments nous permettra de le faire d'une manière plus rationelle.

A ce point de vue, les tissus peuvent se diviser en :

1° Tissus transitoires. Ce sont des tissus composés de cellules simples, dont la durée peut, du reste, varier beaucoup : ainsi le pus se détruit promptement; l'épiderme très lentement, au contraire.

2° Tissus permanents. Ce sont particulièrement les tissus de substance conjonctive. Ici existent encore des différences suivant la tendance de ces éléments à la dégénérescence ou à l'atrophie. Ainsi, le tissu conjonctif mou, le colloïde et le tissu muqueux se détruisent très promptement.

3° Tissus mixtes. Dans ce cas, il peut arriver que les éléments transitoires se détruisent, tandis que les autres se modifient et persistent. Dans le cancer, dans le sarcome, les cellules sont détruites par la métamorphose graisseuse nécrobiotique : il se forme des nodosités cicatricielles et fibreuses qui ne ressemblent pas à la tumeur primitive. Les éléments transitoires disparaissent, les éléments persistants demeurent.

Pour juger une tumeur, il faut, de plus, tenir compte de son rapport avec le plan typique du point du corps sur lequel elle se développe. Ainsi une néoplasie osseuse, qui est d'une grande utilité lorsqu'elle se forme entre les deux fragments d'un os fracturé, devient nuisible quand elle se produit à l'extrémité d'un moignon d'amputé.

née même, elle avait été gravement maltraitée par un homme avec lequel elle vit maritalement. Quoi qu'il en soit, le lendemain elle est transportée sur un brancard et admise salle Sainte-Marthe, où on la trouve dans l'état suivant : Somnolence profonde dont on tire difficilement la malade ; il y a sur divers points du crâne des traces de légères contusions. La physionomie exprime la stupeur; la face est animée, les pommettes sont rouges, les yeux à demi clos; les deux pupilles sont également dilatées; pas de déviations des commissures labiales. Si l'on secoue la malade fortement et si on lui parle à voix haute, on parvient à la réveiller un peu et à lui faire proférer quelques plaintes; mais elle ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit, regarde en face d'elle d'un air stupide et bientôt se rendort. Il est impossible d'obtenir d'elle qu'elle tire la langue. Les mouvements et le sentiment sont conservés sur toute la moitié droite du corps; à gauche, le membre supérieur est roide, demi-fléchi, fortement contracturé; on ne peut l'étendre qu'avec peine, et aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même, il reprend son attitude primitive. Le membre inférieur gauche est également demi-fléchi et contracturé, mais d'une manière moins prononcée. Sur les membres contracturés, la sensibilité de la peau n'est pas complétement abolie, car, lorsqu'on pince la malade, elle paraît éprouver de la douleur ; seulement, son attention n'est éveillée que longtemps après que la peau a été pincée. La déglutition s'opère d'une manière normale. La peau est chaude, le pouls à 80-90, régulier, dur, petit; respiration haute, suspirieuse, mais pas de ronflement.

Le 7, même état que la veille ; la somnolence, toutefois, semble un peu moins profonde. La malade paraît entendre les questions qu'on lui adresse, et elle fait des tentatives de réponse. Au rapport des gens du service, il y a eu hier dans la soirée, à plusieurs reprises, des convulsions ressemblant à celles de l'épilepsie, mais bornées aux muscles du cou et à ceux de la face.

Du 7 au 10, l'état ne varie point; il n'y a pas eu de nouvelles convulsions.

Le 10, pendant la visite, la malade est prise d'un accès convulsif; des mouvements spasmodiques, saccadés, se succédant très rapidement, s'emparent des muscles du côté gauche de la face et du cou. A chaque secousse convulsive, la commissure labiale est tirée violemment à gauche et en haut; en même temps, la tête subit un mouvement de rotation par suite duquel la face est portée à droite et un peu en haut. Il n'y a pas d'écume à la bouche; la perte de connaissance paraît être absolue; la face devient légèrement violacée, les membres ne participent en rien aux convulsions. L'accès dure une ou deux minutes environ, puis il se reproduit de nouveau après une courte pause; il n'est pas suivi de sommeil stertoreux.

Du 10 au 15 septembre, les accès ne se sont pas reproduits. La malade paraît se réveiller un peu; cependant elle ne peut proférer une parole; seulement, de temps en temps, elle fait entendre des grognements inintelligibles. La peau est moins chaude que ces jours passés, le pouls moins fréquent; l'état général, en somme, est plus satisfaisant. Néanmoins la malade refuse toute nourriture; à peine veut-elle avaler un peu de bouillon.

Le 15 septembre, sans qu'il y ait eu de nouveaux accidents, la malade paraît plus affaissée que les jours précédents. Pour la première fois, des râles muqueux abondants s'entendent dans les parties les plus déclives des deux poumons; peu à peu les poumons s'engouent, les jours suivants, de plus en plus. La somnolence reparaît, et enfin il survient un coma profond. Pendant ce temps, la contracture persiste sans modification dans les membres du côté gauche.

Le 18, le râle laryngo-trachéal se développe, et bientôt la mort survient.

Le traitement employé a été le suivant : Vésicatoires volants à la nuque; extrait de quinquina en potion; musc à l'intérieur. Tous les deux jours, un lavement purgatif.

Nécroscopie. — La voûte crânienne ayant été enlevée, la surface extérieure de la dure-mère, mise à nu, paraît d'une teinte violet-foncé, surtout du côté droit, et elle semble, là aussi, fortement distendue par l'effort des parties sous-jacentes. Cette membrane ayant été incisée d'abord du côté gauche de la face, il s'écoule quelques cuillerées de sérosité sanguinolente ; à droite, l'incision met à nu un *vaste épanchement de sang coagulé*, d'une couleur très foncée, presque noir, mou et évidemment de formation récente. *Cet épanchement occupe la cavité de l'arachnoïde* : il s'étend en nappe sur toute l'étendue de la face supérieure de l'hémisphère cérébral droit; à sa partie moyenne, il présente plus d'un pouce d'épaisseur. En avant, en arrière et en dehors, il se prolonge en s'amincissant jusqu'au voisinage de la base du cerveau, qu'il n'atteint pas cependant. Après avoir enlevé les caillots qui constituent l'épanchement, on reconnaît que la surface de l'hémisphère cérébral sous-jacent a été très fortement déprimée, tellement qu'en un point elle présente une concavité très accentuée. Toutes les circonvolutions sont, d'ailleurs, fortement aplaties et tassées les unes contre les autres. Les méninges, cependant, ne présentent aucune altération; elles sont seulement très rouges, tant par injection que par imbibition sanguine. *L'arachnoïde viscérale* est, en particulier, parfaitement lisse et polie; elle n'est point recouverte de fausses membranes, et les caillots de l'épanchement n'ont contracté avec elle aucune adhérence.

A part le tassement qu'a subi l'hémisphère droit, l'*encéphale*, examiné avec soin dans toutes ses parties, ne présente aucune altération appréciable.

La *paroi osseuse du crâne* était également, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, à l'état normal; toutefois, les pertuis vasculaires formaient à droite, sur la face interne du pariétal, c'est-à-dire dans la partie correspondante à l'épanchement, un piqueté plus abondant qu'à gauche.

La *dure-mère* surtout a été attentivement étudiée. A part la coloration violet-foncé dont il a été parlé, on ne découvre sur sa surface extérieure, à droite de la face, rien de particulier; mais sa face interne, au contraire, lorsque quelques caillots qui y adhèrent faiblement ont été détachés par le lavage, paraît recouverte, dans tous les points qui correspondent à l'épanchement, par une membrane. Cette membrane, de couleur jaune-brun, maculée de taches et de stries sanguines, présente, en certains points, une épaisseur d'environ un millimètre. Elle est composée d'au moins quatre ou cinq lamelles superposées, toutes à peu près d'égale épaisseur, et qu'on peut isoler les unes des autres sans grand effort. La plus externe de ces lamelles paraît simplement accolée à la dure-mère; on ne peut cependant l'en détacher sans tirailler, puis déchirer de nombreux et fins tractus qui paraissent constitués par des ramifications vasculaires très ténues. La lamelle la plus interne se confond avec une mince couche de fibrine renfermant, en certaines proportions, les éléments du sang et présentant une coloration acajou.

A gauche de la faux, la dure-mère est tapissée à sa face interne par une membrane en tout semblable à celle qui vient d'être décrite, mais plus mince et plus transparente. Cette fausse membrane offrait une légère teinte jaune-rougeâtre, plus ou moins pointillée.

La *dure-mère* elle-même, soit à droite, soit à gauche de la grande

---

Enfin, il faut aussi tenir compte des anastomoses et de la consistance des éléments : il faut savoir s'ils produisent des sucs particuliers pouvant exercer sur les organes voisins une influence contagieuse ou irritante. Ainsi, l'idée de malignité ne s'attache pas nécessairement aux tumeurs hétérologues. Des tumeurs homologues peuvent, suivant les cas, avoir pour le malade une marche beaucoup plus grave que certaines tumeurs hétérologues. Le siége de l'affection doit aussi entrer en considération. On voit donc que des conditions bien différentes déterminent la bénignité ou la malignité des tumeurs : c'est pour les avoir négligées que l'histologie pathologique s'est si souvent trouvée en contradiction avec la clinique.

Mais il est un point essentiel de la doctrine biologique de Virchow, c'est l'importance qu'il donne à l'activité des éléments particuliers (cellules), activité dépendant de la composition intérieure de l'élément, et surtout des propriétés physiques et chimiques du contenu cellulaire. Pour Virchow, tout élément particulier peut non-seulement exercer une fonction particulière, spécifique (muscle, nerf), mais il peut encore, grâce à des affinités particulières et spécifiques, attirer à lui certaines substances, se les assimiler et les transformer. Cette manière de voir est la base d'une théorie de l'irritation entièrement nouvelle; son importance est immense, non-seulement pour la doctrine de l'inflammation, mais encore pour tous les processus pathologiques des néoplasies.

Nous nous sommes efforcé de donner une idée de la doctrine de Virchow, autant d'après ses ouvrages antérieurs et ses cours que d'après les vingt leçons qui suivent. Nous y renvoyons le lecteur : il verra que la clarté, la concision de Virchow ne nous permettent pas de tronquer ses pensées. Le professeur s'adresse à la raison et au bon sens : il désire surtout une conviction sérieuse, ne néglige jamais d'apporter les preuves à l'appui des opinions qu'il émet : aussi, à côté de la loi on trouvera toujours les faits qui ont servi à l'établir.

Nous nous sommes efforcé de rendre mot pour mot chaque phrase, visant avant tout à la clarté. La doctrine de Virchow avait trop d'importance pour qu'il nous fût permis de sacrifier à l'élé-

faux, paraît dans l'état normal; seulement elle semble plus vasculaire que cela n'a lieu d'habitude, principalement à droite.

Poumons. — Quelques petites cavernes et plusieurs tubercules caséeux au sommet des deux poumons; les autres organes thoraciques et ceux de l'abdomen n'ont présenté aucune altération.

Étude microscopique. — La membrane de nouvelle formation qui tapissait la dure-mère a été examinée à l'aide du microscope. Avant de procéder à cet examen, on a pu constater de nouveau les caractères qui avaient été remarqués au moment de la nécroscopie. Au milieu de la teinte rouge-nuancée, teinte qui devient de plus en plus foncée au fur et à mesure qu'on se rapproche des points en contact avec l'épanchement sanguin, on aperçoit très distinctement çà et là quelques taches jaunâtres ou grisâtres d'une couleur boueuse. La face interne de la couche membraneuse a, sur presque toute son étendue, un aspect lisse, mais elle présente des inégalités au niveau de l'épanchement.

Lorsque, pour l'examen microscopique, on détache de petites lamelles des parties les plus colorées, les préparations vues à l'œil nu par demi-transparence ont une teinte qui se rapproche de celle du vermillon.

L'examen microscopique fait reconnaître que ces couches membraneuses sont réellement organisées. On y trouve des vaisseaux en assez grand nombre, vaisseaux ramifiés et dont les plus petits ont encore d'assez larges dimensions. Beaucoup d'entre eux ont de 2 à 3 centièmes de millimètre de largeur. Ces vaisseaux sont remarquables par la faible épaisseur de leurs parois. Les parois sont en général constituées par deux tuniques seulement; il y a, profondément, une couche caractérisée par la présence de noyaux larges, elliptiques, à grand axe dirigé suivant l'axe du vaisseau, et extérieurement cette couche est recouverte par une autre couche contenant des noyaux très allongés et très étroits, dirigés dans le même sens que les précédents. Nous avons cependant trouvé des noyaux transversaux intermédiaires aux deux couches précédemment indiquées, dans plusieurs vaisseaux; mais rarement, si ce n'est dans les vaisseaux assez larges, la tunique à noyaux transversaux, ou tunique musculaire, était continue et formée d'éléments de configuration et de disposition régulières.

Dans un point de la portion de la néomembrane qui correspond à l'épanchement, nous avons pris pour l'examiner un petit segment d'une partie jaunâtre et saillante. C'était un vaisseau à parois très graisseuses, et de calibre assez considérable.

La membrane vasculaire de nouvelle formation a pour tissu fondamental, du tissu conjonctif réparti au milieu d'une substance finement granuleuse, amorphe. Le tissu conjonctif offre des faisceaux fibrillaires nombreux, dont les fibrilles sont les unes rectilignes et les autres diversement contournées, onduleuses. Outre ces faisceaux filamenteux, il y a de nombreux noyaux, d'un diamètre large, elliptiques, disséminés au milieu de la substance granuleuse. Quand on dilacère la préparation, on voit que ces noyaux, pour la plupart, appartiennent à des éléments fusiformes, embryoplastiques.

Dans toute l'étendue des néomembranes, c'est-à-dire du côté opposé à l'hémorrhagie, comme du côté qui y répond, il y a des granulations d'une teinte jaune, irrégulièrement arrondies, ayant un diamètre qui varie entre 5 millièmes de millimètre et 2 centièmes. Ce sont ces granulations surtout qui donnent aux membranes la teinte soit jaune, soit rougeâtre, qu'elles présentent. Elles sont beaucoup plus abondantes du côté droit que du côté gauche; elles sont disséminées, tantôt séparées par des intervalles assez larges, et ailleurs plus ou moins rapprochées les unes des autres. Lorsqu'on examine à l'œil nu et par transparence une préparation de la néomembrane comprimée entre deux verres, on reconnaît que les granulations suivent un certain ordre dans leur distribution; elles sont accumulées principalement des deux côtés de certaines lignes transparentes, plus ou moins ramifiées, et à bords parallèles; or, ces lignes correspondent à des vaisseaux. Les granulations dont il s'agit ici sont formées, suivant toute apparence, d'hématosine. Il y a d'ailleurs d'autres éléments qui concourent à la coloration des membranes, ce sont des cristaux. Ces cristaux sont rouges, vus par transparence; ils ont tous ou presque tous la forme de prismes obliques à quatre pans; il sont en général allongés, et ont 7, 8, jusqu'à 15 millièmes de millimètre de hauteur. Ils sont disséminés, moins nombreux que les concrétions d'hématosine entre lesquelles on les trouve, et ils sont en plus grande quantité dans les points rapprochés du lieu de l'hémorrhagie. Là, granulations et cristaux forment un semis très serré.

Outre ces éléments, il y a çà et là de très rares cellules épithéliales contenant des granulations graisseuses. On rencontre aussi des granulations graisseuses libres dans tous les points de la néomembrane, et elles sont très abondantes dans le voisinage du foyer, là où les membranes sont plus épaisses. C'est à l'accumulation de ces granulations qu'est due la teinte gris-jaunâtre, d'aspect comme boueux, que prend la membrane en plusieurs endroits.

Enfin, on trouve encore des cristaux de carbonate de chaux et de petits amas de pigment noir, amas qui sont rares et épars. Ce pigment est sous forme de taches, soit uniformes, soit granuleuses, sans qu'il soit possible de déterminer dans quel élément il siége. On rencontre aussi quelques masses noires, opaques, très petites, offrant sur leurs bords des angles saillants et des angles rentrants à arêtes bien nettes, et paraissant à cause de cela formées par de petits agglomérats de cristaux noirs.

L'acide acétique n'a aucune action, ni sur les grains d'hématosine, ni sur les cristaux, ni sur les amas de matière noire. Il fait seulement apparaître plus clairement les noyaux embryoplastiques, et il fait pâlir les faisceaux de tissu conjonctif. La soude ne détruit non plus, ni les cristaux, ni les concrétions d'hématosine. Enfin l'acide azotique n'a pas dissous ces éléments et ne leur a point non plus fait subir de changements de teinte.

En résumé, il s'agit, dans notre observation, d'une femme âgée de quarante-cinq ans, qui, après avoir été atteinte déjà tout à coup, le 27 mars 1860, d'accidents cérébraux mal déterminés et de courte durée, est prise, le 5 septembre, d'une nouvelle attaque, après avoir été, paraît-il, maltraitée assez gravement. Cette nouvelle attaque est caractérisée surtout par une perte complète de connaissance et une paralysie avec contracture des membres du côté gauche. C'est dans cet état que la malade est observée le jour de son admission à l'hôpital. Le lendemain survient un accès de convulsions épileptiformes bornées aux muscles du cou et de la face. Un nouvel accès convulsif, en tout semblable au précédent, se reproduit au bout de trois jours. D'ailleurs, ni dans l'intervalle ni à la suite des accès, on ne constate aucune modification bien marquée, soit de l'état des fonctions cérébrales, soit de la paralysie avec contracture des membres du côté gauche. Le 15 septembre, après un amendement dans tous les symptômes, qui se maintient pendant quelques jours, un affaissement plus prononcé encore que par le passé se montre tout à coup, et s'accroît les jours suivants;

---

gance du style, une répétition que le maître jugeait nécessaire. Cette traduction, soigneusement revue par Virchow, a été commencée sur la première édition allemande et finie sur la deuxième (1).

Nous prions le lecteur de jeter les yeux sur les *errata* rendus nécessaires par ces deux éditions successives et par les modifications que Virchow a fait subir à son œuvre. La première édition allemande était l'exacte sténographie des cours professés à Berlin. La traduction française est une œuvre deux fois revue par l'auteur.

A vrai dire, il manquera aux lecteurs français ce qui entraînait les praticiens de Berlin et portait la conviction dans leur esprit. Je veux parler du talent oratoire et de l'habileté démonstrative, de l'expression ironique, fine et mordante de Virchow. Tous les médecins qui ont suivi son cours, soigneusement examiné ses préparations, sérieusement écouté ses leçons, ont été convaincus. Puisse cette traduction convaincre pareillement mes compatriotes, et je serai bien récompensé de mes peines si la doctrine d'un maître aimé peut, grâce à mon travail, être connue du premier public médical de l'Europe, d'une nation si prompte à s'enthousiasmer pour les grandes idées. PAUL PICARD.

(1) *Cellular Pathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre.* In-8 de 444 pages, avec 144 figures. Berlin, 1859.

Par divers décrets, en date des 31 octobre et 7 novembre 1860, ont été nommés :

Au grade d'officier de la Légion d'honneur : M. Laure (Jean-François), chirurgien principal, chargé en chef du service médical de l'escadre; M. Mongrand (J.-C.-Émile), chirurgien-major du 3e régiment d'infanterie de marine (belle conduite en Chine).

Au grade de chevalier : M. le docteur Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié; M. Le Guillon, chirurgien de 1re classe de la marine; M. Sabatier (François-Henri), chirurgien de la marine de 1re classe, chirurgien-major de la *Forte*.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris reprendra ses séances lundi prochain 12 novembre, et les continuera les second et quatrième lundis de chaque mois. Elle se réunit à trois heures, au Cercle des Sociétés savantes, quai Malaquais, 3. Les séances sont publiques.

les poumons s'engouent, un coma profond se déclare, et la mort survient le 18 septembre, treize jours après le début des accidents. — A l'autopsie, on trouve une hémorrhagie intra-arachnoïdienne du côté droit; l'épanchement était vaste et composé de sang coagulé; le liquide séro-sanguinolent qui s'est écoulé lors de l'incision de la dure-mère du côté gauche devait évidemment son aspect au mélange d'une petite quantité de sang provenant du foyer principal, et qui avait passé au-dessous de la faux de la dure-mère. Des deux côtés de la faux et dans toute la partie qui correspond à la convexité des hémisphères, la dure-mère est tapissée par une fausse membrane d'origine morbide et dont nous avons indiqué les caractères histologiques.

(La suite à un prochain numéro.)

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PATHOLOGIE. — *Remarques concernant la paralysie générale, présentées à l'occasion des Notes de* MM. Baillarger *et* Brierre de Boismont; par MM. *Cas. Pinel.* — Je connais, dit l'auteur, plusieurs personnes qui sont devenues aliénées, après avoir été atteintes d'hypochondrie; elles ont présenté la plupart des phénomènes notés par M. Baillarger; je puis affirmer qu'elles n'ont jamais été paralytiques, et qu'elles jouissent depuis longtemps de la plénitude de leurs facultés intellectuelles. J'ai eu occasion de soigner, depuis trente ans, un très grand nombre d'hypochondriaques à tous les degrés; beaucoup ont éprouvé les divers phénomènes signalés par M. Baillarger; quelques-uns sont devenus complétement aliénés; d'autres se sont suicidés; peu ont guéri, plusieurs sont encore hypochondriaques; certains d'entre eux ont succombé à diverses affections organiques; je certifie que les fous paralytiques ont été fort rares, de sorte que, d'après ma propre expérience qui est basée sur l'observation d'une assez grande quantité d'hypochondriaques, de mélancoliques et d'aliénés paralytiques, je suis porté à croire que le délire dépressif, qu'on l'observe comme phénomène initial de la folie ou bien pendant son cours, ne mérite pas réellement une grande attention sous le rapport du diagnostic de la paralysie générale, s'il n'a pas été précédé ou s'il n'est pas accompagné de symptômes regardés comme pathognomoniques par tous les auteurs. Ai-je besoin d'ajouter que ces signes sont essentiellement somatiques, et que, pour le constater, il faut diriger surtout son attention du côté des lèvres, de la langue, de la prononciation, des membres thoraciques et abdominaux, de la démarche, etc.?

On a cru pendant quelque temps qu'il existait constamment dans la paralysie générale un délire expansif à forme ambitieuse; c'était une erreur qu'une observation plus rigoureuse est venue démontrer. Le délire expansif, qui ne se rencontre guère que dans la moitié des cas de paralysie générale, est loin d'en être un signe certain; il se voit aussi chez des aliénés qui n'en sont jamais atteints; il alterne souvent avec le délire oppressif, de sorte que si, à des intervalles plus ou moins éloignés, on examine un paralytique général, on le trouve sous l'influence d'idées tout à fait opposées à celles qu'il avait manifestées dans d'autres moments.

M. Brierre de Boismont s'est attaché à prouver que les facultés morales et affectives sont plus ou moins perverties longtemps avant le développement de la paralysie générale, et il a dit que cette période prodromique a échappé aux auteurs qui ont écrit sur cette maladie. Cette proposition ne me paraît pas complétement exacte, car les aliénistes les plus recommandables, et à leur tête Pinel et Esquirol, ont signalé cette période dans tous les genres d'aliénation mentale qui, on le sait, compliquent ordinairement la paralysie générale. Il est vrai que beaucoup de paralytiques généraux présentent, avant de le devenir, les phénomènes décrits par M. Brierre de Boismont, mais je ne pense pas que ces phénomènes puissent avoir, seuls, d'autre signification que celle de faire craindre la manifestation d'une forme quelconque de folie, et qu'il soit possible d'établir avec certitude le diagnostic de la paralysie générale, si l'on ne peut pas constater l'existence de quelques-uns des signes somatiques dont j'ai parlé plus haut. D'ailleurs la paralysie générale peut se montrer quelquefois sans symptômes précurseurs qui expriment le trouble des facultés morales et affectives....

En résumé, je dirai : 1° l'existence du délire spécial hypochondriaque séparé de l'hypochondrie et de la mélancolie ne me paraît pas justifiée par une observation rigoureuse; 2° ce délire est d'une nature oppressive, et revêt tantôt la forme mélancolique, tantôt la forme hypochondriaque, et d'autres fois ces deux formes simultanément; 3° il peut précéder, accompagner ou suivre la paralysie générale sans qu'il en établisse le diagnostic d'une manière positive; 4° le délire dépressif, dans le cours de la paralysie générale, alterne assez souvent avec le délire expansif chez les mêmes malades. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Rayer.)

— M. *Brierre de Boismont*, à l'occasion d'une Note récente de *M. Linas* sur le *délire mélancolique* et ses rapports avec la *paralysie générale*, communique quelques développements à sa précédente Note, et annonce un futur travail concernant la même question. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Rayer.)

MÉDECINE. — M. *Dehaut*, à l'occasion d'une communication récente de *M. Demeaux*, concernant l'influence fâcheuse de l'état d'ivresse du père sur le produit de la conception, cite à l'appui de cette opinion les deux faits suivants, qui lui semblent bien caractéristiques : Le jeune X..., âgé de quinze ans, est épileptique depuis l'âge de dix-huit mois. Au moment de la conception de cet enfant, le père, grand buveur, finissait, pour faire usage de son expression, une neuvaine bachique. Pour le second fait, on a également l'aveu du père : le sujet, âgé aujourd'hui de vingt-deux ans, est épileptique depuis son jeune âge.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Autellet* sur une épidémie de diphthérie qui a régné dans l'arrondissement de Civray (Vienne) en 1859. (*Commission des épidémies.*) — *b.* La description d'un fauteuil gymnastique inventé par le sieur *Soleirol.* (*Comm.:* MM. Bouvier et Gavarret.)

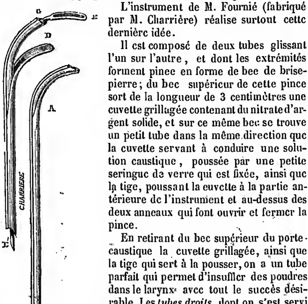
2° L'Académie reçoit : *a.* Une note sur l'eau du Petit-Saint-Sauveur, à Cauterets, par M. *Ernest Baudrimont.* (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Un travail intitulé : *Observations sur la formation de la matière colorante des suppurations bleues*, par M. *Sauvan*, pharmacien à Agen.

M. *Tardieu* dépose sur le bureau : 1° le rapport du Conseil central d'hygiène et de salubrité de Seine-et-Oise pour les années 1857, 1858 et 1859; par M. le docteur *Louis Pénard;* 2° une brochure du même auteur sur l'intervention du médecin-légiste dans les cas d'attentat aux mœurs.

M. *Trousseau* présente à l'Académie, au nom de M. le docteur *Fournié* (de l'Aude), un nouveau porte-caustique laryngien.

C'est en étudiant au moyen du laryngoscope le mécanisme qui soustrait le larynx à l'action des corps étrangers que M. Fournié est arrivé à poser les règles suivantes, qui permettent d'arriver infailliblement dans cet organe : 1° faire fonctionner largement les poumons pour vaincre la propulsion du larynx en haut et en avant; 2° faire respirer méthodiquement le malade, et introduire l'instrument pendant l'inspiration, car c'est le moment de la plus grande dilatation de l'orifice glottique (chez les enfants, on met à profit l'inspiration qui succède aux cris que provoque l'opération); 3° empêcher la respiration nasale par le pincement du nez;

4° surprendre la vigilance de l'épiglotte en la saisissant à son sommet et la tenant appliquée contre la base de la langue.



L'instrument de M. Fournié (fabriqué par M. Charrière) réalise surtout cette dernière idée.

Il est composé de deux tubes glissant l'un sur l'autre, et dont les extrémités forment pince en forme de bec de brise-pierre; du bec supérieur de cette pince sort de la longueur de 3 centimètres une cuvette grillagée contenant du nitrate d'argent solide, et sur ce même bec se trouve un petit tube dans la même direction que la cuvette servant à conduire une solution caustique, poussée par une petite seringue de verre qui est fixée, ainsi que la tige, poussant la cuvette à la partie antérieure de l'instrument et au-dessus des deux anneaux qui font ouvrir et fermer la pince.

En retirant du bec supérieur du porte-caustique la cuvette grillagée, ainsi que la tige qui sert à la pousser, on a un tube parfait qui permet d'insuffler des poudres dans le larynx avec tout le succès désirable. Les *tubes droits*, dont on s'est servi jusqu'à présent, étaient loin d'atteindre ce but. Dans les cas d'angine couenneuse ou autre, on limite l'action des poudres en dirigeant l'orifice de l'instrument du côté malade, et par un procédé analogue on porte le caustique dans l'orifice postérieur des fosses nasales. (*Commiss.* : MM. Blache, Velpeau et Trousseau.)

M. *Depaul* présente un monstre double appartenant à la classe des monocéphaliens, qui lui a été communiqué par M. le docteur Desfossés (de Saint-Cloud). La mère de ce monstre est âgée de seize ans et demi, sa grossesse n'avait rien présenté d'anormal. L'accouchement, qui exigea de fortes tractions pour être terminé, offrit ceci de particulier que le premier enfant se présenta par la tête, et le second par l'extrémité pelvienne. La mère n'éprouva pas d'accidents.

Voici les principales particularités observées sur ce monstre : Cordon ombilical unique; soudure s'étendant depuis la partie supérieure du sternum jusqu'à l'ombilic; thorax unique fermé en avant et en arrière; un sternum composé de deux moitiés non symétriques du sternum de chaque enfant. Le thorax est divisé en cinq cavités principales : une médiane, placée entre les deux sternums, renfermant le cœur, qui est situé verticalement; quatre latérales, formées par deux cavités doubles, contenant quatre poumons normaux. Les reins et le tube digestif présentent la disposition normale. Le cœur n'offre d'autre particularité que l'épaisseur presque égale des parois des ventricules et des oreillettes; la persistance du trou de Botal et l'existence de quatre aortes séparées, dont deux abdominales et deux fournissant les artères du cou et de la tête. La veine ombilicale, double dans le cordon, est simple dans l'abdomen; il y a trois artères ombilicales, et seulement un foie.

Lectures.

PATHOLOGIE INTERNE. — M. *Houssard* lit un mémoire sur l'*apoplexie pulmonaire par congestion.*

« Cette variété d'apoplexie pulmonaire n'est point, dit l'auteur, l'apoplexie pulmonaire ordinaire, décrite et signalée par les bons observateurs, dans laquelle les malades expectorent plus ou moins abondamment du sang de couleur noir-jais, à la suite d'une véritable déchirure du tissu pulmonaire, et qui entraîne rarement une mort immédiate. Mais c'est une apoplexie pulmonaire par congestion, sans déchirure du tissu pulmonaire, se terminant d'une manière prompte, soit par la mort, soit par résolution, quand l'intervention de l'art est assez active.

» Ce genre d'apoplexie, qui presque toujours se lie à une lésion primitive du cœur, se déclare d'une manière assez brusque, le plus habituellement la nuit, pendant le sommeil, après un repas copieux.

» Elle se reconnaît aux signes suivants : Oppression considérable; anxiété précordiale; battements du cœur vifs et forts; altération de la face, qui est pâle ou violacée et couverte d'une sueur froide; expectoration spumeuse, blanche ou légèrement rosée; fréquence du pouls, petit, quelquefois insensible; respiration fréquente, courte, accompagnée le plus souvent d'un râle bruyant; râle sous-crépitant et râle muqueux prononcé.

» Cette affection est très sujette à récidive.

» Les moyens à lui opposer sont : la saignée générale, les sinapismes et les pédiluves sinapisés, la position verticale, et plus tard les dérivatifs sur le tube intestinal. »

M. Houssard, dans le cours de ce travail, rapporte d'une manière sommaire plusieurs cas d'apoplexie pulmonaire congestive qu'il a observés.

M. *Devergie*, à l'occasion de cette lecture, rappelle qu'en 1834 ou en 1836, il a lu à l'Académie un mémoire sur *les morts subites*, mémoire basé sur quarante-cinq autopsies et tendant à détruire cette opinion accréditée jusqu'alors en médecine que la mort subite est due à une *apoplexie cérébrale* dite *foudroyante*, tandis qu'il n'en est qu'une produisant ce genre de mort, celle qui résulte de l'épanchement sanguin dans la protubérance annulaire.

Trente-neuf fois sur quarante-cinq, la mort subite provient d'une congestion pulmonaire.

OBSTÉTRIQUE. — M. *Laborie* lit un mémoire intitulé : *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement. Considérations anatomiques sur le siége des thrombus et sur leur traitement.*

Voici résumés, sous forme de propositions, les points principaux de ce mémoire :

1° Le thrombus de la vulve ou du vagin survenant après l'accouchement, constitue une affection toujours grave, puisqu'elle peut compromettre la vie des malades.

2° La gravité de cette affection varie suivant le siége occupé par l'épanchement sanguin.

3° On peut, en se servant des notions anatomiques, diviser l'épanchement en trois catégories : le thrombus, en effet, peut être périnéal, sus-périnéal ou vaginal intra-pariétal.

4° Chacune de ces divisions principales comprend des variétés qui méritent, au point de vue pratique, une attention spéciale.

Ainsi les thrombus périnéaux peuvent avoir leur siége au dehors de l'aponévrose superficielle, dans le sac dartoïque, entre l'aponévrose superficielle et la moyenne, entre l'aponévrose moyenne et la profonde.

Les thrombus sus-périnéaux peuvent être situés entre l'aponévrose profonde du périnée et l'aponévrose pelvienne ou au-dessus de cette dernière.

Chacune de ces variétés peut être diagnostiquée, car elle présente des symptômes spéciaux.

5° L'étiologie des thrombus est obscure. Il est impossible, en effet, d'admettre l'influence prédisposante d'affections préexistantes, comme, par exemple, cela a été dit pour les varices. Les seules causes prédisposantes doivent être recherchées dans la structure anatomique des parties, dont la richesse vasculaire est des plus remarquables; il faut tenir compte, en plus, de l'accroissement marqué de cet appareil circulatoire pendant la grossesse.

L'action contondante du produit qui se fait sentir sur des parties déjà si favorablement prédisposées constitue la cause efficiente habituelle.

6° Le diagnostic du thrombus, quand il est périnéal, ne présente aucune difficulté. Les erreurs signalées dans ce genre d'épanchement ne sauraient être justifiées.

Dans les thrombus sus-périnéaux, le diagnostic est loin de se présenter dans les mêmes conditions de simplicité.

Le thrombus vaginal intra-pariétal se reconnaît facilement.

7° Les thrombus peuvent offrir toutes les terminaisons signalées dans les autres tumeurs sanguines.

8° On peut résumer l'indication dominant toute la thérapeutique des thrombus en deux mots : il faut inciser ou ne pas inciser.

L'incision, applicable à tous les cas de thrombus, peut cependant être différée sans inconvénient, et quelquefois être évitée dans les différentes variétés de thrombus périnéaux. Elle est constamment urgente dans les thrombus sus-périnéaux en voie de progrès.

L'incision peut, en outre, être impérieusement indiquée lorsque le thrombus, même superficiel, gêne ou entrave complétement les fonctions des organes extra-pelviens. (*Comm.*: MM. Moreau, Cazeaux et Depaul.)

M. le docteur *Kauffmann* met sous les yeux de l'Académie un enfant nouveau-né atteint de spina-bifida dans la région dorsale.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

TUMEUR ÉRECTILE; LIGATURE DES CAROTIDES EXTERNE ET PRIMITIVE. — POLYPE UTÉRIN ENFLAMMÉ ET SUPPURÉ. — ÉTRANGLEMENTS HERNIAIRES. TRAITEMENT PAR LA GYMNASTIQUE SUÉDOISE.

Nous avons mentionné dans le compte rendu de la dernière séance un cas de ligature des carotides pour une *tumeur érectile de la région temporale et du crâne* (et non du *thorax*, comme on l'a imprimé par erreur). M. Bertherand a lié la carotide externe le matin, et immédiatement la tumeur s'est affaissée, flétrie, et a pâli. Dans la journée elle se remplit, et le soir le chirurgien pratiqua la ligature de la carotide primitive ; aucun changement ne se manifesta du côté de la tumeur. Le malade, qui était un enfant de quatre mois et demi, a guéri.

Cette observation a été écoutée avec intérêt; aucune objection n'a été faite ; nous pensons cependant que la suivante aurait pu être présentée. Les auteurs ont donné le conseil de lier la carotide externe toutes les fois que la lésion siége sur une artère extérieure au crâne; c'était ici le cas, et M. Bertherand a d'abord suivi le précepte donné; mais il s'élève contre ce précepte, et se fonde pour cela sur le cas observé par lui; or, ici la démonstration manque complétement, ce fait ne prouve rien, et n'infirme en rien le conseil donné par Wurtzer et M. Maisonneuve. En effet, lorsque la carotide externe fut liée la tumeur s'affaissa ; aucun changement, au contraire, ne se manifesta quand la carotide primitive fut liée. Quoique la tumeur se fût reproduite dans la journée, on ne pouvait tirer immédiatement aucune conclusion sur le résultat consécutif; dans des cas analogues, la guérison a eu lieu ; quant au résultat immédiat (les phénomènes observés du côté de la tumeur), il est contraire à la conclusion que M. Bertherand veut en tirer relativement à l'artère sur laquelle devra être portée la ligature.

M. *Huguier* communique un fait intéressant de *polype fibreux de l'utérus*. Une femme entra dans son service pour une tumeur utérine que l'on reconnut être dure, ferme, élastique; quelque temps après, la malade fut prise de douleurs abdominales, et plus tard un abcès contenu dans la tumeur fibreuse se fit jour au dehors ; à ce moment la tumeur s'était ramollie, elle avait perdu les deux tiers de son volume primitif; le doigt pouvait pénétrer dans la cavité de l'abcès; c'est donc un fait d'inflammation d'un polype utérin suivie de suppuration dans l'intérieur de la tumeur. Des faits semblables existent déjà dans la science; ils ne sont pas cependant très communs, et l'observation de M. Huguier présente à ce point de vue un intérêt réel. Un autre détail mérite encore d'être signalé ; il existait chez cette malade un rétrécissement du vagin placé assez profondément, de telle sorte que le doigt, après avoir franchi le rétrécissement, se trouvait dans une cavité qui simulait celle de l'utérus, le col étant effacé. M. Huguier paraît attacher une grande importance à ce détail. M. *Michon* pense, au contraire, que l'erreur pouvait être évitée assez facilement; on n'est certain d'avoir pénétré dans la cavité utérine qu'après avoir reconnu le col utérin.

M. *Morel-Lavallée* soumet à l'appréciation de ses collègues plusieurs faits d'*étranglement herniaire* qui se sont présentés presque en même temps dans son service :

1° Un homme entre à l'hôpital pour étranglement herniaire des mieux caractérisés, datant d'un jour et demi ou deux jours. La réduction est tentée inutilement d'abord, puis avec succès après des applications de glace sur la tumeur. Une bouteille d'eau de Sedlitz est donnée au malade sans effet ; le lendemain, une bouteille de limonade, nul effet encore; le jour suivant, l'ingestion de 50 gr. d'huile de ricin est suivie d'une évacuation abondante, d'une sorte de *débâcle*.

M. Morel attribue l'insuccès des premiers purgatifs à l'atonie, ou paresse ou paralysie de l'intestin, causée par une distension exagérée de ses fibres musculaires, et il pense que, pour en triompher, on doit insister sur l'emploi des purgatifs.

2° Une femme portait une hernie crurale gauche étranglée depuis cinq à six jours; la réduction est faite, mais les accidents continuent ; on donne inutilement de l'eau de Sedlitz. Il reste à la région crurale une petite tumeur. M. Morel pense qu'il y aurait danger à temporiser; il pratique la kélotomie, et trouve seulement un sac vide, mais résistant, dont les parois avaient un demi-centimètre d'épaisseur. Il referme la plaie ; la malade guérit, malgré un érysipèle.

3° Un tailleur entre avec une hernie inguinale étranglée depuis cinq à six jours. L'opération met à nu l'intestin atteint de gangrène à la partie moyenne de l'anse ; celle-ci est ouverte et fixée dans la plaie; on évacue l'intestin. Le malade succombe, et on reconnaît que la cause de la mort était une hémorrhagie qui avait eu lieu par le bout supérieur de l'intestin ; celui-ci contenait des caillots ; une quantité de sang assez considérable avait également été trouvée sur les pièces de pansement. De plus, M. Morel avait trouvé l'épiploon dans la tumeur et adhérent au sac ; il en avait écrasé le pédicule, en le tordant au moyen de deux pinces placées à peu de distance l'une de l'autre sur le pédicule ; le centre de torsion (et plus tard de section) était entre les deux pinces. A l'autopsie on trouva du pus dans l'épiploon refoulé dans la cavité abdominale, et en outre des plaques noirâtres indiquant un commencement de gangrène de l'épiploon. — On pourrait peut-être, croyons-nous, attribuer cette gangrène à la constriction exercée par la pince, qui avait été appliquée sur l'extrémité de ce lambeau épiploïque.

4° Le dernier fait est un cas d'engouement ou d'étranglement léger qui datait de quatre à cinq jours ; on fit rentrer d'abord des gaz par la pression ; puis, à la suite d'un bain, on put réduire une partie de la tumeur et enfin toute la masse. Guérison.

Une courte discussion s'engage à la suite de cette communication. M. *Bouvier* parle du traitement des étranglements herniaires par une méthode peu connue, la *gymnastique suédoise*, qui consiste à exercer des pressions et des frictions sur le ventre, le malade étant placé la tête dans une position déclive, les pieds plus élevés. Ce moyen paraît n'avoir pas été employé en France. M. *Larrey* seul cite un fait analogue. En 1849, il essaya inutilement de réduire une hernie étranglée ; il se disposait à opérer. On devait pour cela conduire le malade au premier étage ; il fit monter le malade les pieds en avant ; la tête était alors dans une position très déclive. M. Larrey recommanda aux porteurs d'exécuter des mouvements de succession, en même temps qu'il massait et frictionnait la tumeur et l'abdomen. Lorsqu'on arriva à la salle d'opérations, la hernie était réduite.

JULES ROUYER.

V

BIBLIOGRAPHIE.

La Maternité de Paris pendant l'année 1859, par le docteur S. Témoin, broch. in-4 de 96 pages. Paris, 1859, chez A. Delahaye.

De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, et de l'opération qu'elle réclame, par le docteur Depaul, professeur agrégé de la Faculté, membre de l'Académie de médecine, etc., broch. in-8 de 47 pages. Paris, 1860, impr. H. Noblet.

(Premier article.)

— Nous trouvons des renseignements plus utiles sur le traitement de la fièvre puerpérale dans la thèse inaugurale de M. S. Témoin : *La Maternité de Paris pendant l'année* 1859. Les différents modes de traitement proposés dans ces derniers temps ont été expérimentés par M. Delpech, médecin de la Maternité; le compte rendu de ces essais est consigné dans le travail clinique de M. Témoin.

Le sulfate de quinine a été employé à peu près sans succès : « M. Delpech l'ordonnait à la dose de 1 gramme, 1gr,25, 1gr,50 en trois ou quatre fois, soit en poudre, soit en potions. Il nous a semblé plusieurs fois qu'il faisait baisser le pouls, mais jamais il n'a enrayé la marche des accidents, et les quelques succès obtenus parmi les nombreux cas où il fut employé ne doivent nullement nous faire compter sur son action. »

La digitaline, préconisée par M. Serres (d'Uzès), a donné quelques succès qui doivent encourager à continuer l'essai de ce nouveau mode de traitement. Ce médicament était administré en granules d'un milligramme, deux le premier jour, puis trois ou quatre; on pourrait, ajoute M. Témoin, élever un peu cette dose dans quelques cas : « Nous n'avons, dit-il, observé que deux fois, à la suite, de l'irrégularité dans les battements du cœur. L'effet de ce médicament ne s'est pas fait sentir promptement; ce n'est que le lendemain ou le surlendemain de son administration que nous avons vu le pouls baisser d'une manière notable; dans d'autres cas, il a présenté quelques alternatives de haut et bas avant de rester à une fréquence modérée.

» Sur 8 malades de l'infirmerie qui ont été traitées par cette méthode, 3 ont guéri; mais l'effet a été surtout marqué chez 6 malades atteintes d'accidents généraux intenses et restées en dehors de l'infirmerie; chez ces malades, le pouls était à 120-150; on leur donna la digitaline : toutes six furent guéries, et elles sortirent, l'une au bout de onze jours, l'autre douze, une autre treize, la quatrième dix, et enfin les deux autres au bout de neuf jours.

» Sans doute il ne faut pas compter sur un succès semblable dans beaucoup de cas; c'est une série comme il s'en rencontre si souvent quand on essaye un médicament. Cependant nous croyons que ce résultat est digne de remarque et qu'il mérite d'appeler l'attention. Il est des cas où la digitaline devra être particulièrement employée : c'est quand il y a prédominance des symptômes généraux et peu ou pas encore de symptômes locaux. Dans tous les cas, nous pensons que la digitaline peut être un adjuvant utile dans les affections puerpérales. »

Nous arrivons maintenant à d'autres sujets, moins souvent étudiés, et sur lesquels nous devrons nous arrêter un peu plus longtemps.

— M. Depaul, à qui la science obstétricale doit déjà plusieurs travaux importants, nous offre aujourd'hui une étude pratique sur une complication de la grossesse et de l'accouchement : l'*Oblitération complète du col utérin chez la femme enceinte*. Cette complication se rencontre assez rarement, il est vrai, mais elle peut causer un embarras facile à éviter lorsqu'on connaît les principaux points de la question.

Le col de l'utérus peut s'oblitérer complétement pendant la grossesse; il en résulte, comme on le comprend, un obstacle de premier ordre au travail de l'accouchement. Des faits de ce genre avaient été signalés déjà anciennement, mais presque tous les auteurs avaient élevé des doutes sur leur authenticité, et cherché à expliquer autrement les obstacles rencontrés par les accoucheurs dans les cas signalés comme exemples d'oblitération. Aujourd'hui le doute n'est plus possible. M. Depaul a pu en observer trois cas, et, pour se mettre en garde contre les doutes qu'on pourrait encore élever sur ces faits, il a pris la précaution de les faire constater par d'autres confrères, et particulièrement par M. le professeur P. Dubois. Nous ne voyons aucun inconvénient à cette précaution d'une manière générale; mais nous la considérons comme un luxe pour un observateur tel que M. Depaul.

On doit se demander tout d'abord quelle peut être la cause de ces oblitérations accidentelles; malheureusement il est fort difficile de la déterminer, car dans presque tous les cas on n'a constaté cette disposition qu'au moment de l'accouchement, et l'on ne peut émettre à ce sujet que des hypothèses plus ou moins fondées; ainsi on pouvait supposer tout d'abord que l'inflammation avait une certaine part dans la production de ces accidents; mais « suffit-il, dit M. Depaul, qu'une inflammation du col existe avant la grossesse ou se développe pendant cet état pour que l'oblitération de l'un ou de l'autre orifice s'effectue? Non, sans doute, et je suis bien convaincu que ce résultat très exceptionnel suppose l'existence de conditions particulières qui nous sont inconnues. » L'oblitération peut siéger à l'orifice externe ou à l'orifice interne de l'utérus; dans le second cas, le diagnostic ne sera pas aussi facile, et souvent même on ne sera amené à constater l'obstacle que lorsque le travail sera commencé depuis un certain temps. C'est en cherchant à reconnaître le degré d'effacement ou de dilatation du col, la présentation ou la position du fœtus, que l'on s'apercevra de l'oblitération. Après l'avoir constatée par le toucher, il sera utile de procéder à l'inspection directe au moyen du spéculum, pour déterminer par la disposition des cicatrices dans quel point devait être situé l'orifice oblitéré. Ce sera sur ce point que l'on devra agir pour ouvrir la cavité utérine; en effet, l'intervention du chirurgien est nécessaire dans les cas de ce genre pour éviter des accidents graves, à savoir la rupture du corps de l'utérus ou la déchirure du col, déchirure qui pourrait s'étendre en dehors de la portion vaginale du col et devenir alors aussi grave que la rupture du col.

Nous regrettons que M. Depaul, se bornant aux cas d'oblitération *complète*, n'ait pas cru devoir tirer quelque parti des cas d'oblitération *incomplète*, lesquels, au point de vue pratique, ont autant d'importance que les premiers; dans quelques cas, on a trouvé un simple orifice admettant un stylet ordinaire : cet orifice, placé au milieu d'un tissu cicatriciel induré, n'était pas susceptible de dilatation, et l'intervention du chirurgien était tout aussi nécessaire. Dans un cas d'oblitération incomplète (*Gazette médicale*, 1837, p. 247; fait publié par M. le docteur Bleynie), un accoucheur se borna à rester simple spectateur d'un travail qui ne fut réellement efficace que quand la cicatrice fut rompue par l'énergie des contractions utérines; la lésion ne s'étendit pas, et la malade a pu accoucher heureusement et guérir. Ce fait rentre dans la classe de faits que M. Depaul qualifie justement de *succès malheureux*.

Le chirurgien devra donc agir et détruire cette oblitération au moyen de l'instrument tranchant. Voici les principaux détails de l'opération indiquée : on devra inciser le tissu du col dans le point oblitéré, à l'aide du bistouri, ou mieux des ciseaux; on arrivera graduellement à perforer la paroi. Après ce premier temps, qui est le plus délicat, on augmentera l'orifice créé par des débridements multiples en divers sens. Cette opération pourra être faite avec l'aide du spéculum ou en se servant comme conducteurs d'un ou deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin, jusqu'au point où l'incision devra être faite. Les suites de l'opération sont presque nulles, et la malade revient immédiatement aux conditions ordinaires de l'accouchement; l'innocuité de cette opération est démontrée par les observations de M. Depaul et par celles qu'il a pu recueillir dans les auteurs. Aux huit observations qu'il a pu réunir ainsi, nous pouvons ajouter entre autres les suivantes : celles de Gautier, de Lobstein; celles de M. Thomas de Corral (*Journal de chirurgie*, t. III, 1845, p. 216); de M. Baudelocque

(*Académie des sciences*, 4 septembre 1854); de M. Pagan (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. V, 1842, p. 246). Ces observations sont fort intéressantes, et elles viennent confirmer l'opinion de M. Depaul sur l'innocuité de l'opération à pratiquer dans ces cas exceptionnels.

(*La suite à un prochain numéro.*)

JULES ROUYER.

VI

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Deuxième assemblée générale tenue à Paris les 28 et 29 octobre 1860.

Indépendamment des membres du Bureau, des membres du Conseil général et du Conseil judiciaire et administratif, les Présidents et Délégués des Sociétés locales présents à la séance, sont : MM. Bourbier (Saint-Quentin), Durand-Fardel (Vichy), Ourgaud (Ussat), Carteron (Troyes), Vastel (Caen), Lhomme (Bourges), Blanc (Dijon), Caudet (Châtillon-sur-Seine), Montaudon-Barat (Guéret), Durand (Chartres), Halleguen (Quimper), Laforgue (Toulouse), Mabit (Bordeaux), Aubrée (Rennes), X... (Châteauroux), Millet (Tours), Giraud (Montbrizon), Petit (Nantes), Fabre (Agen), Houssard (Avranches), Landouzy (Reims), Chevillon (Vitry-le-François), Simonin fils (Nancy), Cazeneuve (Lille), Colson (Compiègne), Voillemier (Senlis), Damoiseau (Alençon), Nivet (Clermont), Eissen (Strasbourg), Rougier (Lyon), Bartoli (Marseille), Baneel (Melun), Liébault (Meaux), Michelin (Provins), Leblanc (Fontainebleau), Pénard (Versailles), Meschinet (Niort), Barilleau (Poitiers), Bardinet (Limoges), Rolland (Yonne.)

M. RAYER, président, a prononcé le discours suivant :

Messieurs et chers confrères, une année nouvelle est, pour ce qui commence, une nouvelle épreuve dont il est juste, quand elle est heureuse et bien soutenue, de se réjouir grandement. Nous qui commençons, et qui avons besoin de cette consécration, nous l'avons pleinement reçue dans les douze mois qui viennent de s'écouler. Le Conseil général a poursuivi sa tâche; ni le temps n'a été perdu, ni la bonne volonté qui a accueilli l'Association générale à son début ne s'est ralentie. De grandes et nombreuses adjonctions de Sociétés locales se sont opérées, d'autres se préparent; notre œuvre s'agrandit; ce qui était isolé s'unit, ce qui ne se préoccupait pas de s'unir y songe; l'isolement cesse de tous côtés.

Pourquoi faut-il que celui à qui est due une grande part de ces bons commencements de réussite ne soit pas là pour nous féliciter cordialement et en être cordialement félicité ? Il fallait, pour réaliser notre œuvre, un homme à vues élevées et de jugement sûr, qui, tenant à se faire nôtre, prît pour base, dans de longues et laborieuses discussions, notre propre connaissance de nos besoins et de notre profession, et en tirât le fécond règlement de notre Association. Bethmont fut cet homme. Au moment d'une mort si lamentable, des hommes éminents, ses confrères dans le barreau, ont payé un juste tribut à l'avocat, à l'orateur, au publiciste; mais ils n'ont pas connu, en lui, l'*ami de notre Association*, notre habile et dévoué conseiller et notre *premier bienfaiteur*. Il a songé à nous au milieu des soucis et des angoisses de la mort; et nous, au milieu de cette Assemblée, rappelant sa mémoire chère et vénérée, nous donnons aux morts ce qui est leur suprême récompense, le pieux souvenir et la gratitude profonde des vivants. (Applaudissements réitérés.)

Remplacer tout ce que Bethmont fut pour nous était impossible; pourtant, puisque telle est la condition des corps qui se perpétuent, que, même après les pertes les plus senties, il leur faut transmettre à d'autres les fonctions devenues vacantes, nous dûmes chercher des conseillers qui nous guidassent dans l'avenir. Nous les avons trouvés, célèbres par le talent qui les a mis dans une position éminente et pleins du désir de nous servir. Nous les remercions tous de leurs bons offices, et ce remercîment suffirait à leur dévouement, si ce n'était pour moi un doux devoir de nommer M. Andral fils, qui, sans doute, se croit obligé, par la gloire médicale de son père, à un dévouement plus particulier envers l'Association générale des médecins de France. (Applaudissements.)

Le Secrétaire général, dont le zèle infatigable a encore grandi avec le développement de l'Association, va vous exposer ce que le Conseil général a fait pour hâter la fondation complète de l'œuvre. Vous verrez, avec une grande satisfaction, que, sur presque tous les points de la France, elle a été comprise et accueillie, et que bien des incertitudes et des préventions se sont dissipées. Et comment ne l'aurait-elle pas été devant les intentions si droites et si désintéressées qui l'ont inspirée; devant les moyens si judicieux et si efficaces qui lui ont donné l'organisation et la vie ! Aussi, c'est le témoignage qui nous est rendu dans le RAPPORT A L'EMPEREUR sur les Sociétés de secours mutuels, témoignage trop honorable pour que je ne le répète pas ici : « L'Association générale des » médecins de France, y est-il dit, a été, cette année, un grand » exemple de l'introduction de la mutualité dans les classes supé- » rieures et les professions libérales... Elle a voulu (l'administra- » tion) encourager l'application de la mutualité à toutes les classes, » à toutes les conditions, car toutes ont, dans l'isolement, leur » cause de décadence, leurs chances de ruine. L'Association doit » appeler, dans le domaine de l'intelligence et de la science, la » fortune, le talent et la réputation des uns à protéger l'inexpé- » rience, le malheur, l'obscurité des autres, comme elle appelle, » dans la région du travail, la force, la santé, la jeunesse, au » secours des malades, des infirmes et des vieillards. »

C'est encore une consécration venue de haut dont je suis heureux de vous porter la première nouvelle : l'Empereur a bien voulu honorer d'un don l'Association générale des médecins de France, nous témoignant ainsi, comme bienfaiteur, l'intérêt et la bienveillance qu'il nous avait témoignés comme chef de l'État. Le chef de l'État nous a jugés utiles et nous a accordé sa sanction; le bienfaiteur s'approche davantage de nous et se complaît à notre reconnaissance. (Applaudissements.)

Le corps médical devait être le premier à donner le bon exemple de l'introduction de la mutualité dans les classes supérieures et les professions libérales. Ce corps touche, en effet, d'un côté aux choses les plus élevées de l'intelligence et d'un autre côté aux besoins les plus pressants de la société; il sert la science et il sert le public; il éclaire l'esprit général par d'heureuses découvertes et de féconds enseignements, et il porte une main secourable ou consolatrice dans toutes les douleurs.

L'Association générale, par une influence indirecte, soutiendra l'instruction médicale. C'est cette haute et sûre position intellectuelle qui nous permet de combattre le charlatanisme, ce triste et honteux parasite de la médecine, sans crainte qu'on n'attribue cette conduite aux seuls intérêts professionnels. Sans doute, ces intérêts sont dignes de toute sollicitude, et notre Association a pour cause et pour but le légitime souci qu'ils inspirent. Mais telle est la liaison avec l'intérêt public, que des deux parties, la société et le corps médical, c'est en définitive la société à qui il importe le plus que nous soyons vigilants. Que sont, d'un côté, les pertes pécuniaires, quand, de l'autre, sont les pertes irréparables de la santé et de la vie ! et, au point de vue général, qu'est notre chagrin de nous voir méconnus par ceux-ci ou par ceux-là, en comparaison du chagrin social de voir tant de gens des hautes classes, de celles qui devraient avoir plus de raison et de lumières, saisir les plus grossières amorces présentées par la cupidité, par l'ignorance, par la fausse science? Oui ! quand le corps médical intervient entre la société et le charlatanisme, il accomplit un devoir envers elle, beaucoup plus qu'il n'exerce un droit à lui profitable. S'il arrive jamais que l'éducation générale rende familières assez de notions positives pour écarter de l'esprit des hommes les chimères d'une médecine qui agit par de merveilleux secrets, alors le charlatanisme sera réduit à un minimum de malfaisance où il ne sera plus notre justiciable. Jusque-là, c'est par un honnête et sincère désir de prévenir de douloureux mécomptes, c'est par un juste orgueil de savoir et de civilisation, que le corps médical démasque et poursuit les faux médecins; il sera, aussi bien en face de lui-même qu'en face du public, d'autant plus fort contre la fausse science, qu'il grandira davantage dans la vraie. (Approbation unanime.)

Une des utilités les plus réelles qu'aura l'Association générale sera de porter à la connaissance des médecins de la France entière les services rendus par les Sociétés locales. Un jour prochain viendra où l'on pourra vous présenter le tableau de ces services, secours, conseils, appuis donnés, luttes contre le charlatanisme, défense des intérêts médicaux et de l'honneur médical. Beaucoup a été fait par les Associations locales existantes; nous le voyons par leur histoire et surtout par celle des puissantes associations du Bas-Rhin, du Rhône, de l'Ille-et-Vilaine, de l'Isère et de tant d'autres que je pourrais nommer. Et si partout l'efficacité se mesure à la puissance, le jour où toutes les Sociétés locales seront constituées, le jour où l'Association des médecins de la Seine s'agrégera à l'Association générale, une grande force pour le bien sera remise dans les mains du corps médical.

Le besoin qui, dans l'ordre intellectuel, suscita les *Académies*, il y a deux siècles, suscite, dans l'ordre moral et dans notre siècle où toutes les anciennes institutions se sont désorganisées, l'ASSOCIATION.

C'est pour mettre en commun le travail de l'intelligence et pour diriger les efforts épars que les Académies ont été instituées et qu'elles subsistent. Mais est-ce là tout pour l'homme, et surtout pour l'homme mûri par l'âge et les épreuves de la vie? En dehors de ce noble et précieux exercice de la pensée, n'est-il pas un domaine où les sentiments ont seuls droit de faire entendre la voix? L'Association n'offre-t-elle pas au cœur un emploi de facultés qui autrement dormiraient? Et ne doit-on pas la considérer comme une heureuse extension de ces affections de famille qui font notre bonheur en nous consacrant au bonheur des nôtres? Là, dans l'Association, nous ressentons quelque chose de cette salutaire disposition de l'âme; et le plus précieux des résultats est obtenu quand il arrive que vouloir faire du bien à autrui nous fasse tant de bien à nous-mêmes.

Ce discours est suivi de témoignages unanimes et réitérés de la vive émotion de l'Assemblée.

M. le *Président* donne la parole à M. Amédée Latour, secrétaire général, qui présente le compte rendu annuel de l'Association générale.

L'orateur expose successivement les opérations du Conseil administratif, les actes du Conseil judiciaire, et notamment son utile intervention dans le procès intenté par les médecins du Rhône contre la demoiselle Bressac; les dons faits à la Société, dans le courant de cette année, par MM. Rayer (5000 fr.), Willemin, de Vichy (500 fr.), Fourneaux, de Caen (100 fr.), Tardieu (100 fr.), Barth (130 fr.), Lejeune, de Laon (12 fr.), un anonyme (20 fr.), la Société des médecins du 9e arrondissement de Paris (100 fr.), Hervez de Chégoin (100 fr.), un anonyme (50 fr.), M. Ourgaud, de Bourg (500 fr.), feu Me Bethmont (legs de 5,000 fr.).

Puis M. Latour donne l'analyse des rapports adressés à l'Association générale par les Sociétés locales agrégées, et déclare que « leur situation financière est aussi satisfaisante que possible. »

Enfin, l'orateur termine par le résumé suivant, où sont exposés les résultats les plus généraux de l'œuvre.

« L'Association générale se compose aujourd'hui de 53 Sociétés locales, comprenant 46 départements.

Le chiffre du personnel nous manque pour 6 de ces Sociétés; il s'élève, pour les 47 autres, à celui de 3108 Sociétaires.

Les recettes de l'Association générale, dans son ensemble (non compris 20 Sociétés qui n'ont transmis aucun document sur ce sujet) s'élèvent à la somme de 60 219 fr. 92 c.

Les dépenses, et sous ce titre sont compris les versements faits à la caisse générale du droit d'admission des Sociétaires qui ne sont, à vrai dire, qu'un revirement de fonds, à la somme de 28 064 fr. 24 c.

L'Association, dans son ensemble, possède aujourd'hui en capital placé ou en caisse, la somme de 609 622 fr. 16 c. »

Plusieurs fois interrompu par les marques de satisfaction de l'Assemblée, ce compte rendu est accueilli par des applaudissements réitérés.

M. Ludger Lallemand, Secrétaire de la *Société centrale*, prend la parole pour exposer la situation de cette Société.

« Du 1er juillet au 7 octobre 1859, la Société centrale a prononcé l'admission de : 200 médecins du département de la Seine; 112 médecins de l'armée et de la flotte; 3 médecins en mission à l'étranger.

Le personnel de la Société centrale comprenait ainsi 315 membres au 30 octobre 1859, jour de la première Assemblée générale de l'Association.

Depuis cette époque jusqu'au 5 octobre 1860, la Commission a admis : 140 médecins du département de la Seine; 15 médecins de l'armée; 2 médecins en mission.

Le personnel de la Société centrale s'élève donc actuellement au chiffre de 472 membres.

Au 30 octobre 1859, il n'existait que 25 Sociétés locales, ou agrégées à l'Association générale, dans 20 départements. Aujourd'hui il existe 52 Sociétés locales ou agrégées dans 47 départements.

La situation financière de la Société centrale est satisfaisante. Au 31 décembre 1859, elle se soldait comme il suit :

RECETTES. — Droits d'admission et cotisation annuelle des Sociétaires, 6,862 fr.

DÉPENSES. — Versements à la caisse de l'Association générale, conformément aux statuts, 3,353 fr. 80 c. — Dépenses diverses, 315 fr. 10 c. — Total, 3,668 fr. 90 c. — Reste en caisse au 31 décembre 1859, 3,193 fr. 10 c.

Voici la situation financière à la date de ce jour :

RECETTES. — Solde en caisse au 1er janvier 1860, 5,193 fr. 10 c. — Droits d'admission et cotisations recouvrés jusqu'à ce jour, 6,673 fr. — Total, 9,866 fr. 10 c.

DÉPENSES. — Versements à la caisse de l'Association générale, 2,000 fr. — Dépenses diverses, 362 fr. 8 c. — Secours accordés par la Société, 200 fr. — Total, 2,562 fr. 8 c. — Reste en caisse, 7,304 fr. 2 c.

L'actif de la Société centrale est donc, au 28 octobre 1860, de 7,304 fr. 2 c.

Sur cette somme, 6,000 fr. ont été placés, aux termes du décret du 26 mars 1852, à la caisse des dépôts et consignations.

Ce placement rapporte 4 pour 100 d'intérêt annuel.

La Commission a décidé qu'il serait facultatif aux Sociétaires de verser, en un paiement fait une fois pour toutes, le capital de leur cotisation, ou d'acquitter annuellement le montant de cette cotisation. »

Le même jour, à sept heures du soir, un banquet a réuni les membres de l'Association générale dans les salons du Louvre.

— Dans la séance du 20 octobre, M. le docteur *Conneau* informe l'Association générale que l'Empereur fait à l'œuvre un don de la somme annuelle de 1,000 fr.

M. *Paul Andral*, membre du Conseil judiciaire, lit un discours dans lequel, après des regrets accordés à la mémoire de M. Bethmont, il expose les résultats obtenus ou poursuivis dans le courant de l'année par le Conseil judiciaire dans les luttes d'audience et dans la solution de diverses questions de jurisprudence médicale.

Une discussion s'engage sur cette communication, à laquelle prennent part un grand nombre de membres, et qui se termine par le renvoi de la question au Conseil général, à la prudence duquel l'Assemblée s'en rapporte pour les mesures les plus efficaces à prendre.

Des propositions diverses et relatives au triple but d'assistance, de protection et de moralisation de l'œuvre sont faites, au nom des Sociétés locales, par MM. Landouzy, Laforgue, Fabre, Giraud, Halleguen, Houssard. — Nous reviendrons sur cette partie de la séance

---

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. *Clinique chirurgicale.* — M. le professeur Velpeau commencera ses leçons cliniques le vendredi 16 novembre et les continuera tous les jours, de huit heures à dix heures, le jeudi et le dimanche exceptés.

— M. Nonat, médecin de l'hôpital de la Charité, commencera ses leçons cliniques sur les maladies utérines, le dimanche 11 novembre, à huit heures et demie, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

— La SOCIÉTÉ ANATOMIQUE reprendra le cours de ses séances le vendredi 9 novembre 1860.

— MM. les docteurs Baillarger, Calmeil, Falret et Morel, ont été élus membres honoraires de l'Association des médecins aliénistes de l'Angleterre.

— M. le docteur Richard de Laprade, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'École de médecine, membre et président de l'Académie et de la Société de médecine de Lyon, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans.

—Le prix Esquirol (concours de 1859) vient d'être décerné à M. Kuhn, interne à l'Asile des aliénés de Maréville (Meurthe).

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 16 NOVEMBRE 1860. N° 46.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 15 novembre 1860.

Académie de médecine de Turin : EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE. — *Faculté de médecine de Paris :* DISCOURS DE M. GOSSELIN. — *Revue de pharmacie et d'histoire médicale :* EMPLOI DES FERRUGINEUX. — CAUSE DE LA SUPPURATION BLEUE. — COMPOSITION DE LA *poudre grise.* — PRÉSENCE DU PLOMB DANS L'EAU DE FLEUR D'ORANGER.

Un fait d'empoisonnement par le phosphore, observé par M. Luigi Poggio, et communiqué par M. Abbene à l'*Academie de médecine de Turin,* a provoqué au sein de cette compagnie une discussion dont quelques points méritent d'autant plus l'attention qu'ils sont loin d'être dégagés de toute obscurité. L'intention principale de M. Abbene était de signaler, dans le cas dont il s'agit, les effets antitoxiques de la magnésie; mais c'est sur d'autres questions que le débat s'est plus particulièrement concentré et que porteront également nos courtes remarques.

Sous quelle forme chimique le phosphore exerce-t-il son action vénéneuse sur l'économie? Ne passe-t-il dans le torrent circulatoire qu'après sa transformation en acides hypophosphorique et phosphorique? Pénètre-t-il, au contraire, en nature dans la circulation, et, en cas d'affirmative, subit-il assez promptement et assez complétement l'action de l'oxygène du sang pour qu'il ne s'en puisse déposer dans la trame des organes? En réalité, personne n'a nié que le phosphore ne commençât à subir l'oxydation dans le tube digestif même, où l'oxygène ne manque pas. Un seul membre, M. Timermant, a contesté que le phosphore pût jamais être absorbé en nature. La controverse n'eût donc pas été longue, si M. Abbene n'eût donné le conseil un peu inattendu de faire boire aux malades de l'eau fortement aérée et de les soumettre à la *ventilation,* pour porter à la fois dans l'estomac et dans les poumons un supplément d'oxygène, et remplacer ainsi le gaz consommé dans la combustion du phosphore. Notez que M. Abbene est partisan de l'absorption en nature. M. Demarchi, M. Marchiandi, M. Battalia, n'ont pas manqué de signaler

FEUILLETON.

L'École de Salerne, traduction en vers français, par M. CH. MEAUX SAINT-MARC (1).

On connaît sous le nom d'*École de Salerne,* un ouvrage datant du milieu du XIIe siècle environ, et désigné souvent sous les noms de *Flos medicinæ*, *Regimen sanitatis*, *Regimen virile*. On n'a pu déterminer encore comment ce poëme s'est formé, et quel en est l'auteur; il semble être, comme l'admet M. Daremberg, l'ouvrage de rhapsodes médecins, et s'être constitué par des additions successives, au point que, composé d'abord de 362 vers, il est arrivé à en renfermer 3520.

Ce poëme nous expose, sous une apparence poétique l'expression des doctrines professées ou admises à l'école de Salerne. Cette école, qui a pris naissance au commencement du IXe siècle, exista jusqu'à la fin du XVIIIe. Elle compte donc dix siècles d'existence, et cependant il ne nous en reste rien ou presque rien. Pendant cette longue période on distingue à peine cinq ou six noms sauvés d'un oubli complet, mais aucun livre nouveau exposant quelque progrès de la science.

Nous devons signaler avant tout, dans la nouvelle édition dont nous allons présenter l'analyse, une introduction fort remarquable de M. Ch. Daremberg; elle expose l'histoire de l'école de Salerne, depuis son origine jusqu'à sa disparition; le savant bibliographe nous donne des indications très intéressantes sur l'enseignement et les travaux de l'école de Salerne : dès le moment de sa fondation, l'école avait adopté les ouvrages d'Hippocrate et de Galien; le plus souvent, dans le principe surtout, c'étaient des traductions inexactes ou incomplètes des écrits de leur maître. Ce qui reste aujourd'hui des ouvrages de l'école de Salerne, consiste en une trentaine de traités spéciaux qui paraissent être plutôt des com-

(1) Avec le texte latin en regard, précédée d'une introduction par Ch. Daremberg; — *De la sobriété,* conseils pour vivre longtemps, par L. Cornaro, traduction nouvelle. In-12. Paris, 1861, J.-B. Baillière et fils.

cette inconséquence et de faire remarquer qu'une telle pratique pourrait avoir les plus graves inconvénients, puisqu'elle fournirait à la combustion du phosphore un nouvel aliment. Qu'a répondu M. Abbene? D'abord que son précepte ne devait recevoir d'application qu'après l'épuisement de toute action toxique et quand tout le phosphore serait brûlé; à quoi l'on a répliqué que ce moment n'est pas aisé à déterminer; — ensuite, que l'action toxique appartient au phosphore en nature plus qu'à ses composés oxygénés. Ainsi, à la première question : *Sous quelle forme le phosphore passe-t-il dans la circulation?* en est venue se joindre une seconde : *Sous quelle forme empoisonne-t-il?*

Il ne faut jamais oublier, quand il s'agit de phosphore, que la nature de ses combinaisons est en ce moment même l'objet de contestations entre les savants les plus expérimentés, notamment entre M. Berthelot et M. Cloëz. Néanmoins il est difficile de mettre en doute, dans les cas d'empoisonnement, la *présence* (nous ne disons pas encore l'*absorption*) du phosphore en nature dans divers liquides et divers tissus de l'économie. On a rappelé à l'Académie de Turin, M. Demarchi notamment, la *phosphorescence* du sang et de l'urine. On connaît celle des vapeurs exhalées par le poumon. La sueur même peut devenir lumineuse, au dire de Falk (1), qui fait d'ailleurs du reflet lumineux des liquides, de la surface cutanée, et, sur le cadavre, de la surface des grandes cavités viscérales, un des éléments les plus positifs du diagnostic dans deux au moins de ses trois formes de phosphorisme : le *phosphorismus acutus* et le *phosphorismus cerebrospinalis*. Or, en négligeant même l'opinion de Berzelius, qui regardait les émanations de phosphore comme lumineuses par elles-mêmes, et en admettant qu'elles ne le deviennent que par le fait de la combustion, la phosphorescence est un témoignage assez plausible de la présence du phosphore en nature.

Il faut dire toutefois que la phosphorescence n'est pas notée dans les observations d'empoisonnement que nous pouvons connaître; l'auteur d'une très bonne thèse inaugurale sur ce sujet (*De l'empoisonnement aigu par le phosphore*, 1860, n° 47), M. Brullet, fait la même remarque. Si ce symptôme ne se rencontrait que chez les animaux à qui l'on injecte de l'huile phosphorée dans les veines, on pourrait en induire que le phosphore ne pénètre dans le sang que par effraction; mais, d'une part, la phosphorescence a été observée après l'injection d'huile phosphorée, non plus directement dans les voies circulatoires, mais bien *dans le péritoine;* d'autre part, on l'a notée chez des sujets qui avaient simplement respiré des émanations phosphorées. Or, ne sont-ce pas là, quant à la possibilité d'une absorption, les mêmes conditions que dans l'empoisonnement par la bouche?

Mais il y a plus, et la question a été résolue expérimentalement par M. Reveil. Sur un chien empoisonné avec 42 centigrammes de phosphore, cet habile chimiste a détaché des morceaux de foie, qui, desséchés au moyen de la chaux vive sous la machine pneumatique, divisés et placés sur une plaque chaude, ont donné des lueurs phosphorescentes. On se rappelle, d'ailleurs, que le travail de M. Reveil a reçu la confirmation d'un remarquable rapport de M. Poggiale (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 379 et 570).

Disons-le pourtant, une objection à cette doctrine ne serait pas impossible; de l'acide phosphoreux ou hyperphosphoreux, engagé dans le foie et chauffé à l'air, deviendrait également lumineux, M. Poggiale l'a rappelé, en passant à l'état d'acide hypophosphorique. Ne pourrait-on pas soutenir que, dans les cas d'empoisonnement, c'est à cet état de sous-acide que le phosphore pénètre dans les veines d'abord, et puis dans l'intérieur des organes? Cette explication plairait à ceux qui arguent de l'insolubilité du phosphore dans les liquides de l'estomac, pour soutenir l'impossibilité de sa présence dans le sang et les tissus. Mais qui sait encore? Il se pourrait très bien que le phosphore ne fût absorbé que sous la condition de son oxydation, et redevînt libre ensuite dans l'économie. Ce ne serait pas le premier exemple d'un corps réduit dans l'organisme, après n'y avoir pénétré qu'à la faveur de combinaisons spéciales. On voit que la question n'est pas absolument, irrévocablement jugée; mais nous croyons avoir indiqué la solution la plus vraisemblable.

Quant à la question de savoir si le phosphore empoisonne en tant que corps simple, ou seulement par le fait de la combustion, elle est moins aisée à résoudre que l'ont paru penser quelques confrères de Turin. Du moins la question paraît-elle devoir être posée aujourd'hui en d'autres termes que dans les traités classiques. Les recherches de M. Reveil et de M. Poggiale (*loco citato*) tendent à établir que le phosphore en nature peut résider longtemps, et en grande quantité, dans l'économie, sans déterminer d'accidents graves; que les acides qui naissent de son oxydation n'agissent pas d'une autre manière que les autres acides concentrés, et deviennent inoffensifs quand ils sont dilués. Enfin, suivant M. Reveil,

(1) Virchow's *Handb. der Spez. Path. und Ther.*, 2e bd., p. 250.

mentaires sur ceux d'Hippocrate et de Galien. Plusieurs de ces traités sont, je crois, encore inédits.

Quant au *Regimen*, plus connu généralement sous le nom d'*École de Salerne*, on en compte environ 250 éditions, traductions en prose, en vers, etc. Ce n'est, comme nous le disons, qu'une sorte de résumé qui manque également d'originalité. Hippocrate et Pline ont fait presque tous les frais des élucubrations pseudo-poétiques.

On y trouve en plus un reflet des superstitions, des croyances qui régnaient au moyen âge. Nous en citerons quelques exemples plus loin.

Nous n'avons donc pas lieu d'être enthousiastes du fond de l'ouvrage; quant à la forme, nous croyons pouvoir affirmer que beaucoup d'élèves de troisième, armés du texte de Pline, arriveraient souvent à un résultat aussi et même plus satisfaisant.

Voici donc venir une nouvelle édition avec une traduction en vers. Nous n'avons pas à rechercher si le besoin d'une nouvelle traduction en vers se faisait sentir; les éditeurs semblent en avoir jugé ainsi dans un avertissement placé en tête de l'ouvrage : « Nous n'avons voulu reproduire, ni la traduction de Brunzen de la Martinière, ni celle de Levacher de Feutrie, ni celle de Pougens, ni aucune autre : *elles avaient le double défaut d'être anciennes et incomplètes.* » Nous ferons remarquer toutefois qu'être fort *ancienne* n'est pas un défaut pour une traduction, si elle est bonne; souvent même les traductions anciennes sont plus estimées que les nouvelles; nous nous dispensons de citer des exemples bien connus; d'ailleurs, les précédentes datent de 1779 et 1825, ce qui n'est pas fort ancien. La nouvelle édition que nous avons sous les yeux est également passible du reproche d'être *incomplète*, puisqu'elle comprend seulement 1870 vers au lieu des 3520, qui ont été mis au jour dans la dernière édition.

L'Ecole de Salerne est composée de plusieurs parties : 1° hygiène, 2° matière médicale, 3° anatomie, 4° physiologie, 5° étiologie, 6° séméiotique, 7° pathologie, 8° thérapeutique, 9° nosologie, 10° pratique médicale. Nous n'avons pas l'intention d'étudier en détail ces diverses parties de l'ouvrage; nous prendrons çà et là quelques passages qui, à divers titres, pourront intéresser le lec-

le phosphore ne porterait une grave perturbation dans l'économie qu'en s'opposant à la transformation du sang veineux en sang artériel. On voit encore, à supposer qu'il en soit ainsi, que l'opinion de M. Abbene sur l'action du phosphore en nature serait erronée, et que ce n'est pas ce corps simple, mais bien ses composés acides, qui produisent, au sein des tissus, les lésions profondes qui sont propres à l'empoisonnement par le phosphore.

Quoi qu'il en soit, il est certain au moins que tout le phosphore ingéré ne passe pas sans oxydation dans le courant circulatoire; nous croyons même qu'il est oxydé pour la plus grande partie, soit dans l'estomac et les intestins, soit dans le sang, ainsi que l'a soutenu M. Lefort dans une discussion qui a eu lieu, en 1851, à la *Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*. Mais aussi, contrairement aux assertions émises par cet habile chimiste (si elles ont été bien rendues par le secrétaire), nous ne pensons pas que la présence du phosphore *normal* dans l'économie soit un obstacle bien sérieux à la découverte du phosphore ingéré, surtout si cette substance a été administrée à dose assez élevée pour produire l'empoisonnement.

A. Dechambre.

Le côté descriptif des comptes rendus des séances annuelles de la Faculté n'est jamais difficile, et il lui est interdit d'être neuf. Nous aurons rempli consciencieusement notre devoir en disant que les choses se sont passées comme l'année dernière, comme les années précédentes, si ce n'est que la séance était présidée par M. Gavarret, assesseur, en l'absence de M. le doyen.

Mais ce qu'on n'entend pas tous les jours, c'est un discours aussi bien réussi que celui de M. Gosselin. La Faculté, quand elle désigne un orateur, a presque toujours le talent de le choisir parfaitement approprié au sujet du discours. M. Grisolle parlant de Chomel; M. Wurtz, de Soubeiran; M. Gosselin, de Pierre Bérard: c'est le *similia similibus* du panégyrique.

Le professeur de pathologie externe a toutes les qualités d'esprit du regretté professeur de physiologie, qui était aussi chirurgien. Même sagacité, même puissance d'assimilation, même mémoire, même aisance de diction, même agrément de style, de ce style qu'a si bien défini Cicéron : *Isque uno tenore, ut aiunt, in dicendo fluit, nihil afferens præter facilitatem et æquabilitatem*. A propos d'heureuses aptitudes, nous ne supposons pas que l'orateur ait entendu faire l'éloge de l'ancien concours, quand il a représenté Bérard se mettant en mesure, dans l'espace de quatre mois, avec les œuvres de Haller, Richerand et Adelon, de concourir pour une chaire de physiologie, et, qui plus est, de l'obtenir, sauf à redoubler ensuite de travail pour pouvoir enseigner ce qu'il venait d'apprendre. Ce tour de force, dont M. Gosselin serait bien capable aussi, fait l'éloge de l'homme plus que de l'institution.

Ce discours est excellent surtout en ce que, dans un cadre assez court, il peint Bérard avec autant de vérité que d'indépendance. Tant d'aimables qualités, tant de services rendus à la jeunesse, de si belles actions — comme le noble refus d'une position conquise dans un concours d'une régularité suspectée — tout cela a été célébré avec cœur, avec goût; mais rien de tout cela n'a enchaîné le jugement de l'orateur; et c'est, on peut le dire, avec émotion, que l'auditoire a assisté aux dernières péripéties de la vie de Bérard, au tableau de cette *activité tardive*, de cette *critique passionnée*; tableau de maître, où d'habiles ménagements de style laissaient entrevoir le contre-coup de la maladie qui devait terminer la scène. Les applaudissements, qui avaient éclaté à plusieurs passages du discours, ont énergiquement salué cette belle fin.

A. D.

La pratique médicale exige très souvent, comme on sait, l'usage de ferrugineux, dont elle tire de très grands avantages. Mais il arrive souvent que l'on est embarrassé de savoir sous quelle forme le fer doit être administré. Un grand nombre de médecins fixent leur préférence sur telle ou telle préparation, en se laissant guider quelquefois par la mode, dont les lois se font sentir pour nous comme pour les exigences de la vie ordinaire; dans d'autres circonstances, ils sont amenés à faire leur choix par l'influence qu'exerce sur eux quelque travail remarquable publié sur la matière. C'est ainsi qu'à la suite des beaux travaux de Quevenne sur les ferrugineux, on a accordé une préférence marquée au fer réduit par l'hydrogène sur les autres préparations de ce métal. Déjà, en 1855, mon père, dans ses leçons à la Faculté de médecine, tout en reconnaissant que le fer réduit avait sur les sels ferriques, en général, l'avantage de ne pas charger l'estomac d'une aussi grande quantité de substance, lui préférait cependant le lactate de fer dans les cas ordinaires, ou le carbonate de fer, quand la solubilité trop facile du lactate le rend un inconvénient pour le malade. Une des causes qui lui faisaient ainsi placer à un rang moins élevé le fer réduit, était la production de gaz désagréables dus au dégagement inévitable de gaz hydrogène sulfuré qu'il provoque. M. Deschamps (d'Avallon), qui vient de reprendre la question, arrive aussi à faire le même reproche au fer réduit; d'autre part, l'analyse lui a démontré que les fers réduits qu'on trouve chez les pharmaciens, n'ont pas toujours une composition identique; ce qui est toujours un inconvénient grave dans un médicament. Aussi conclut-il de ses expériences qu'il faut accorder au fer réduit moins de faveur qu'on ne le fait

---

teur. Nous signalerons tout d'abord le parallèle qu'on retrouve à chaque instant entre les quatre éléments, les quatre humeurs, les quatre tempéraments, les quatre saisons, les quatre âges de la vie :

Consona sunt aer, sanguis, pueritia, virque;
Conveniunt ignis, æstas, choleraque juventus
Autumnus, terra, melancholia, senectus,
Decrepitus vel hiems, aqua, phlegmaque sociantur.

Il règne évidemment certaine convenance
Entre l'air et le sang, le printemps et l'enfance;
Il en existe aussi, le fait est non moins sûr,
Entre le feu, l'été, la bile et l'âge mûr;
L'harmonie apparaît entre l'aride terre,
L'automne, l'atrabile et la vieillesse austère;
L'eau, le phlegme et l'hiver offrent plus d'un rapport
Avec l'âge caduc qui précède la mort.

On rencontre assez souvent ces idées dans des ouvrages étrangers aux sciences médicales, et contemporaines de celui qui nous occupe; c'est ainsi qu'on trouve ces notions jusque dans les livres d'heures; le savant rédacteur en chef de ce journal, M. Dechambre, en a cité un exemple remarquable, dans un article intéressant sur ce sujet; il y signale aussi la comparaison fréquente qu'on trouve entre le *macrocosme* et le *microcosme*. C'est à ce dernier ordre d'idées qu'appartiennent les rapports qu'on établit entre les signes du zodiaque et le corps humain. Voici la traduction de ce passage de l'*Ecole de Salerne* :

Aux signes éclatants dont le ciel est paré,
Dans ses membres divers l'homme s'est comparé,
Comme lui le *Bélier* lève sa tête fière;
Le *Taureau* de son cou dresse la force altière;
Des bras unis aux mains les *Gémeaux* ont le don;
Du *Cancer* la poitrine enfle un large poumon;
Sur l'estomac, les reins, le *Lion* veut l'empire;
Sur le seul intestin la *Vierge* le désire;
La *Balance* adopta fesses, côtés égaux;

généralement, et lui préférer la limaille de fer et le fer porphyrisé, provenant du fer du Berri préparé au bois, qui est celui qu'il a trouvé le plus pur. Il résulterait donc de ces recherches que le fer réduit devrait être rejeté au second rang, et encore semble-t-il plus rationnel et plus avantageux de faire usage de sels ferriques et ferreux qui s'attachent très facilement dans l'estomac, et dont, par suite, l'ingestion dans l'économie est plus assurée. (*Journal de pharmacie et de chimie*, octobre 1860.)

— Il arrive quelquefois que les linges à pansement imbibés de pus se teignent en bleu au contact de l'air, et l'attention des médecins a été attirée, ainsi que celle des chimistes, sur ce phénomène. M. Dumas a pensé que cette coloration était due à du bleu de Prusse. Plus tard, M. Robin l'a attribuée à la présence de la biliverdine, et enfin, dans ces derniers temps, M. Chalvet a annoncé qu'elle était due à la formation d'un cryptogame qui se comporterait avec les réactifs comme les lichens tinctoriaux, le tournesol, par exemple. Plus récemment, M. Fordos a publié un travail (voy. *Gazette hebdomadaire*), dans lequel il rapporte la coloration des suppurations bleues à un principe cristallisé, la *pyocyanine*. Ce corps, de couleur bleue plus ou moins foncée, de forme prismatique, se distingue par ses réactions de la biliverdine, de la cyanourine et de le matière bleue de Chevreul, avec lesquelles on pourrait la confondre. Soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et le chloroforme, elle rougit par les acides et est ramenée au bleu par les alcalis. Elle se décolore spontanément à l'air (si elle est mélangée de pus); chauffée avec quelques gouttes de sulfure de sodium, elle perd sa couleur; mais dans les deux cas l'agitation à l'air lui rend sa teinte primitive : le chlore la décolore complétement. Elle forme avec les acides des sels rouges cristallisés, ce qui démontre que c'est un corps bien défini.

Pour l'obtenir, on fait macérer les linges à pansement dans de l'eau ammoniacale, qui facilite sa production. La solution aqueuse, de couleur verdâtre, est traitée par le chloroforme, qui sépare la pyocyanine. On traite par l'acide chlorhydrique les cristaux obtenus par l'évaporation du chloroforme. On dissout les impuretés par du chloroforme, et l'on triture le sel de pyocyanine qui est resté par du carbonate de baryte; puis, avec du chloroforme, on reprend la pyocyanine, qu'on obtient cristallisée par l'évaporation de l'agent de solution. (*Journ. de pharmacie et de chimie*, septembre 1860.)

—L'identité d'un médicament, quel que soit son mode de préparation, est essentielle en thérapeutique, car, sans cette condition, le médecin ne sera jamais assuré de l'action qu'il veut produire. C'est très certainement parce que cette condition ne se trouve pas remplie par la poudre grise (*hydrargyrum cum creta*), que ce médicament est très peu employé chez nous au lieu d'être d'un usage habituel, comme en Angleterre (1). M. Redwood ayant observé de très grandes différences dans les effets produits par la poudre grise, a voulu connaître la cause de cette diversité, et il a reconnu que, préparée à la main ou à la vapeur, ou même, préparée par des personnes différentes, elle offrait une composition variable. Dans quelques échantillons, la proportion d'oxyde de mercure était insignifiante; dans d'autres, au contraire, elle était très considérable, et cette diversité était en rapport avec l'action produite : la variation est telle qu'un échantillon, sur 100 parties renfermait : mercure, 37,1; oxyde noir, 0,4, et bioxyde traces, tandis qu'un autre ne renfermait que 13,1 de mercure pour 11,64 d'oxyde noir et 14,25 de bioxyde. (*Journal de pharmacie et de chimie*, septembre 1860.)

— Dans un très grand nombre de formules, on fait entrer comme adjuvant l'eau de fleur d'oranger; mais très souvent cette substance, surtout quand elle est un peu ancienne, tient à l'état de dissolution une certaine quantité d'acétate de plomb (jusqu'à 0,60 par litre), ce qui amène des troubles graves dans l'économie. Cette présence du sel plombique est due à ce que l'acide acétique, qui se forme dans l'eau de fleur d'oranger, au contact de l'air attaque l'étamage des *estagnons*, ou vases de cuivre, dans lesquels les fabricants ont l'habitude d'expédier le produit de leur distillation. Cette altération de l'eau est très facile à déceler, puisque la plus petite quantité de l'hydrogène sulfuré détermine sa coloration en noir. Pour obvier à ce grave inconvénient, quelques fabricants ont fait usage d'estagnons de fer battu ou de fer-blanc, et ont ainsi paré à la formation d'un produit toxique dans leurs eaux; mais, comme le fait remarquer M. Guillaumont, l'acide acétique de l'eau de fleur d'oranger agit encore sur les vases, et il en résulte que quelques jours après la mise en vidange d'un estagnon, l'eau se colore en jaune et laisse un peu plus tard déposer des flocons jaunes ou rougeâtres d'acétate de fer. La présence de ce sel, moins fâcheuse que celle de l'acétate de plomb, se dénote facilement par l'addition du

(1) Cette poudre est préparée en Angleterre avec 90 parties de mercure, et 150 de craie préparée. On éteint le métal par trituration. Très employée dans les maladies du foie et des premières voies.

Le *Scorpion* l'anus, les membres génitaux ;
Sur les cuisses monté, s'arme le *Sagittaire*,
Le *Bouc* sur les genoux saute non loin de terre;
Sur les jambes répand son urne le *Verseau*,
A la plante des pieds les *Poissons* cherchent l'eau.

Dans la première partie relative à l'hygiène, nous trouvons le passage suivant sur un sujet toujours plein d'intérêt : *De tempore coeundi :*

Le printemps de l'amour est la saison propice ;
L'hiver permet encore un si doux sacrifice.
L'automne, en l'exigeant, assure la santé;
Mais au printemps languit l'appétit rebuté.
L'hiver refroidit vite un amour éphémère ;
L'automne trop souvent nous ravit la lumière.
L'amour est salutaire avec sobriété ;
Impur, il est fatal, et ravit la santé.

Ces préceptes manquent un peu de précision et de clarté; aussi nous croyons devoir à cet égard donner la préférence à l'opinion émise par Beaumarchais, dans cette proposition aphoristique : « Boire sans soif, et *faire l'amour en tout temps*, il n'y a que cela qui nous distingue des autres bêtes. » Cela simplifie la question, et c'est plus consolant.

Immédiatement après, nous trouvons quelques indications relatives à des questions moins riches en poésie :

Pissez six fois par jour, et dans le même temps
Rendez deux ou trois fois les plus gros excréments.
De péter en pissant ne faites point mystère,
C'est un ancien usage aux reins fort salutaire ;
Pratiquez-le sans honte, ou bien dans l'intestin
Reste un gaz malfaisant rapporté du festin.
En grande pompe un roi traversât-il la ville,
Occupé de pisser, demeurez immobile.

Ce n'est pas chose légère comme on le voit que d'expulser le

tannin, qui donne au liquide une couleur noire d'encre. Il serait très facile d'obvier à l'altération que nous signalons, en faisant usage de bonbonnes de verre, qui, bien clissées et bien emballées, pourraient être expédiées sans de grands risques, et permettraient d'avoir toujours des eaux de fleur d'oranger naturelles. (*Journal de pharmacie et de chimie*, septembre 1860.)

J.-LÉON SOUBEIRAN.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR L'EXTIRPATION DES TUMEURS CYSTIQUES DE L'OVAIRE, par le Dr JULES WORMS.

(Suite. — Voir les numéros 40, 41 et 41.)

S'il doit être en premier lieu bien établi, qu'il n'existe aucune lésion grave autre que la tumeur abdominale, il faudra, pour que la pensée de l'extirpation de cette tumeur puisse naître, qu'il soit prouvé d'une manière absolue que celle-ci est constituée par une dégénérescence cystique de l'ovaire.

On ne pourrait, sans entrer dans des développements incompatibles avec le sujet de ce travail, exposer les signes particuliers aux tumeurs de l'ovaire. Les savantes recherches faites en France par MM. Cruveilhier, Cazeaux, Bauchet, le mémoire récent et tout spécial de M. Boinet (1), découvrent et aplanissent en même temps les difficultés assez fréquentes que présente le diagnostic.

Si l'on admet, du reste, les indications de l'extirpation formulées plus haut, il s'ensuit qu'une grande certitude sur la nature de la tumeur aura été fournie par l'examen du liquide évacué par la ponction, que tout chirurgien sage aura exécutée une ou plusieurs fois avant de songer à entreprendre l'ovariotomie. Il faut confesser qu'à l'étranger on a quelquefois incisé l'abdomen sans même avoir fait une seule ponction, et c'est une conduite de ce genre qui a exposé des chirurgiens à des méprises fatales. Les tentatives d'extirpation rappelées précédemment, de prétendus kystes de l'ovaire, qui n'étaient que des tumeurs du foie, de la rate, de l'épiploon, de l'utérus, etc., en font foi.

A la certitude que la maladie est constituée par l'ovaire, il faudra chercher à joindre celle-ci, que la tumeur n'est pas solide, mais bien de nature cystique.

(1) Voy. M. Cazeaux, *Thèse de concours pour l'agrégation*, 1844; — Bauchet, *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*, 1859; — Boinet, *Du diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire* (*Gazette hebdomadaire*, 1860, nos 1, 5, 7 et 10).

Au point de vue tout pratique de l'hypothèse de l'extirpation, il n'est essentiel de s'occuper, parmi toutes les variétés de dégénérescences de l'ovaire, que des tumeurs cystiques simples et des tumeurs cystiques composées (cystoïdes de Kiwisch); les documents scientifiques, qui seuls peuvent être employés avec avantage, ne portent que sur des cas dans lesquels l'opération était dirigée contre des dégénérescences que l'on supposait appartenir à l'un de ces deux groupes.

Les kystes simples, constitués par une seule tumeur, peuvent être formés par une poche unique, remplie d'un liquide très variable par sa nature, ou être divisés en plus ou moins de loges communiquant ou non les unes avec les autres. Les kystes absolument uniloculaires sont rares; presque toujours on trouve, soit à l'intérieur, mais surtout à la base, qui est formée par le corps de l'ovaire, des cavités plus ou moins grandes.

Parmi les tumeurs composées, on compte les kystes dits vésiculaires ou multiples, caractérisés par des tumeurs indépendantes et plus ou moins fluctuantes, et les tumeurs aréolaires ou alvéolaires, remarquables par une charpente presque complétement fibreuse, à vacuoles généralement très petites; quelquefois cependant une ou deux cavités sont largement développées; le liquide renfermé dans ces kystes aréolaires est épais, il a souvent l'aspect d'une gélée, et ne peut être évacué par la ponction qu'en petites quantités. Des cas de propagation cancéreuse ont été observés à la suite de l'extirpation de tumeurs de ce genre; en voici un exemple tiré de la pratique de M. Spencer Wells.

OBS. IV (1). — Une femme de trente-trois ans, mariée et mère de trois enfants dont le plus jeune a trois ans, s'aperçoit qu'après sa dernière couche son ventre ne diminue pas de volume. Un an plus tard elle constate l'existence d'une tumeur qui prend un *développement rapide*. La menstruation a été régulière mais faible jusqu'il y a six mois, elle est supprimée depuis cette époque.

Elle entre à Samaritan Hospital, dans le service de M. Spencer Wells, le 1er novembre 1858. Sa maigreur et sa faiblesse sont extrêmes. Le développement du ventre est très considérable; il mesure trente pouces du pubis au sternum et cinquante-sept de tour au niveau de l'ombilic. Il existe certainement une hydropisie ascite et l'on ne sent pas de tumeur dans l'abdomen.

L'état de la malade était tellement grave qu'il fallait intervenir.

Le 5 novembre on fit une ponction exploratrice avec l'intention, et d'accord avec la malade, de procéder à l'extirpation, si les indications de cette opération étaient manifestes après l'évacuation du liquide péritonéal.

Il s'écoula cinquante-sept pintes de sérosité trouble, et l'on découvrit alors une tumeur irrégulière composée de plusieurs lobes.

On la ponctionna, son contenu était trop épais et trop gluant pour qu'il pût être vidé même par une incision. Celle-ci fut considérablement élargie. On rencontra des adhérences entre la tumeur, l'épiploon et l'intestin grêle; elles furent séparées aisément. Le pédicule était à

(1) *Dublin Quarterly Journal*, novembre 1859.

---

superflu de la boisson; celui qui se livre à cette occupation doit donc imiter l'homme d'Horace : *tenacem propositi virum*.

Dans la première partie encore, nous trouvons, à propos des substances alimentaires, l'énumération des légumes de printemps, d'été, d'automne et d'hiver, avec l'indication de leurs propriétés :

La *Rave*, aliment sain, fait trois dons précieux,
Elle amollit le ventre, elle éclaircit les yeux,
Soulage par des vents. Mange souvent la rave,
De vents continuels tu deviendras esclave.
Le jus du *Chou* relâche, et la plante resserre;
Qu'on les mange à la fois le ventre se desserre.

LA *Bette*.

Par elle peu nourri le ventre se resserre,
Mais sa décoction le relâche au contraire.

LA *Laitue*.

Elle donne le lait, elle éclaircit la vue,
Le feu sacré s'éteint; le sperme diminue,
De l'homme refroidi détendant les ressorts,
Et relâchant le ventre, elle engourdit le corps.

Nous remarquons dans ce passage huit rimes féminines de suite; cette accumulation de rimes de même sexe se rencontre trop souvent (50 fois dans les 50 premières pages) dans la traduction de M. Meaux Saint-Marc.

Citons encore quelques aliments :

Crains la séduction des *Champignons* perfides,
S'il en est d'innocents, il en est d'homicides.
. . . .
Frotte d'*Oignons* broyés un crâne dénudé,
Bientôt fleurit au front l'ornement demandé.
Une vierge au *Poireau* doit la fécondité;
Grâce au poireau, du nez le sang est arrêté.

Dans la deuxième partie (matière médicale), nous trouvons les propriétés imaginaires que Pline prête à la plupart des médicaments :

gauche; il était court et large, il fut serré entre les deux lames d'une grande pince métallique, et divisé. Il survint une hémorrhagie assez considérable par une veine pelvienne; une ligature placée sur cette veine y mit fin.

L'ovaire droit était sain; la plaie abdominale fut réunie par neuf sutures entortillées.

Il n'y eut aucun symptôme fâcheux dans l'état de la malade après l'opération. La plaie fut guérie rapidement, et cette femme quitta l'hôpital quatre semaines après l'opération. La santé était parfaite.

La tumeur enlevée, sans compter le liquide qui s'était échappé pesait vingt et une livres; son enveloppe externe était très résistante, de nature fibreuse et riche en vaisseaux; la cavité de la tumeur était constituée par une masse d'alvéoles, variant en dimension depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une petite pomme. Il n'existait qu'une seule grande poche qui renfermait un liquide visqueux.

Les petites cavités étaient remplies d'une substance gélatiniforme, très foncée en couleur dans les unes et plus claire dans d'autres.

En somme c'était une véritable tumeur fibroïde à réseaux irréguliers, remplie d'une matière gélatineuse, à laquelle aurait pu s'appliquer la dénomination de cancer colloïde ou aréolaire. L'examen microscopique pourtant ne permit pas d'y voir la dégénérescence colloïde vraie.

Cette femme continua à se porter très bien jusqu'à l'été suivant. M. Jardins (de Capel), écrivait le 10 février 1859, qu'à cette époque elle faisait de longues courses à pied et présentait l'aspect de la meilleure santé.

Dans le courant de l'été elle fut atteinte de constipation opiniâtre, puis d'un véritable étranglement interne et mourut le 26 août 1859.

Le péritoine et les intestins étaient couverts de dépôts cancéreux, et en trois points leur volume était tel qu'il avait comprimé complétement une anse intestinale.

Le pédicule de la tumeur enlevée était solidement fixé dans la cicatrice abdominale.

L'extirpation des tumeurs aréolaires, qui sont autant des tumeurs solides que des tumeurs cystiques, a donné le plus souvent de mauvais résultats, et je crois que la constatation de leur existence doit ne faire admettre l'opération radicale que comme une ressource excessivement précaire (1).

En résumé, l'examen des observations connues d'ovariotomie permet de dire que ce sont surtout les tumeurs cystiques à grandes cavités, offrant d'ailleurs les autres indications exigées, qui présentent des chances favorables pour l'extirpation.

Mais il faut que cette opération soit matériellement possible quand elle est moralement justifiée, et sur ce point se présentent les plus grandes difficultés et l'incertitude la plus désespérante, car il n'est aucun moyen de savoir avant l'opération s'il n'existe pas entre la tumeur et les organes voisins des liens très solides et qui rendront l'extraction impossible.

Si, dans quelques cas, l'immobilité absolue de la tumeur, un sentiment de froissement particulier senti sous la main appliquée sur le ventre, le déplacement notable de la tumeur sous l'influence de mouvements imprimés à l'utérus au moyen de la sonde utérine ou sans cet instrument, sont des caractères qui peuvent faire penser qu'il existe des adhérences considérables et faire rejeter l'extirpation, il faut avouer qu'aucun signe ne peut donner la certitude absolue de l'absence de celles-ci. On peut *supposer* que ces liens manquent, quand la tumeur est très mobile, et encore cela ne concerne que les adhérences avec les parois abdominales (1), car celles qui existeraient entre l'épiploon et le kyste n'empêcheraient nullement le déplacement de celui-ci; en dernier lieu, il n'y a de mobiles que les tumeurs de dimensions médiocres, et celles-là on ne les extirpe pas.

Aussi le chirurgien n'affrontera jamais cette opération avec l'assurance de pouvoir l'achever. Quand il sera question du procédé opératoire, les conséquences des tentatives d'extirpations restées inachevées seront plus complétement examinés.

Heureusement pourtant que la séparation d'adhérences étendues et puissantes, avec tous les organes abdominaux et avec les parois, a pu être souvent effectuée sans que le succès de l'opération n'en fût davantage compromis; on se rappelle l'observation première, dans laquelle le kyste tenait solidement à la surface concave du foie.

L'observation suivante d'une malade opérée par M. Backer-Brown est au moins aussi concluante (2) :

Obs. V. — Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, mère de trois enfants; elle porte une tumeur ovarique depuis cinq ans et a dû être ponctionnée très souvent en dernier lieu; le liquide devenant de plus en plus abondant et épais, M. Brown, a qui cette femme fut amenée par M. Philipps, proposa l'ovariotomie qui fut acceptée.

Voici le récit de M. Brown :

Je procédai à l'opération le 25 février 1859, à deux heures du soir, assisté de MM. Nunn et Philip Harper, en présence de MM. Philipps, Ramsbotham, Worthington et d'autres; M. Edwards administra le chloroforme.

Je fis une incision longue de cinq pouces entre l'ombilic et le pubis, j'arrivai avec beaucoup de soin sur le péritoine qui fut ouvert. Il s'écoula plusieurs pintes de liquide; il apparut alors une tumeur ressemblant assez à un chou-fleur, et qu'un examen ultérieur fit reconnaître pour une végétation implantée sur l'ovaire droit. Il n'existait que des adhérences, peu solides, que je pus détruire avec la main, j'attirai hors la plaie toute la masse du kyste. Il tenait par un pédicule très court; celui-ci fut embrassé par une ligature bien serrée, puis coupé.

Ceci fait, on put voir une autre tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant dans le côté gauche de l'abdomen. Je m'assurai que c'était une tumeur de l'ovaire gauche. Il y avait là une difficulté inattendue, car en essayant de l'attirer, je trouvai cette tumeur si solidement fixée que je ne pus la mouvoir. Cette adhérence n'était pas ordinaire, et semblait tenir au feuillet même du fascia pelvien. J'essayai, non sans peine, d'énucléer la tumeur en l'arrachant par morceaux de ses enveloppes; j'ouvris ainsi

(1) Je n'ai pu trouver aucune observation d'extirpation de tumeur embryonnaire, ou de tumeur des annexes de l'ovaire, ni même aucune opinion formulée à l'étranger sur la conduite à tenir dans les cas désespérés de tumeurs de cette nature.

(1) T.-S. Lee prétend que, quand un kyste volumineux n'est pas adhérent aux parois de l'abdomen, il fait saillie entre les muscles droits, quand la malade est assise. Cela n'a pas lieu, dit-il, quand la tumeur adhère à l'abdomen.

(2) *British Medical Journal*, may 1859, n° 126.

Trois grains de *Coriandre* avalés, du malade
Écarteront la tierce et son retour maussade.
Xénocrate prétend que le sang menstruel
D'autant de jours retarde son cours habituel,
Que la femme aura pris de grains de cette plante.

Le *cumin* a des propriétés bien autrement précieuses et variées :

Il stimule à la fois l'amour et l'appétit,
D'uriner plus souvent cause un besoin subit.
Il dissipe du foie une obstruction vaine,
Et du sang menstruel il resserre la veine.
Des vents de l'estomac il chasse la vapeur,
Et mâché, sur la face, étale la pâleur.
Au temps de la grossesse une femme prudente
Refuse du cumin la graine pâlissante.

Horace nous avait déjà signalé une de ces propriétés; en parlant des imitateurs, il dit :

Pallerem casu, biberent exsangue cuminum.

« Si je venais à pâlir, ils s'empresseraient de boire le cumin qui fait pâlir. »

Nous trouvons plus loin un aphrodisiaque :

La graine de *Fenouil* dans le vin détrempée,
Ranime, excite une âme à l'amour occupée.

Puis un anti-aphrodisiaque :

Le *Camphre* respiré, par son odeur subtile,
Au mâle ôte à jamais sa puissance virile.

Nous pouvons citer en entier la troisième partie (anatomie) :

Deux cent et dix-neuf os forment le corps humain;
Trois cent soixante-cinq veines baignent son sein,
Il a trente-deux dents, et possède en partage
Membrane, os, veine et chair, tendon, nerf, cartilage,
Graisse et peau, chacun d'eux agent essentiel :
Estomac, pied et main, tête et cœur, rate et fiel,

plusieurs kystes remplis de liquides variés. En trois endroits l'union était si intime que je dus employer l'écraseur pour diviser les adhérences.

Je parvins enfin à extraire toute la tumeur. J'entourai le pédicule d'une forte lanière et le serrai dans les mors de la pince qui retenait le premier pédicule. J'épongeai soigneusement la cavité abdominale, et ne voyant aucune hémorrhagie, je réunis la plaie par des fils métalliques placés à un pouce de distance l'un de l'autre et je fixai la pince qui serrait le pédicule dans la partie la plus déclive de la plaie. Le pansement fut fait comme dans les opérations précédentes, et la malade fut portée au lit.

Depuis ce moment tout alla pour le mieux; la pince fut enlevée le septième jour et les ligatures peu de jours après.

Le onzième jour on administra un lavement, et le quinzième la malade put quitter son lit pour aller se reposer sur un canapé. Aujourd'hui, 16 mars, elle va très bien et reprend des forces. Toute la plaie, à l'exception du point où passe le pédicule, est guérie.

La malade mange, boit et dort bien. Les garderobes sont régulières.

Dans ce cas, l'extraction de la tumeur a été rendue très difficile par l'extension et la solidité des adhérences qui retenaient la deuxième tumeur au plancher pelvien. Mais ces obstacles ont pu être surmontés sans déterminer, comme on le voit par la suite de l'histoire de la malade, aucun de ces désordres graves que l'on pourrait considérer *à priori*, comme la conséquence inévitable des dégâts causés par ce genre de manœuvres.

Ainsi donc les adhérences sont souvent une source de difficultés dans l'exécution de l'opération, mais leur solidité n'entraîne pas forcément un insuccès opératoire.

L'issue définitive de l'ovariotomie est liée dans une certaine mesure aux difficultés qu'aura présentées l'extraction de la tumeur.

On jugera de cette influence par le tableau suivant, donnant, d'après M. J. Clay, les résultats obtenus par l'extirpation dans 385 cas, dans l'examen desquels on a tenu compte de l'existence et de la nature des adhérences.

	ADHÉRENCES			
	Absence d'adhérences.	légères.	étendues.	ayant nécessité l'application de ligatures.
Cas terminés par la guérison.	68	66	67	13
Cas terminés par la mort . .	31	45	66	29
	111	133	99	42

Ce tableau démontre qu'il y a évidemment une plus grande chance de succès quand les adhérences n'existent pas ou qu'elles sont peu étendues; mais il prouve en même temps que, dans des cas où elles étaient extrêmement solides, elles ont pu être rompues sans entraîner fatalement la mort ou l'impossibilité d'achever l'opération.

Il n'en est pas moins vrai qu'une incertitude aussi grande sur l'existence d'adhérences inséparables diminue la netteté des indications de l'ovariotomie; mais comme l'insuffisance des moyens de diagnostic ne permet pas de poser comme condition essentielle de cette opération, la preuve de l'indépendance de la tumeur, ce qui équivaudrait à une proscription absolue, on est obligé d'user d'une rigueur moins grande, et de n'exclure, comme ne devant pas être soumises à la tentative d'une extirpation, que les tumeurs qui semblent solidement unies aux organes voisins.

En résumé la certitude qu'il n'existe pas de lésions graves autres que la tumeur abdominale, l'évidence que celle-ci est due à une transformation cystique et non solide de l'ovaire, l'absence de preuves d'une adhésion solide de la tumeur, ce sont là les conditions dont la réalité peut créer la première indication de l'ovariotomie. Il n'y a pour ainsi dire pas de dissidence sur ce point parmi les auteurs qui ont écrit sur cette matière.

Mais, si on l'en juge par la pratique de quelques chirurgiens, il n'existe pas une convergence d'opinions aussi complète pour admettre comme nécessaire la deuxième indication proposée, et que voici :

Des moyens de curation moins dangereux que l'extirpation ont été vainement mis en usage.

Avant de préciser le sens que l'on doit attacher à cette formule, il faut dire que plusieurs chirurgiens n'ont pas admis qu'il fût nécessaire d'avoir épuisé l'action de moyens chirurgicaux moins dangereux, avant de tenter l'extirpation.

Les observations dans lesquelles l'ovariotomie a été le premier traitement employé sont assez nombreuses.

Voici l'histoire d'une opération exécutée dans ces conditions, à la clinique de la Charité de Berlin, par le professeur Langenbeck.

Obs. VI (1). — Une femme de trente ans, menstruée régulièrement depuis l'âge de treize ans, mariée depuis neuf ans, n'ayant pas eu d'enfant, s'aperçut, il y a deux ans, qu'une petite tumeur se développait au-dessus de l'arcade pubienne. Elle éprouvait de fréquentes envies d'uriner, de la constipation, des douleurs lombaires; elle se fatiguait facilement et maigrissait.

L'abdomen est développé comme au huitième mois de la grossesse, les parois abdominales sont minces; la tumeur se circonscrit exactement, elle est partout lisse; la fluctuation est manifeste dans toute son étendue. Elle est mobile en haut, en bas et à gauche; un peu moins mobile à droite.

Le toucher ne révèle pas de changement dans le volume et la position de l'utérus. On n'atteint pas la tumeur quand la malade est couchée; quand elle est debout, on sent la tumeur entre le vagin et la vessie. Comme le kyste s'étendait plutôt vers l'hypochondre gauche, on supposait qu'il était formé par l'ovaire gauche; l'événement prouva qu'on se trompait. Aucun traitement chirurgical n'avait été précédemment mis en usage.

On incisa l'abdomen à deux doigts au-dessous de l'ombilic, dans une étendue de 2 pouces sur la ligne blanche. La tumeur apparut; sa surface était couverte de gros vaisseaux gorgés de sang. Le kyste fut alors ponctionné, et il s'écoula un litre de liquide épais, foncé et huileux; la poche ne s'affaissant pas complétement, on s'aperçut qu'il en existait

(1) Busch, *Compte rendu des opérations pratiquées à la Clinique par M. de Langenbeck* (*Canstatt's Jahresbericht*, 1854, vol. IV, p. 220).

Matrice, reins, vessie, et conduits hépatiques
Accomplissent du corps les actes organiques.

Voilà l'anatomie réduite à sa plus simple expression.

Ce recueil est décidément très instructif; cueillons encore quelques préceptes de thérapeutique :

Pour retirer un os resté au gosier.

Avalé de travers, si quelque os te demeure,
Au gosier introduite, en ta bouche sur l'heure,
Une anguille vivante, attachée au dehors
Attire et saisit l'os entraîné sans effort.

C'est beaucoup plus ingénieux que la tige de poireau dont le bon Ambroise Paré se servait pour refouler le corps étranger dans l'estomac.

Voici encore un remède peu compliqué contre le *mal caduc;* il suffit de porter avec soi (*qui secum portabit*) le nom des trois mages qui vinrent adorer Jésus-Christ dans la nuit du 25 décembre :

Balthazar offre l'or, Gaspard offre la myrrhe,
Et Melchior l'encens à l'enfant qu'on admire.
Porte ces noms de rois, tu seras, ô mortel,
Contre le mal caduc garanti par le ciel.

Dans la dixième partie (pratique médicale) on trouve l'éloge du médecin, les fonctions du médecin, les inconvénients de la pratique médicale, le médicastre ; pour prévenir l'ingratitude du malade; de la tenue du médecin, et enfin *les limites de la science médicale :*

Contre la mort en vain vous cherchez un remède,
En vain vous appelez toute science à votre aide.
Si tu savais guérir tout mal, ô médecin,
On devrait t'invoquer comme un être divin.

une seconde; celle-ci fut ponctionnée à son tour, il s'échappa un liquide séreux. Dès lors on attira facilement tout le kyste hors la plaie.

La direction du pédicule fit voir que la tumeur partait de l'ovaire droit. Le pédicule fut traversé par deux anses de fil et retenu dans la plaie; on le coupa petit à petit; cinq vaisseaux durent être liés au fur et à mesure que la section était faite; cinq points de suture, qui n'intéressaient pas le péritoine, réunirent les bords de la plaie abdominale. Deux d'entre elles traversaient le pédicule.

La malade fut enveloppée dans des draps mouillés, et ne se réveilla qu'un quart d'heure après la fin de l'opération; elle accusa des douleurs dans la plaie; celles-ci cessèrent cinq heures après.

A huit heures du soir, le pouls était lent et mou. On fit prendre 5 centigrammes de morphine. La malade s'endormit, puis se réveilla à deux heures et demie de la nuit, se plaignant de douleurs brûlantes dans l'abdomen et d'un grand malaise; il survint alors des vomissements, le facies était grippé, le pouls à 90 plus dur; le ventre très sensible à la pression la plus légère. *Saignée* de 8 onces, suivie d'une syncope.

A cinq heures et demie du matin, nouvelles douleurs et retour des vomissements. Le ventre s'éleva, mais son développement fut empêché au centre par le pédicule retenu dans la plaie. On détacha les fils qui l'assujettissaient; le ventre s'éleva graduellement; il s'écoula un peu de sérosité sanguinolente par la plaie. La péritonite fit des progrès très rapides, et il y eut de nouveaux vomissements, un refroidissement considérable; la mort survint quarante-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, on constata une péritonite étendue; les anses intestinales étaient agglutinées les unes aux autres; la surface de section du pédicule était couverte d'un peu de sang coagulé. L'ovaire gauche était un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

La tumeur enlevée présentait deux grandes cavités séparées entre elles par une cloison fibreuse. A la surface interne existaient quelques petits kystes endogènes.

Ce cas rentre dans la catégorie de ceux dans lesquels l'extirpation a été entreprise comme traitement initial. Le développement de la tumeur n'était pas très considérable; la vie n'était pas très prochainement menacée.

Les mêmes remarques peuvent s'appliquer au fait suivant :

Obs. VII (1). — Une femme de cinquante ans, d'une santé bonne, entre à Metropolitan free Hospital à Londres, dans le service de M. Borlase Childs.

Elle s'est aperçue, depuis quinze mois, de l'existence d'un développement anormal de l'abdomen. M. Borlase Childs reconnaît un tumeur monocystique de l'ovaire, non adhérente, et, trouvant ce cas très favorable pour l'extirpation, il soumet sa malade à cette opération le 14 février 1859.

La température de l'appartement a été élevée; on a donné de l'opium à la patiente. Une incision de 4 pouces, faite sur la ligne blanche, suffit pour extraire la poche après qu'elle a été ponctionnée; la perte de sang est insignifiante.

On maintient au dehors, au moyen d'une pince appropriée, le pédicule qui était très gros et très vasculaire.

La plaie est fermée par des sutures ou fils; toute l'opération n'a duré qu'un instant. La malade semble très bien; le pouls ne dépasse pas 80 pulsations.

(1) *Medical Times and Gazette*, 26 février 1859.

Quatre heures après l'opération, la malade s'affaisse; du sang jaillit hors la plaie. Supposant qu'il se fait une hémorrhagie par la surface de section du pédicule, on l'étreint dans une nouvelle ligature.

La mort, qui semble imminente dès ce moment, n'a lieu que le lendemain à midi, vingt-deux heures après l'opération.

L'autopsie fait découvrir une grande quantité de sang libre dans l'abdomen; il provenait d'une portion du pédicule qui, échappant aux mors de la pince, avait glissé dans l'abdomen.

Ceci nous apprendra, ajoute M. Borlase Childs, comment une autrefois il faudra fixer le pédicule afin d'éviter un accident de ce genre.

Les partisans de l'extirpation de kystes peu développés prétendent qu'elle est plus facile à exécuter à cause de l'absence probable d'adhérences, et qu'elle offre une plus grande chance de succès en raison même de cette facilité et de la résistance vitale plus puissante chez une femme qui n'est pas encore épuisée par une longue maladie.

L'examen des observations de malades opérées au début du mal, comparées aux cas d'extirpations de kystes volumineux anciens, et ayant déjà réduit considérablement la santé, ne démontre pas qu'il en soit ainsi (1). Il y a même des chirurgiens expérimentés en pareille matière qui sont d'un avis complétement opposé. Je citerai par exemple M. Clay (de Manchester) qui m'écrivait, qu'il avait remarqué que les femmes affaiblies (*spare worn down*) guérissaient le plus facilement. Au surplus si l'on devait même rencontrer des chances quelque peu meilleures en pratiquant l'extirpation de kystes peu développés et vierges de tout autre traitement, on ne rallierait sans doute pas beaucoup de partisans à cette manière de voir, et je dois dire que, pour mon compte, et d'après l'étude attentive et comparée des faits, je ne voudrais pas être le défenseur d'une pareille doctrine. Une opération aussi dangereuse que l'ovariotomie ne peut être justifiée que quand elle reste le dernier moyen de salut.

On a proposé et exécuté sur des kystes de l'ovaire deux genres d'opérations, l'incision et l'excision des parois; comme ces deux moyens sont aussi dangereux que l'extirpation, et ne peuvent être considérés, dans la majorité des cas, que comme des palliatifs, il y aura tout avantage à donner la préférence à l'ovariotomie, si elle est praticable. Ces opérations peuvent devenir cependant dans quelques cas la conclusion forcée d'une tentative d'extirpation commencée et entravée par des obstacles insurmontables.

La série des moyens chirurgicaux dont on aura dû, au con-

(1) La statistique suivante, donnée par M. J. Clay, de Birmingham (*loc. cit.* p. 129), se concilie avec le résultat de mes investigations sur ce point important. État de la malade au moment de l'opération :

	Santé bonne.	Altération commençante.	Amaigrissement considérable.
Extirpation suivie de guérison . .	21	17	47
— — de mort. . . .	21	25	46
	42	42	93

Tu peux bien de la vie allonger la limite,
Mais de l'éterniser l'espérance est proscrite.
Et quand tu guéris même on prétend, *non sans droit*,
Que la nature sauve, et non ton art étroit.

Nous avons multiplié les citations pour mettre le lecteur à même de juger la traduction française en elle-même; nous devons ajouter cependant que quelquefois elle n'est pas très exacte; le *non sans droit* que nous avons souligné dans la dernière citation est une addition peu heureuse du traducteur; en outre souvent la traduction est allongée au point de produire un nombre de vers double de celui qui existe dans l'original; exemple :

Thus videt et memorat, phlegma necat, medicatur
Ulcera, fissuras, verrucas, falsataque linguæ;
Atque puellares fluxus mammasque coercet.

Encens.

Il accroît la mémoire, il éclaircit la vue,
Il expulse le phlegme, il guérit la verrue,
La gerçure *gênante* et l'ulcère *irrité*;
Du filet de la langue abat l'aspérité;
Chez une jeune fille arrête un flux *stérile*,
Et réprime le lait dans un sein trop fertile.

Le paragraphe relatif à la dérivation et à l'expulsion des humeurs a onze vers dans l'original et vingt dans la traduction; cela se reproduit trop souvent; dans beaucoup de passages, comme dans le précédent, il y a des épithètes surajoutées dont il n'est nullement question dans le texte latin.

En parlant du *cresson* :

Et squamas succus curat cum melle perunctus.

Enduit d'un miel *liquide*,
Il guérit de la peau dartre, écaille *livide*.

Nous avons cru devoir présenter ces quelques remarques critiques sur la traduction nouvelle de M. Ch. Meaux Saint-Marc, au

traire, épuiser l'efficacité curative, avant de conclure à la nécessité de l'extirpation, comprend :

1° La ponction simple ;

2° La ponction suivie d'injections iodées ou d'autres substances irritantes faite par l'abdomen ou par le vagin avec ou sans canule à demeure ;

3° L'ouverture du kyste par les caustiques.

La question de vie est posée du jour où l'on porte l'instrument, dans n'importe quel but, sur une tumeur ovarique ; à partir de ce moment d'intervention, qui doit être nettement indiqué, toutes les opérations qu'on va entreprendre peuvent, avec des chances plus ou moins grandes, amener la guérison dans quelques cas et causer la mort dans tous.

La ponction simple, considérée comme moyen *curatif*, ne donne lieu à la guérison que dans des cas exceptionnels ; mais, comme en pratique on doit se baser sur la règle, on peut dire qu'il n'y a pas à y compter comme moyen de guérison. Les tumeurs multiloculaires simples ou composées ne peuvent en aucun cas, être guéries par la ponction simple.

La ponction palliative, quand elle n'est nécessaire qu'à de longs intervalles, quand il s'agit d'une tumeur uniloculaire et que le liquide qu'elle renferme est séreux et clair, peut donner quelquefois aux malades un délai assez long pour qu'il ne soit pas indiqué de lui substituer une autre médication ; mais l'emploi de la ponction, qu'il faut répéter souvent, surtout quand elle donne issue à un liquide purulent ou épais, c'est la condamnation à une mort assez prochaine.

Kiwisch a cherché à se rendre compte de l'influence exercée par les ponctions palliatives sur la durée de la vie des malades et a recueilli dans sa pratique et dans celle de ses collègues 64 observations de malades soumises aux ponctions dites palliatives, et voici ce qu'il a découvert :

9 femmes sont mortes promptement après la première ponction, 8 dans les six premiers mois, 11 dans le cours de la première année, 14 avant l'expiration de la deuxième année, 9 dans la troisième année, 6 dans l'intervalle compris entre la quatrième et la septième année ; 7 sont mortes d'autres maladies.

Relativement au nombre des ponctions faites, la mort est survenue :

9 fois après la première ponction, et dans le premier mois ; 10 fois après la première ponction, dans la première année ; 6 fois après la deuxième ponction ; 15 fois après la troisième ponction, et avant la sixième année ; 10 fois entre la septième et la douzième ponction ; 7 fois après des ponctions plus fréquentes.

Cette liste funèbre n'est pas de nature à donner un grand crédit à la ponction simple souvent répétée, et il ne peut être douteux que son emploi prolongé, quand il peut être remplacé par celui d'un moyen plus efficace, constitue l'abandon le plus caractéristique fait à la mort.

Les bénéfices de la ponction, si on en attend le rétablissement de la santé ou au moins son maintien, ne peuvent donc s'étendre qu'à la catégorie des kystes uniloculaires, qui renferment un liquide peu dense, et dont la reproduction lente n'oblige qu'à des évacuations éloignées les unes des autres. Tant que la tumeur restera dans ces conditions, ne menacera pas la vie et n'affaiblira pas manifestement la santé, il n'y aura pas de raison pour substituer à cette opération un traitement plus dangereux, et la pensée surtout de l'extirpation ne serait pas justifiée.

Mais quand des kystes, même simples, augmentent de volume et se remplissent rapidement sous l'influence des ponctions, quand le liquide évacué, primitivement séreux, devient épais, purulent, ou qui dès le principe était tel ; quand la malade commence à s'épuiser, il faut bien agir si l'on ne veut s'en rapporter à la destinée qui, dans ces cas, se présente aussitôt sous la forme de la mort, et remplacer la ponction par des moyens plus efficaces.

Alors s'offrent la ressource des injections irritantes avec ou sans ouverture permanente et l'application des caustiques. Ces moyens, destinés à tarir la source du mal, portent en eux une aptitude plus grande pour déterminer la curation ; mais, par contre, elles exposent souvent à un danger très immédiat, et si la ponction simple souvent répétée, que l'on pourrait appeler très proprement palliative pour le médecin, tue lentement, mais sûrement, ces deux dernières opérations, plus compromettantes peut-être pour l'art, offrent aux malades comme compensation de la gravité dont elles sont entachées, une large chance pour la guérison complète.

Encore ne peut-on avoir le droit de demander la guérison à ce deuxième ordre de moyens chirurgicaux qu'en les appliquant à des tumeurs cystiques ayant certains caractères déterminés. Ainsi, il est essentiel que le kyste soit simple, qu'il ne présente qu'une seule poche, ou pour le moins une très grande poche prédominante. On pourrait ajouter sans crainte d'exagération (je crois même exprimer en cela l'opinion des hommes spéciaux les plus expérimentés, telle que j'ai pu la recueillir de leur bouche) qu'il faut que le liquide cystique soit hydatique, séreux ou séro-purulent, pour que l'injection iodée puisse amener la guérison. Quand ce liquide est épais, filant, gélatineux, la cure, après des injections même très souvent répétées, est tellement rare, que l'on peut n'attribuer à cette méthode que ce seul avantage sur la ponction simple (en supposant qu'elle ne soit pas plus dangereuse que celle-ci), de ralentir la reproduction du liquide.

Néanmoins, les différentes formes d'injections, les applications des caustiques employés judicieusement, guériront quelques malades atteintes de kystes simples, et donneront au chirurgien le répit moral qui lui fera puiser dans le développement de plus en plus considérable de la tumeur, dans l'évidente inefficacité de tous les moyens déjà mis en usage, dans le trouble profond des fonctions nutritives, dans le dépérissement et le désespoir de la malade, la justification de l'entreprise suprême, qui tranchera l'existence d'un être déjà frappé par le souffle de la mort ou lui rendra une santé dont il aura perdu jusqu'au souvenir.

---

lieu de nous borner simplement à une approbation banale de son travail ; cette traduction présentait d'ailleurs des difficultés sérieuses, et le sujet par lui-même n'est pas fait pour inspirer beaucoup les *amants des muses*. Le texte original lui-même laisse souvent beaucoup à désirer.

Il existe un assez grand nombre de poésies latines, françaises, etc., sur la médecine ; nous nous proposons de publier ici même une étude sur ces travaux intéressants, dont quelques-uns méritent d'être particulièrement remarqués. Nous arriverons ainsi jusqu'à nos jours, et nous signalerons des œuvres contemporaines peu connues et même inédites, dont quelques-unes sont dues à des plumes ordinairement graves.

JULES ROUYER.

CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

Le *Cincinnati Lancet and Observer* publie un nouveau cas de mort par le chloroforme. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que l'on réussit à maintenir, à l'aide de la respiration artificielle, les contractions du cœur pendant une heure un quart, et à obtenir des mouvements respiratoires spontanés, très éloignés à la vérité. L'autopsie ne fut pas faite, mais il n'existait aucun symptôme d'une affection thoracique ou autre qui pût contre-indiquer l'emploi de l'anesthésie.

— Un autre cas de mort vient également d'être observé à Paris. Le malade était un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'un ongle incarné, qui fut anesthésié par M. Fano, assisté d'un confrère. Nous n'avons que peu de détails sur ce fait malheureux, mais nous devons en signaler un qui mérite d'être noté : c'est que, pendant quelque temps après la cessation des battements du cœur, le malade aurait fait, à plusieurs reprises, des inspirations et expirations spontanées.

Comment combattre les kystes qui renferment un liquide tellement épais qu'on ne peut lui donner issue, les kystes multiloculaires, à cloisons indépendantes, les kystes aréolaires, les kystes multiples, ces tumeurs isolées n'ayant qu'un pédicule commun, lorsque ces formes de dégénérescences ont atteint un tel développement qu'il faudra intervenir absolument, ne fût-ce que pour empêcher l'asphyxie.

La ponction simple ne donnera lieu à aucune déplétion par suite de la densité considérable du liquide ; ou n'en fera sortir que très peu à cause de l'indépendance des différentes cavités.

Les injections iodées, applicables seulement aux kystes à plusieurs loges, mais susceptibles d'être débarrassées du liquide qu'elles renferment, pourront un peu prolonger la vie, mais elles ne *guériront jamais* le mal et n'amèneront la malade jusqu'à l'écueil où il faut choisir entre la fatalité et l'extirpation, qu'en lui faisant traverser une série de périls qui, pour leur compte et en pure perte, prélèveront une portion des chances de salut que peut encore réserver l'opération radicale de l'ovariotomie.

Celle-ci devient donc dans des cas aussi funestes, mais heureusement les moins fréquents, le seul procédé de traitement duquel on puisse rationnellement attendre un dernier secours.

J'ai ainsi cherché à déterminer quelle est la valeur des différentes méthodes susceptibles d'être appliquées avec avantage à la curation des variétés de kystes de l'ovaire, et j'ai essayé d'exposer comment pourrait naître des échecs successifs essuyés dans cette voie la deuxième indication proposée pour légitimer l'extirpation.

La troisième indication, qui est celle-ci : *la santé de la malade est assez compromise pour que la mort doive être considérée comme certaine et prochaine*, est presque implicitement examinée et résolue dans ce qui précède, puisque l'on admet qu'il ne faut entreprendre aucune espèce d'opération, pas même la plus inoffensive, tant que les grandes fonctions ne sont pas troublées, puisque l'on propose d'attendre, pour songer à l'ablation du kyste, que l'impuissance de tous les autres moyens moins dangereux soit démontrée.

Il est presque évident que celles des pauvres malades qui n'auront pas déjà succombé pendant la route, aux accidents liés à la nature du mal, ou causés par des moyens employés, en un mot celles qui auront échappé aux ruptures, aux inflammations, aux gangrènes du kyste, etc., seront tellement épuisées et affaiblies, que l'on pourra prévoir l'époque de l'issue fatale.

Si l'on ne peut assurément fixer le terme de ce délai à quelques semaines, à quelques mois près, il est cependant tel ensemble de circonstances, dans lesquelles un médecin expérimenté lira sans hésiter, la prophétie que telle malade aura cessé de vivre dans une ou deux années au plus.

Or, que sont deux années de misères et de souffrances endurées sur une pente qui mène à la tombe, à côté de la perspective, serait-elle bien vague encore, d'un retour à la santé et d'une longue existence?

Cependant les probabilités de la durée de la vie, après la guérison qui pourrait être la conséquence de l'extirpation, doivent entrer aussi en ligne de compte, pour engager le chirurgien à entreprendre ou à rejeter cette opération.

Si le développement des kystes, d'ordinaire très lent chez les femmes âgées, n'était déjà une circonstance qui rende exceptionnelle l'opportunité de pratiquer sur elles l'opération radicale, on trouverait encore une raison pour n'admettre l'ovariotomie qu'avec la plus extrême rigueur, pour des sujets avancés en âge, dans cette pensée, que la terminaison par la mort naturelle ne rapprochera que peu le terme assigné par la nature.

Chez les jeunes femmes, au contraire, les kystes de l'ovaire se développent presque toujours rapidement, atteignent en quatre ou cinq ans au plus, un volume tel qu'une intervention chirurgicale, prélude d'une mort assurée au bout de trois ou quatre autres années, devient indispensable (1). Pour ces jeunes victimes, la vie pourrait être encore longue et belle! A elles surtout l'extirpation peut offrir en échange de ses dangers, la riche compensation des joies de la vie et quelquefois celles de la maternité.

Avant d'épuiser le chapitre des indications, et afin que les faits occupent toujours une place aussi large que la discussion, je citerai encore l'histoire d'une des premières extirpations pratiquées en Angleterre par M. Clay (de Manchester), afin d'examiner sa légitimité au point de vue des préceptes formulés précédemment.

Obs. VIII (1). — Le 2 novembre 1842 ce médecin est consulté par la nommée Anna Edge, de Thornet (Derbyshire), qu'on lui amène en voiture. L'abdomen est tellement développé que l'ombilic touche aux genoux (2), et cette femme ne peut se tenir debout qu'avec la plus grande difficulté.

Elle a trente-neuf ans, elle est très amaigrie et très faible, elle a eu trois enfants et s'est bien portée dans sa jeunesse. Il y a sept ans, après la naissance de son deuxième enfant, elle a senti dans le ventre une tumeur dont elle ne s'est pas préoccupée ; mais, depuis un troisième accouchement, qui eut lieu quatre ans plus tard, le ventre a toujours augmenté de volume. Depuis trois mois, on a dû pratiquer quatre fois la ponction ; chaque fois il s'est écoulé une grande quantité de liquide.

Actuellement la distension du ventre est telle que la ponction devient nécessaire dès le lendemain. Il s'écoule 30 litres de liquide foncé ; on sent alors une autre poche que l'on ponctionne en réintroduisant le trocart dans la canule laissée dans l'abdomen et appliquée contre cette deuxième tumeur ; il s'en écoule 30 litres d'un liquide plus clair. A part ces deux grands kystes, il en existe encore deux autres plus petits, l'un dans la fosse iliaque droite et l'autre au-dessus du pubis.

Cette femme étant venue demander un soulagement à M. Clay, celui-ci lui expose, ainsi qu'à ses parents, les avantages et les inconvénients de l'extirpation, la seule ressource possible ; cette opération est acceptée.

Le 8 novembre 1842, M. Clay l'exécute en présence de MM. Radford, Hursan, etc.

On procéda de la façon accoutumée ; il existait des adhérences très nombreuses et en quelques points très solides avec les organes voisins ; on put les séparer, et l'on finit par extraire une tumeur composée de deux grandes cavités, de deux plus petites, de matières solides dans les parois. Le tout ensemble, poches, tumeurs solides et liquide contenu, pesait 73 livres anglaises.

Aucun accident particulier ne survint ; on prescrivit de l'opium pendant quelques jours ; le douzième, cette femme se leva pour la première fois, quitta Manchester cinq semaines après l'opération, et se portait à merveille six ans plus tard, quand M. Clay publiait son histoire.

Cette observation présente toutes les garanties d'authenticité désirables ; le nom de la malade, celui des témoins de l'opération sont indiqués ; la nature de la maladie était nettement caractérisée ; les ponctions n'avaient fait qu'accélérer la reproduction du liquide. Quel avantage auraient pu produire des injections irritantes (en supposant qu'elles eussent été employées à cette époque) en présence de la multiplicité des poches qui existaient dans ce cas? La malade était arrivée à un degré de marasme tel, que la mort ne se serait pas fait longtemps attendre.

Toutes les conditions se trouvaient donc réunies pour autoriser, d'après nos règles au moins, une entreprise qu'un succès a couronné, mais que n'aurait pu condamner un revers.

Il est encore un point sur lequel il faut s'arrêter avant d'aborder l'étude des différents procédés opératoires qui ont été employés, car beaucoup de chirurgiens l'ont considéré comme un mobile très important de leur détermination.

C'est de l'acquiescement de la malade et de la forme sous laquelle il doit être demandé qu'il s'agit.

Quelques-uns ont pensé que l'ovariotomie ne devait être entreprise qu'après que la malade, bien informée de la gravité de son état et des dangers inhérents à l'opération, eût consenti à la subir.

Qu'on ne doive jamais surprendre la volonté d'aucun, c'est la première loi.

Mais qu'un médecin aille dire au malade, qui attend de lui des consolations : « Vous avez un mal mortel qui vous tuera sûrement dans un temps déterminé, dans six mois, dans un an, peut-être un peu plus tôt, en aucun cas beaucoup plus tard ; mais voici une opé-

(1) Malgré bien des recherches, je n'ai pu trouver un seul cas qui démontre qu'une femme, atteinte depuis sa jeunesse d'un kyste *dont le développement avait exigé dès le début des ponctions fréquentes*, ait vécu jusqu'à un âge avancé. Je serais heureux d'apprendre par mes confrères que des exemples authentiques me sont restés inconnus.

(1) *Results of Ovariotomy*, by Ch. Clay, Manchester, 1848, p. 19.

(2) Le mémoire anglais donne la figure de l'abdomen et de la tumeur enlevée.

ration qui, si elle réussit, peut vous rendre la santé la plus parfaite; si elle échoue, vous succomberez quatre heures, deux jours, six jours après qu'elle aura été accomplie; » si le sentiment de charité, le premier de tous ceux qu'il appartienne au médecin de glorifier, ne lui défendait de détruire la dernière illusion qui peut soutenir l'agonie d'une femme, peu faite en général pour attendre avec calme l'heure de la mort, ne serait-ce pas augmenter énormément les chances d'insuccès de l'opération, que de placer à ses côtés un spectre dont la malade croirait sentir les étreintes à chaque douleur, à chaque peine?

Il est de pieux mensonges qui, n'effrayant pas la malade, soit qu'elle accepte, soit qu'elle refuse l'opération, permettront toujours au médecin d'agir ou de se retirer sans avoir semé le désespoir. Il saura toujours quand viendra l'heure d'appeler un prêtre.

Les parents, les amis de la malade, connaîtront au contraire toute la vérité, et le médecin recevra d'eux un appui calme qui l'aidera puissamment à prendre un parti.

Mais c'est surtout dans un examen approfondi des faits, c'est dans une égale indifférence pour les railleries des uns et les applaudissements des autres, que le médecin trouvera le vrai chemin dans ce difficile devoir.

Et si la détresse d'une étrangère ne pouvait le décider à sortir des habitudes de son école, alors qu'il suppose un seul instant qu'il s'agit d'une épouse, d'une fille, qu'un effort suprême pourrait sauver peut-être encore du trépas. Qu'il sache que d'autres ont triomphé par un moyen quelconque, que ce moyen soit ou ne soit pas en usage autour de lui, l'usage, les doctrines, ne seront plus un obstacle; tout entier au dernier rayon de l'espoir, lui-même, au besoin, il saisirait l'arme au double tranchant, prierait Dieu et se dirait : *Fais ce que dois, advienne que pourra.*

(La fin prochainement.)

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

PHYSIOLOGIE. — *Suite à une précédente communication relative aux générations dites spontanées*, par M. *L. Pasteur*. — Nous extrayons de ce travail les passages suivants :

Dans une communication soumise récemment au jugement de l'Académie, j'ai établi par des expériences nombreuses qu'il n'y a pas dans l'atmosphère continuité de la cause des générations dites spontanées, c'est-à-dire qu'il est toujours possible de prélever en un lieu déterminé un volume notable, mais limité, d'air ordinaire, *n'ayant subi aucune espèce de modification physique ou chimique*, et tout à fait impropre, néanmoins, à provoquer une altération quelconque dans une liqueur éminemment putrescible. De là ce principe, que la condition première de l'apparition des êtres vivants dans les infusions, ou dans les liquides fermentescibles, n'existe pas dans l'air considéré comme fluide, mais qu'elle s'y trouve çà et là, par places, offrant des solutions de continuité nombreuses et variées, comme on doit le prévoir dans l'hypothèse d'une dissémination de germes.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie soixante-treize ballons, chacun d'un quart de litre de capacité, primitivement vides d'air, et remplis au tiers d'eau de levûre de bière filtrée, limpide.

Vingt de ces ballons ont reçu de l'air dans la campagne, assez loin de toute habitation, au pied des hauteurs qui forment le premier plateau du Jura; vingt autres l'ont été sur l'une des montagnes du Jura, à 850 mètres au-dessus du niveau de la mer; enfin une autre série de vingt de ces mêmes ballons a été transportée au Montanvert, près de la mer de Glace, à 2000 mètres d'élévation.

Des vingt ballons ouverts dans la campagne, huit renferment des productions organisées; des vingt ballons ouverts sur le Jura, cinq seulement en contiennent; et enfin des vingt ballons remplis au Montanvert, par un vent assez fort, soufflant des gorges les plus profondes du glacier des Bois, un seul est altéré. Ces expériences tendent à prouver qu'à mesure que l'on s'élève le nombre des germes en suspension dans l'air diminue considérablement. Elles montrent surtout la pureté, au point de vue qui nous occupe, de l'air des hautes cimes couvertes de glace, puisqu'un seul des vases remplis au Montanvert a donné naissance à une Mucédinée.

En résumé, et si l'on rapproche tous les résultats auxquels je suis arrivé jusqu'à présent, on peut affirmer, ce me semble, que les poussières en suspension dans l'air sont l'origine exclusive, la condition première et nécessaire de la vie dans les infusions, dans les corps putrescibles et dans toutes les liqueurs capables de fermenter. (*Comm.* : MM. Chevreul, Milne Edwards, Decaisne, Regnault, Cl. Bernard.)

OPTIQUE. — *Théorie de l'œil*, par M. *L.-L. Vallée*. Dix-neuvième mémoire : *Observations historiques et critiques relatives aux systèmes de droites qui peuvent exister; lois nouvelles sur la réflexion et la réfraction des surfaces; complément physico-mathématique de la vision.* — L'auteur, dans ce travail, s'attache à démontrer :

1° Que le cristallin de l'œil formé de couches très minces, comparé à un corps transparent composé de lobes infiniment minces, ne peut donner à la rencontre de la rétine ni un *rayon central*, ni des *foyers*, ni un *intervalle focal*, comme M. Sturm l'a admis, ce qui renverse totalement la théorie qu'il a présentée;

2° Qu'il faut admettre comme conséquence de ce qui précède que les images du fond de l'œil sont produites par des *foyers confus*. (*Comm.* : MM. Pouillet, Faye, de Quatrefages.)

PHYSIOLOGIE. — *De la production du sucre dans ses rapports avec la résorption de la graisse et la chaleur animale pendant l'abstinence et l'hibernation*, par M. *Colin*. — L'auteur résume dans les propositions suivantes les conclusions auxquelles l'ont conduit les recherches exposées dans son mémoire.

En résumé, on voit, d'après ce qui a lieu chez les herbivores, les carnassiers, et les oiseaux soumis à l'abstinence, comme chez le hérisson pendant la torpeur hibernale, que :

1° La résorption ou la combustion de la graisse, la production du sucre, l'entretien de la chaleur animale à son degré ordinaire, sont des phénomènes intimement liés entre eux et dépendants les uns des autres;

2° L'abstinence, chez les animaux maigres, ne peut être supportée longtemps; elle y détermine très vite un abaissement de température coïncidant avec la disparition presque complète du sucre dans le foie, le sang, la lymphe et les autres liquides normalement sucrés;

3° Chez les individus gras ou d'un embonpoint moyen, la durée de l'abstinence, toutes les autres conditions restant d'ailleurs semblables, paraît exactement proportionnelle à la quantité de matière grasse mise en réserve dans les tissus : tant que l'animal a de la graisse, la vie s'entretient, le sucre se renouvelle dans le foie ainsi que dans les fluides nutritifs, et la température du corps ne baisse pas notablement;

4° Pendant l'hibernation la production du sucre conserve une activité qui est parallèle à la résorption de la graisse;

5° Enfin, chez tous les animaux privés d'aliments, le foie éprouve des changements très remarquables : il marche vers l'atrophie, et ses cellules perdent leur graisse, à laquelle se substitue le sucre.

Ce mémoire est renvoyé, comme l'avait été celui auquel il se rattache, à la commission du prix de physiologie expérimentale.

MÉDECINE. — *Des délires spéciaux dans la paralysie générale*, extrait d'une note de M. *Legrand du Saulle*. — L'auteur parle d'abord du délire des grandeurs, signalé par Bayle « comme étant le signe précurseur et le symptôme de la paralysie générale. » Il dit qu'en se plaçant dans les conditions où Bayle s'était mis lui-même, et en ne comptant que les cas de monomanie et de manie, on peut constater le délire ambitieux dans les quatre cinquièmes des cas de manie qui se terminent par la paralysie générale. Invo-

quant l'autorité de M. Calmeil, M. Legrand du Saulle établit la valeur diagnostique et pronostique de cette forme de folie.

Passant ensuite au délire hypochondriaque, M. Legrand du Saulle rappelle que ce délire a été signalé en 1857 par M. Baillarger, chez les paralysés mélancoliques, et que cet habile clinicien, sans considérer ce délire comme constant ni comme exclusif, croit pouvoir avancer qu'on le rencontre dans les quatre cinquièmes des cas de mélancolie paralytique.

« Pendant vingt-cinq ans, ajoute l'auteur, M. Baillarger, en examinant des centaines de paralytiques, est passé à côté du délire hypochondriaque sans y faire attention, pas plus qu'il n'avait remarqué, avant 1852, la fréquence de l'inégalité des pupilles chez ces mêmes malades. Du reste, il a pris la précaution de dire que le délire hypochondriaque se rencontrait chez des mélancoliques, c'est-à-dire chez des aliénés plus ou moins déprimés, tombés souvent dans un état de stupeur, passant parfois des jours et des semaines dans un mutisme presque absolu. Il faut donc chercher ce délire intérieur, qui porte si souvent les malades à refuser les aliments.

» Ces préliminaires une fois posés, nous comprenons difficilement que l'on vienne invoquer des observations à peu près dénuées de toute valeur, puisque celles de M. Calmeil, — dont j'ai pu d'ailleurs apprécier le rigoureux esprit d'examen, — manquent presque toutes de date, et que celles de M. Linas, qui paraissent les plus récentes, sont toutes antérieures au premier travail publié par M. Baillarger.

» Donc, la première conclusion de la note de M. Linas, renfermant la négation de la spécialité du délire hypochondriaque, est déduite de faits qui ne sauraient être mis en ligne de compte.

» La deuxième conclusion porte « qu'on peut observer au début et dans le cours de la paralysie générale toutes les variétés du délire mélancolique. » Cette opinion n'a jamais été contestée par personne : il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

» Après avoir rappelé que toutes les variétés du délire mélancolique peuvent s'observer dans le cours de la paralysie générale, mon excellent collègue M. Linas, s'appuyant sur de nombreuses citations, ajoute « que cette vérité n'est pas une acquisition nouvelle dans l'histoire de la paralysie générale. » Voilà une troisième conclusion évidemment destinée à combattre une prétention que l'auteur ne croit pas fondée.

» Je viens de lire avec attention le dernier travail de M. Baillarger, et je n'ai pas trouvé un seul mot qui, de près ou de loin, pût donner quelque créance à cette assertion. On lit, au contraire, dans un journal de médecine (*Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 902), que M. Baillarger « sépare le délire hypochondriaque du délire mélancolique rencontré *fréquemment* chez les paralytiques, et que *tous les auteurs ont observé*.

» Nos conclusions, faciles à prévoir, sont les suivantes :

» 1° Si le délire des grandeurs a été aussi contesté et a soulevé un aussi grand nombre d'objections, c'est que les auteurs ont confondu des observations de nature différente, ou qu'ils n'ont tenu compte que d'une période de la maladie.

» 2° Personne ne prétend que ce délire soit constant et exclusif, mais, par son extrême fréquence chez les paralytiques et sa rareté dans les manies simples, il n'en constitue pas moins un symptôme très important.

» 3° Le délire hypochondriaque est aussi fréquent chez les mélancoliques paralytiques qu'il est rare chez les malades atteints de *mélancolie simple*. A ce titre, il est, comme le délire des grandeurs, un signe d'une grande valeur diagnostique et pronostique.

» 4° Les observations antérieures à 1857, — et toutes celles que l'on a invoquées sont dans ce cas, — ne peuvent en aucune manière infirmer la proposition qui précède. Le délire hypochondriaque dans la paralysie générale est un symptôme qui, comme tant d'autres, a besoin, dans la très grande majorité des cas, d'être recherché pour être constaté. » (*Comm. :* MM. Serres, Flourens, Rayer.) — Nous reviendrons prochainement sur ce travail.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : Un mémoire de M. le docteur *Piglowski*, médecin-inspecteur au Vernet, sur l'utilité de la médication thermale en toutes saisons. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Fremaux*, accompagnant la deuxième livraison d'un ouvrage intitulé : *La vérité sur le choléra-morbus et sur sa présence dans les localités où il n'était autrefois ni contagieux ni épidémique.* (*Commission du choléra.*) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Bourgogne père* (de Condé), accompagnant une brochure intitulée : *Quelques mots sur les paralysies qui peuvent se montrer pendant le cours du choléra ou consécutivement à cette maladie.* — *c.* Un travail de M. le docteur *J.-J. Cazenave* (de Bordeaux), membre correspondant, intitulé : *Réflexions générales sur l'emploi du chloroforme dans les opérations, précédées d'un cas de mort, occasionné par une syncope selon les médecins, et par le chloroforme suivant le public.* (M. Bouvier, *rapporteur.*) — *d.* Une lettre de M. le docteur *Dambre* (de Courtray), sur un cas de monstre anencéphale soumis à l'Académie. (*Comm.:* M. Depaul.) — *e.* Des lettres de MM. les docteurs *Cazenave* (de Lille) et *Seux* (de Marseille), qui sollicitent le titre de membres correspondants. — *f.* Un pli cacheté relatif à un nouveau traitement de la gale, envoyé par M. *H. Costa de Serda.* (*Accepté.*)

Lectures.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un *Rapport sur l'eau minérale acidule gazeuse de Quézac* (Lozère).

Cette eau est froide, acidule, bicarbonatée, sodique et calcaire, sensiblement ferrugineuse. Elle est analogue à l'eau de Pougues et peut servir aux mêmes usages médicaux.

La commission propose de répondre au ministre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation de continuer l'exploitation de cette source soit accordée à son propriétaire. (*Adopté.*)

2° Un *Rapport sur l'eau minérale de Miral* (Drôme).

Cette eau est minéralisée par des chlorures alcalins et terreux, des sulfates et bicarbonates de chaux, de magnésie et de fer, des iodures et des bromures, etc. Elle appartient, par conséquent, à la classe des eaux salines iodo-chlorurées.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médical, à la condition, pour le propriétaire, de faire exécuter les travaux de captage nécessaires. (*Adopté.*)

ÉPIDÉMIOLOGIE. — M. *Jolly*, au nom de la commission des épidémies, donne lecture du rapport annuel sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1859.

Ce rapport, qui est officiel, et dont les conclusions ont été lues et discutées en comité secret, n'a pas été mis à notre disposition.

MÉDECINE. — M. *Devergie* fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur *Dubourg* (de Marmande), membre correspondant, au sujet du *purpura hæmorrhagica.*

Ce travail, adressé à peu près à la même époque que celui de M. Pize (de Montélimart), renferme trois observations recueillies par l'auteur dans une période de vingt-deux années.

Dans un de ces cas, le purpura hæmorrhagica était survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, traitée au début par les émissions sanguines.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme atteint d'une hypertrophie du cœur, et affaibli par des saignées répétées et une dyspepsie gastralgique.

Le troisième fait est relatif à une dame que des chagrins prolongés et une gastralgie invétérée avaient réduite à un état voisin de l'épuisement.

M. Devergie fait remarquer, avec l'auteur, relativement à l'étiologie de cette affection, que le purpura hæmorrhagica est généralement lié à un état d'appauvrissement du sang.

Chez le premier sujet, la maladie a duré trois mois ; le second a succombé ; et chez la troisième malade, le purpura, après avoir duré dix-huit mois, fut rapidement et heureusement modifié par le

perchlorure de fer. Avant l'usage de ce médicament, cette malade, comme les deux autres, avait été traitée par les moyens ordinaires (lactate et carbonate de fer, ratanhia, etc.).

M. Devergie termine en proposant : 1° d'adresser une lettre de remercîments à M. Dubourg ; 2° de renvoyer son mémoire au *comité de publication*. (*Adopté*.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Robin* commence la lecture d'un mémoire de M. *Lefebvre*, chimiste à Créteil, *sur les propriétés alibiles de l'albumine sèche*.

Cette lecture est interrompue par M. *le Secrétaire perpétuel*, qui fait observer que les travaux de cette nature doivent, aux termes du règlement, être adressés à l'Académie par l'intermédiaire de M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Le travail de M. Lefebvre est renvoyé à une *commission* composée de MM. Beau, Robin, Poggiale.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret* pour discuter les conclusions du rapport sur les épidémies.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 16 NOVEMBRE 1860.

1° Suite de la discussion sur les calculs biliaires et leur traitement.

2° Communication par le docteur *de Langenhagen*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

FISTULE LACRYMALE.

Cette séance a été consacrée en entier à une discussion sur la fistule lacrymale, et plus particulièrement sur le traitement de cette affection.

La discussion a eu pour point de départ une communication de M. *Huguier* sur un détail de médecine opératoire. Lorsqu'il existe une fistule, dit M. Huguier, il y a avantage à se servir de cet orifice anormal pour faire pénétrer un stylet sur lequel on conduira ensuite la canule lorsqu'on voudra employer cette méthode de traitement. Cela est plus avantageux que de créer d'emblée un orifice artificiel, l'incision de J.-L. Petit, comme dans les cas où il y a tumeur sans fistule : il serait indiqué seulement d'avoir recours à ce moyen lorsqu'on ne pourrait utiliser l'orifice fistuleux tel qu'il s'est produit, ou après l'avoir débridé s'il est nécessaire.

MM. *Chassaignac* et *Robert* font remarquer avec raison qu'il n'y a là rien de nouveau; que toujours on agit ainsi, sans que personne puisse même prétendre à la priorité de cette manière de faire.

Bientôt la discussion, abandonnant ce point limité de la question, arrive à porter sur le traitement en général de la fistule lacrymale.

MM. *Chassaignac* et *Robert* pensent que, lorsqu'on voudra employer la canule, il sera plus avantageux de préparer la voie en passant dans les voies lacrymales après les avoir désobstruées, soit une bougie uréthrale fine, soit un tube en caoutchouc perforé, soit des bougies en plomb ou en argent.

M. *Robert* parle de la méthode qui consiste à dévier le cours des larmes en leur créant un nouveau passage ; il a eu recours au procédé conseillé par M. Reybard pour perforer l'os unguis au moyen d'une sorte de petit trépan. Depuis plusieurs années, il l'a employé toujours avec succès; quelques malades ont seulement conservé un épiphora plus ou moins prononcé, généralement peu, ce qui arrive après l'emploi de presque toutes les méthodes lorsqu'elles réussissent.

M. *Gosselin* a employé souvent la canule de Dupuytren après dilatation préalable, et en faisant des injections pour maintenir cette canule libre, au moins dans les premiers temps qui suivent son application ; mais il y a renoncé, et depuis deux ans il emploie de préférence la cautérisation au chlorure de zinc pour oblitérer les voies lacrymales; il a obtenu ainsi un certain nombre de guérisons, mais il est toujours resté de l'épiphora.

M. *Guersant* a employé la même méthode avec succès sur deux sujets adultes et sur quatre enfants; ces six malades ont guéri, mais il reste également de l'épiphora.

La cautérisation, dit M. *Velpeau*, a été conseillée et employée à diverses reprises, puis abandonnée; elle a donné des succès. Elle agit en produisant une oblitération des voies lacrymales ; M. Velpeau a alors cherché à arriver à ce même résultat, mais par un moyen différent : en oblitérant les points lacrymaux. Pour cela, il excise un V du bord palpébral, comprenant le point lacrymal. Il en résulte une difformité prononcée au moment de l'opération ; mais, au bout de quinze jours, cela a presque complétement disparu, et, dans un grand nombre de cas, en une proportion que M. Velpeau ne peut déterminer, les malades ont guéri. Mais, quelquefois, on ne peut obtenir l'oblitération après cette opération ; il reste un orifice qui continue à donner passage aux larmes.

M. Gosselin, qui a opéré un malade de cette manière, a vu également l'ouverture des conduits lacrymaux persister ainsi. MM. Laborie et Jarjavay, qui ont eu occasion de voir des malades opérés antérieurement par M. Velpeau, ont constaté aussi qu'il reste un orifice très petit. Chez ces malades, ajoutent-ils, on ne trouvait qu'avec peine, même étant prévenu, les traces de la perte de substance qui avait été faite.

JULES ROUYER.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 NOV. 1860. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES.

La question des paralysies diphthériques a encore occupé toute la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, et promet de se continuer encore dans les séances prochaines. Au début, M. Sée a rendu compte d'un mémoire qu'a publié sur le même sujet, il y a six semaines, M. Colin, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce. M. Sée ne connaissait pas ce travail quand il a fait sa dernière communication ; mais l'on pourrait croire qu'il s'en est inspiré, tant les opinions, les expressions même de M. Colin concordent avec les siennes. Par l'analyse d'un nouveau cas très bien observé, M. Colin reconnaît aux paralysies diphthériques le même type, la même marche spéciale qu'a décrits M. Sée, c'est-à-dire la paralysie palatine, suivie de paralysies périphériques, débutant par les extrémités et ne dépassant pas le milieu des membres. M. Colin montre aussi que le strabisme et la paralysie des sphincters sont des faits exceptionnels.

Sur la question de doctrine, il arrive à peu près aux mêmes conclusions que M. Sée; il va même plus loin, en ce qu'il n'attribue la paralysie spéciale qu'à la diphthérie seule, et se refuse à reconnaître aucun type normal, aucune liaison constante de cause à effet dans les cas étudiés par M. Gubler, auquel il adresse des critiques tout à fait analogues à celles qu'a soulevées M. Sée. Ce dernier ne va pas si loin, et, tout en contestant les paralysies attribuées aux fièvres en général, il reconnaît leur fréquence à la suite de la fièvre typhoïde et du choléra, comme l'a fait M. Gubler.

M. *Trousseau* apporte dans la discussion l'autorité de sa parole et de son témoignage à l'appui des idées de M. Sée et de M. Colin. Il s'étonne de voir M. Gubler, qui joint au mérite du clinicien celui du naturaliste, oublier en quelque sorte ses habitudes d'analyse

scientifique pour confondre des espèces très différentes. Prenant la question d'un point de vue très général, il rappelle que des faits de paralysies ont été observés sous l'action de la plupart des intoxications venues du dehors, et que, plus on examine ces sortes de névropathies, plus on reconnaît qu'elles ont leur type spécial répondant à la cause qui les a déterminées. Sans parler de la paralysie saturnine, si bien connue de tous, M. Trousseau mentionne la paralysie produite par le sulfure de carbone, affection bien étudiée par M. Delpech, et qui se révèle principalement par des troubles de la vue, de l'ouïe, de la motilité, de la sensibilité générale, mais spécialement par une abolition complète du sens génital, bien constatée chez de jeunes sujets connus auparavant pour des dispositions bien différentes. On peut citer encore les paralysies toutes spéciales produites par les vapeurs de charbon, dont nous devons une bonne étude à M. Bourdon. M. Trousseau rappelle aussi les faits curieux d'intoxication par des poisons animaux, qui sont rapportés dans l'ouvrage de Graves. On a vu chez les marins l'usage de certains aliments spéciaux, de certains poissons, et notamment de plusieurs congres, amener des paralysies de la vessie et des intestins très persistantes et très rebelles; M. Trousseau a vu un cas analogue chez une dame qui avait mangé une grande quantité d'écrevisses.

Passant aux intoxications pathologiques proprement dites, M. Trousseau reconnaît la fréquence des paralysies à la suite de la dothiénentérie. L'abolition si fréquente des sens et de l'intelligence n'est qu'une névrose paralytique. L'érysipèle, la variole et autres affections septiques produisent des accidents analogues.

Arrivant enfin à la diphthérie, cette affection dont le caractère spécifique devient de plus en plus évident pour tous à mesure qu'elle est plus étudiée, M. Trousseau déclare que, avec MM. Blache, Maingault, Sée, il a été conduit par l'observation à admettre des *paralysies diphthériques*. Le type en est si tranché que l'aspect seul des phénomènes permet immédiatement de remonter à la cause. Ce n'est pas d'après un signe isolé, c'est d'après une *phrase symptomatique* qui parle assez haut pour dénoter son origine spécifique. Il est aujourd'hui bien acquis qu'à la suite d'une angine couenneuse, d'une diphthérie bien caractérisée, on voit survenir des paralysies. M. Guéneau de Mussy en a rapporté un cas à la suite d'une diphthérie cutanée. Lorsqu'on observe avec attention ces sortes de paralysies, on peut quatre-vingt-dix fois sur cent remonter à la cause spécifique, à la diphthérie. Quant aux paralysies d'origine différente, M. Trousseau ne se prononce pas d'une manière absolue, mais il reconnaît qu'il y a des faits exceptionnels qui reproduisent un type analogue. Il observe en ce moment un cas de paralysie généralisée, semblable à celle que produit la diphthérie, chez un sujet qui n'a eu qu'une angine herpétique. M. Gros lui a fait voir deux cas de paralysie qui n'avaient été précédés que d'angines simples sans exsudation plastique. Lui-même a signalé depuis longtemps (*Union médicale*, 1851) un fait de paralysie du voile du palais sans diphthérie bien prononcée.

Pour se rendre compte de ces faits exceptionnels, M. Trousseau invoque ce que l'on observe dans d'autres affections épidémiques. Lorsque la scarlatine sévit dans une même famille et que, quatre ou cinq personnes en ayant été frappées, nous en voyons une sixième prise d'anasarque, de pissement de sang, sans présenter d'ailleurs d'éruption ni d'autres signes scarlatineux jusqu'à la fin de cette épidémie, lorsque nous voyons cette même personne présenter ensuite une sorte d'immunité contre d'autres épidémies de scarlatine, nous n'hésitons pas à dire que cette personne a eu une scarlatine fruste, sans éruption, traduite seulement par une phrase symptomatique. Si, dans une épidémie de dothiénentérie, au milieu d'un collége par exemple, à côté d'un grand nombre de cas bien tranchés, nous voyons quelques jeunes gens accuser seulement des maux de tête, des épistaxis, de la diarrhée, un ensemble de symptômes bénins qui ne dépassera pas un septénaire, et que ces jeunes sujets présentent désormais une immunité marquée contre la dothiénentérie, nous admettons volontiers qu'ils ont été atteints de cette affection. La fièvre jaune présente, au témoignage de M. Dutroulau, des cas analogues. La diphthérie présente aussi de ces manifestations imparfaites. Il n'y a pas longtemps qu'on observe des paralysies diphthériques, et il est probable que la fréquence de cet accident a singulièrement augmenté dans ces dernières années, car les observateurs auraient sans doute été frappés de cette complication, qui quelquefois entraîne la mort. Nous sommes loin aujourd'hui du type observé par Bretonneau, du type reproduit en 1826 dans la thèse de M. Ferrand, de ces épidémies de diphthérie observées par M. Trousseau lui-même, où la mort survenait dans la presque universalité des cas. Dans les rapports adressés aujourd'hui de tous les points de la France à l'Académie de médecine, nous voyons la diphthérie sévissant sur une même famille, frapper fatalement deux ou trois personnes, tandis que d'autres personnes n'auront que des diphthéries rudimentaires qui guériront sans aucun traitement. Ne peut-on pas admettre que des angines très simples sont cependant des manifestations de la diphthérie, comme les scarlatines bénignes mentionnées ci-dessus étaient des manifestations de la scarlatine? Ainsi s'expliquent les conséquences de certains maux de gorge en apparence bénins.

Quant aux paralysies diphthériques, M. Trousseau leur reconnaît, en terminant, des caractères si tranchés qu'on ne peut les confondre avec des paralysies produites par d'autres poisons pathologiques.

M. *Gubler* n'a pas voulu rester sous le coup du blâme qui lui était infligé par son maître. Si ses habitudes de naturaliste le portent à distinguer les espèces, il n'est pas non plus de ces naturalistes *compteurs de poils* qui les multiplient à l'infini. Ses tendances sont au contraire de réunir sous une même unité spécifique, ce qui n'est séparé que par des caractères minimes, propres tout au plus à différencier les races. La méthode qu'il emprunte aux sciences naturelles, c'est l'analyse. Il n'a jamais nié que, comme dans la série de faits rappelés par M. Trousseau, des causes différentes exercent des actions différentes, mais il faut analyser ces actions et remonter aux actions primaires. En procédant de cette façon, M. Gubler ne trouve rien de spécifique dans les paralysies attribuées à la diphthérie. Il y voit des résultats de l'inflammation ou de la lésion des nerfs voisins des parties malades; d'autres sont des phénomènes sympathiques, d'autres tiennent à l'appauvrissement de la constitution, à cette faiblesse même de la convalescence, qui est une sorte de cachexie aiguë. Il admet volontiers comme paralysies diphthériques celles qui apparaissent d'emblée, comme dans les observations de MM. Faure et Campbell. Les paralysies consécutives, survenant à une époque plus ou moins éloignée, ne présentent aucun caractère spécifique. Le cas de M. Guéneau de Mussy était un cas de pneumonie double, traitée avec une grande énergie, et qui avait laissé le malade profondément débilité. Des vésicatoires s'étaient ulcérés et couverts d'un enduit pultacé, mais ce n'est qu'en voyant le malade revenir au bout de quelque temps avec des phénomènes de paralysie, qu'on avait attribué ces phénomènes à la diphthérie. Le malade n'avait d'ailleurs jamais présenté de paralysie palatine. On a cité un cas observé par M. Barthez, où la paralysie palatine s'était montrée à la suite d'une inflammation du conduit auditif. Les connexions anatomiques suffisent pour expliquer ce fait. Les deux cas de M. Gros montrent que l'angine n'a pas besoin d'être couenneuse pour produire des paralysies.

On invoque la fréquence de ces complications à la suite de la diphthérie; mais on a fait entrer en ligne de compte des angines simples, des cas où l'angine avait été supposée, d'après le rapport de personnes étrangères à la science; d'autres fois on a confondu avec la paralysie véritable une simple faiblesse des membres, ou le collapsus général qui précède la mort. Tous ces faits doivent être écartés. La paralysie bornée au voile du palais n'est pas un signe certain de diphthérie, toutes les angines peuvent en présenter, notamment les angines syphilitiques. Des troubles de l'accommodation de l'œil ne peuvent non plus passer pour des paralysies; dans quelques cas ce sont, au contraire, des contractures du muscle ciliaire.

En résumé, on a exagéré singulièrement le nombre des paralysies et le nombre des diphthéries; on a une grande tendance à supposer cette dernière affection d'après un certain ensemble de

symptômes, mais l'erreur est facile. Il faut analyser avec soin chaque fait, chercher les conditions anatomiques et physiologiques de sa production, tenir compte de l'état général de l'économie, et, alors que tous ces éléments ne rendront pas compte des faits, alors seulement on sera fondé à invoquer la spécificité.

MM. Empis et Hervieux ont cité chacun un cas où les accidents auraient pu être attribués à la diphthérie, bien que cette cause n'ait pas existé. Celui de M. Empis, où l'on ne trouve comme antécédent qu'une angine syphylitique déjà ancienne, présentait notamment le nasonnement de la voix, et la marche ascendante des accidents paralytiques que l'on regarde comme caractéristiques des paralysies diphthériques.

M. Sée répondra dans la prochaine séance.

Dr E. Isambert,
Ex-chef de clinique de la Faculté.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

Enquête sur le serpent de la Martinique (*vipère fer-de-lance, bothrops lancéolé*), par le docteur E. Rufz, 2e édit., 1 vol. in-8, Germer Baillière; Paris, 1859.

Une des questions, en histoire naturelle, sur lesquelles on a le plus écrit, et sur lesquelles la science a le plus encore de *desiderata*, est sans contredit l'histoire des serpents venimeux. Presque toujours les auteurs se sont bornés à décrire les phénomènes terribles qui résultent de la morsure de ces hideux animaux; d'autres fois ils ont indiqué quelques remèdes dont, le plus souvent, la valeur se réduit à leur singularité, et qui peuvent rivaliser, aux Antilles comme aux Indes, avec ces miraculeux *remèdes secrets* dont, presque à chaque séance, l'Académie de médecine fait une juste hécatombe. Quelques-uns se sont contentés de donner des observations isolées de faits qui se sont présentés à eux; mais rarement nous avons eu la bonne fortune de rencontrer un ouvrage où l'auteur cherche à embrasser tout le sujet, et où il tâche de combler les lacunes de la science. Nous avons eu cette heureuse chance en lisant le volume que vient de publier M. le docteur Rufz.

Ayant longtemps habité un pays, la Martinique, où abonde un des serpents les plus redoutables, le bothrops lancéolé, M. Rufz a cherché à recueillir tous les documents propres à éclairer l'histoire de ce serpent, fléau des contrées qu'il habite. Pour atteindre ce but, il a fait personnellement une longue série de recherches, et a ouvert une *enquête* auprès de ses compatriotes, auprès des victimes nombreuses des méfaits du serpent. De toutes ces investigations est résulté l'ouvrage dont nous avons aujourd'hui à rendre compte.

Pour intéresser les lecteurs non savants du journal *les Antilles*, où ce travail a d'abord été publié, l'auteur a eu recours à un style émaillé de citations, de plaisanteries, que nous sommes peu habitués à rencontrer dans les livres de science; mais si, avec lui, nous passons condamnation sur la forme, nous reconnaîtrons que le fond est sérieux, puisque « pendant quinze années ces recherches ont été soumises au contrôle des parties intéressées sans recevoir de démentis, et, par suite, nous admettrons qu'elles ont acquis ainsi une sanction et une authenticité qui doivent leur mériter quelque confiance. »

Après avoir donné sur l'histoire naturelle du bothrops tous les détails que l'on peut réunir aujourd'hui, et avoir fait justice d'un certain nombre de fables qui ont cours sur les mœurs et la vie de cet animal (fables qui sont un des plus grands fléaux de l'histoire naturelle), M. Rufz étudie la partie pathologique de son sujet, et fait connaître les principales circonstances qui influent sur les suites de la morsure, telles que l'âge, la grosseur de l'animal, le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis sa dernière attaque, l'âge, le lieu de la lésion chez l'homme. Il fait remarquer que les nègres, plus exposés par leurs travaux dans les plantations de canne à sucre, éprouvent des phénomènes plus graves que les blancs par suite de leur constitution éminemment lymphatique. Il insiste tout spécialement, comme l'avaient déjà fait avant lui d'autres auteurs, et notamment M. Guyon, sur l'influence fâcheuse qu'exerce la peur dans le plus grand nombre des cas. Il étudie l'action du venin sur l'homme, les animaux à sang chaud et ceux à sang froid, et s'étonne avec juste raison que depuis le temps considérable qu'on publie des observations et qu'on fait des expériences sur les serpents venimeux, on ne sache pas encore au juste s'il est vrai que leur venin agisse ou non sur des individus de leur espèce. Quant aux symptômes que présentent les malades, ils sont les mêmes en général, mais offrent une intensité bien plus grande que ceux qui résultent de la piqûre de notre vipère d'Europe. Le pronostic, plus grave que pour les animaux de notre pays, n'est pas toujours aussi funeste qu'on pourrait le supposer, et encore, dans beaucoup de cas, la mort peut-elle être aussi bien attribuée aux manœuvres des *panseurs* qu'à la piqûre elle-même. Les *panseurs* sont généralement des nègres auxquels la population de la Martinique accorde sa confiance pour le traitement de la morsure du serpent, de préférence aux médecins. Ne semble-t-il pas que, dans notre colonie, il y ait le pendant de ce que nous voyons chez nous, où le public donne toute sa confiance aux rebouteurs, aux charlatans, aux bonnes femmes?

Sous l'influence du venin le sang se fluidifie, perd sa force de cohésion, ressemble à une solution de vin ou de rouille, et le fait observé par M. Rufz comme par M. Guyon, contrairement à ce qu'avait annoncé Fontana, explique l'inutilité, le danger même des amputations des membres, pratiquées à une époque trop rapprochée de la piqûre du fer-de-lance à cause des hémorrhagies consécutives; mais malheureusement l'analyse chimique et microscopique de ce sang n'a pas encore été faite.

La partie thérapeutique renferme l'énumération d'un grand nombre de prétendus spécifiques qui sont ou ont été préconisés contre la piqûre du bothrops, remèdes appartenant aux familles les plus différentes et jouissant des actions les plus contraires. Pour l'auteur, le spécifique contre la piqûre du bothrops est encore à trouver; aussi, en l'attendant, conseille-t-il sagement de s'en tenir à la ligature, la cautérisation, surtout par le fer rouge, qu'on a plus facilement à sa disposition (il faut agir profondément et le plus tôt possible). Quant à l'ammoniaque, si vantée depuis la fameuse observation de Bernard de Jussieu, il n'ose en recommander l'usage exclusif, car assez souvent son action a été insuffisante. En tous cas, les premiers soins ayant été donnés par les personnes qui entourent le blessé, il est toujours urgent d'en référer à un médecin et non pas de s'abandonner aux mains d'un *panseur*, toujours ignare. M. Rufz termine son ouvrage par l'anatomie du bothrops, qui ressemble beaucoup par son organisation à tous les autres *solénoglyphes*, et propose que l'on cherche la destruction de ce fléau de la Martinique en introduisant dans l'île des animaux destructeurs des serpents, tels que serpentaire, hérisson, etc.

En résumé, nous trouvons dans l'*Enquête sur le serpent* une histoire du bothrops aussi complète que possible; et, malgré les *desiderata* qui s'y trouvent, nous pensons qu'il serait bon que dans chaque pays, et pour chaque espèce de serpent venimeux, il fût fait un travail de ce genre qui permettrait d'élucider beaucoup de points, restés encore obscurs, dans la partie pathologique et thérapeutique de l'histoire des Ophidiens à venin.

J. Léon Soubeiran.

V

VARIÉTÉS.

A la séance de rentrée, la Faculté de médecine a distribué les prix suivants :

École pratique. — *Grand prix :* médaille d'or, M. Fournier (Eugène).
Premier prix : médaille d'argent, M. Bergeron (Georges).
Second prix : médaille d'argent, M. Cueniot (Alexandre).
Mention honorable : M. Baudot (Émile).
Prix Montyon : médaille d'or, M. Fenestre.
Mention honorable : M. Bricheteau.

—Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 12 novembre, M. Chauffard, agrégé, est chargé du cours de M. Andral (*pathologie et thérapeutique générales*). — Ce cours aura lieu le mardi, jeudi et samedi à trois heures.

— M. Piorry commencera ses leçons de Clinique à l'hôpital de la Charité, le vendredi 16 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Phillips commencera la troisième partie du cours des maladies des voies urinaires, le mardi 27 novembre, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il la continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cette troisième partie comprendra l'affection calculeuse et la lithotritie.

— M. Duchesne-Duparc reprendra jeudi prochain, 22 novembre, ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8, et les continuera les jeudis suivants, à onze heures précises du matin. Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

— Par décret du 24 octobre, S. M. l'Empereur a nommé présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins :

De l'Ariége, à Pamiers, M. le docteur Ourgaud; de l'arrondissement de Marseille, M. Bartoli; du département de la Creuse, à Guéret, M. le docteur Montandon; du département d'Eure-et Loir, à Chartres, M. le docteur Durand; du département d'Ille-et-Vilaine, à Rennes, M. le docteur Guillot; du départoment du Pas-de-Calais, à Arras, M. le docteur Ledieu; du département de la Vendée, à Napoléon-Vendée, M. le docteur Bouchet.

— Nous apprenons que M. le docteur Dugast vient de donner sa démission de professeur adjoint de pathologie médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

— M. le docteur Lécorché-Colombe vient de succomber à l'âge de soixante-et-onze ans à une maladie des centres nerveux qui l'avait depuis plus de dix ans éloigné do sa clientèle.

— M. Poelman, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, M. Thiry, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre, et M. Hubert, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Louvain, viennent d'être nommés chevaliers de l'ordre de Léopold.

— Après la prise des forts du Peï-Ho, le général en chef de l'expédition de Chine a mis à l'ordre du jour : MM. les docteurs Guérin, attaché au génie; Gerrier, médecin en chef de l'ambulance; Lasnier, médecin aide-major de 1re classe; le sergent infirmier-major Mouchard et les infirmiers Poujade et Guéry.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VI

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa — 1860. — N° 1. Actes officiels. — 2. Sur les causes des différentes formes d'injection vasculaire dans les ophthalmies, par *da Silva.* — Stomatite mercurielle mortelle produite par l'emploi du calomel comme purgatif, par *d'Oliveira.* — L'anesthésie électrique, par *Gardeira.* — 3. Traitement de la diphthérie, par *da Silva.* — 4. Maladie de Bright chronique, par *Sousa.* — Mort par le chloroforme, par *Branco.*

La Concordia. — 1860. — N° 1. Programme. — Revues. — 2. L'observation et la véritable expérience, par *Quijano.* — Réflexions sur la médecine, par *Pastor.* — 3. Études sur la folie, par *Guerra.* — Diathèses, par *Principe.* — Importance de la chimie médicale. — 4. Diathèses (suite). — Chimie médicale (suite). — 5. De la cause prochaine ou essence des maladies, par *S. de O.* — Chimie médicale (suite). — Modifications à apporter à la pelote des brayers dans les hernies crurales adhérentes, par *Rivera.* — 6. Diathèses (suite). — Chimie médicale (suite). — Séjour d'une balle dans le grand trochanter pendant douze ans, par *Bercero.* — 7. Chimie médicale (suite). — Traitement du goître par l'iode.

La Espana medica. — N° 208. Le vitalisme, par *Estcdan Quet.* — Chimie pathologique (suite). — 209. Chimie pathologique (fin). — Cas de médecine légale, par *Richart.* — Causes de la décadence de la médecine espagnole, par *Ametller.* — 210. Observations pratiques de gynécologie, par *Gastresana.* — Vérité de l'hippocratisme (suite). — 211. Comptes rendues et revues. — 212. (Manque.) — 213. Extirpation d'une tumeur fibro-plastique, par *Vicente y Carrera.* — 1860. — 214. Vérité de l'hippocratisme (suite). — De l'époque à laquelle il convient d'opérer le bec-de-lièvre, par *Sagastume* — 215 Revues. — Considérations sur la thérapeutique, par *Herrero.* — 216. Observations de pustule maligne et de charbon, par *Martinez.* — 217. Vérité de l'hippocratisme (suite). — Deux mots sur l'extrait de viande, par *Borrelli.* — 218. Observation de contusion grave suivie de guérison, par *Lopuente y Pomares.* — Importance de l'hygiène, par *Raminez Vas.* — Ulcère énorme guéri par la cautérisation, par *Gastresana.* — 219. Séance d'ouverture de l'Académie de Madrid. — Importance de l'hygiène (suite). — 220. Traitement iodique de la phthisie, par *Giné.* — Vérité de l'hippocratisme (suite).— Importance de l'hygiène (fin). — 221. Séance de rentrée de l'Académie de Madrid (2e article). — Mode d'action des médicaments, par *Herrero.* — 222. Remarques sur le choléra asiatique, par *Alarcon y Solcedo.* — Fièvre typhoïde adynamique, par *Martinez.* — 223. Fistule urinaire guérie par l'incision périnéale, par *Roure.* — Amputation de verge dans un cas de cancer, par *Esquerdo.* — 224. Des maladies qui peuvent motiver l'exemption du service militaire, par *Alarcon y Salcedo.* — Fistule urinaire, etc. (fin). — Médication tonique, analeptique et reconstituante, par *Herrero.* — 225. Histoire du choléra-morbus, par *Llanos.* — Hydrologie espagnole, par *Gonzalez y Grespo.* — 226. Vérité de l'hippocratisme (suite). — Choléra (suite). — 227. Choléra (fin). — 228. Quel est le meilleur traitement des pneumonies? par *Morate.* — 229. Remarques pratiques sur le diabète, par *Alvarez.* — Plaie de la main ayant nécessité l'amputation de l'avant-bras, par *Garbiso.* — Choléra (suite). — 230. Médication astringente, par *Herrero.* — Choléra (suite). — 231. Le vitalisme et l'homœopathie. — 232. Vérité de l'hippocratisme (suite). — Des abcès, par *Hoyos-Limon.* — 233. Diabète (fin). — Abcès (fin). — Histoire d'une épidémie de bronchite, par *Morates.* — 234. De la fièvre, par *Vas.* — Sur la spermatorrhée, par *Martinez.* — Sur les maladies des yeux, par *Castresana.* — 235. Étiologie du choléra, par *Vas.* — Épidémie de choléra à Leganiel, par *Martinez.* — 236. Épidémie de choléra (fin).

British Medical Journal. — N° 157 L'oxygène comme agent thérapeutique, par *Birch.* — 1860. — 158. La chirurgie de l'enfance, par *Johnson.* — Conditions pathologiques et traitement de la bronchite chronique, par *Duncolfe.* — Empyème et thoracentèse, par *Bird.* — 159. Dépôts fibrineux dans le cœur, par *Richardson.* — Remarques sur la manie aiguë, par *Needham.* — Traitement des brûlures de la glotte, par *Sloane.* — Tétanos chez un enfant, par *Harrinson.* — Myalgie et myosite, par *Inman.* — Version substituée au forceps dans des cas de rétrécissement du bassin, par *Jones.* — 160. Chirurgie de l'enfance (suite). — Dépôts fibrineux dans le cœur (suite). — Traitement palliatif du cancer, par *Hunt.* — Guérison d'un empyème traumatique avec fistule, par *Walter.* — Perte de la main à la suite d'une brûlure, par *Bird.* — 161. Chirurgie de l'enfance (suite). — Dépôts fibrineux, etc. (fin). — Traitement du tétanos par l'aconit, par *Sedgwick.* — Maladie anomale chez un enfant, par *Sargent.* — 162. (Manque.) — 163. Dépôts fibrineux, etc. (suite). — Névralgies traitées avec succès par les injections narcotiques, par *Cowdell.* — Propriétés et emploi de la sanguinaire du Canada, par *Gibb.* — Empoisonnement supposé par l'acide oxalique, par *Skinner.* — 164. Dépôts fibrineux, etc. (suite). — Maladies du cœur (suite), par *Markham.* — Empoisonnement supposé par l'acide oxalique, par *Thudichum.* — 165. Dépôts fibrineux, etc. (suite). — Tumeur syphilitique de la lèvre, par *Quain.* — Myosite et myalgie; dysphagie et phlegmatia alba, par *Inman.* — Fracture comminutive du crâne; guérison, par *Goffney.* — 166. Ulcère perforant de l'iléon, par *Graven.* — Maladies du cœur (suite). — 169. Histoire de la médecine, par *Henry.* — Valeur séméiologique des vomissements du matin, par *Inman.* — Cas de grossesse extra-utérine, par *Whitwell.* — 170. Diagnostic des tumeurs du sein, par *Erichsen.* — Résection du genou, par *Quain.* — Esquisse chirurgicale des moyens chirurgicaux à opposer aux plaies artérielles, par *Edwards.* — 171. Cas médicaux (1° somnolence hystérique; 2° albuminurie suivie de péritonite atonique et terminée par la mort), par *Durrant.* — 172. Tumeurs du sein (suite). — Histoire de la médecine (suite). — Déplacement traumatique de l'iris, par *Solomon.* — 173. Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — Histoire de la médecine (fin). — 174. Usage et abus de l'opium, par *Russell.* — Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — Fréquence et gravité de la syphilis dans l'armée anglaise, par *Dartnell.* — Cas d'épilepsie, par *Prichard.* — 175. Embolie cause de paralysies cérébrales et autres, par *Thudichum.*— 176. Résection de l'articulation coxo-fémorale, par *Erichsen.* — Histoire de la médecine (suite). — Sur la délivrance, par *Newman.* — Ulcérations de l'extrémité inférieure du rectum, par *Rouse.*— 177. Application de la méthode numérique à la médecine, par *Guy.* — Urine, dépôts urinaires, etc. (suite). — Cas de mort subite, par *Laurence.* — Rapports entre le cancer et la fragilité des os, par *Mac Cheane.* — 178. Influence de la belladone sur le nerf pneumogastrique, par *Hugues.* — Succès de l'ovariotomie, par *Harper.* — 179. Méthode numérique, etc. (suite). — Histoire de la médecine (fin). — Pneumothorax simple; guérison, par *Thorburn.* — Ovariotomie suivie de succès, par *Wratislaw.*

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS.—IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine.
PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 23 NOVEMBRE 1860. N° 47.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 22 novembre 1860.

Académie des sciences : TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LE CURARE. — *Académie de médecine :* DE L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE. — OPÉRATION CÉSARIENNE APRÈS LA MORT DE LA MÈRE. — *Société de chirurgie :* PLAIES PAR ARRACHEMENT. — LUXATION DU CRISTALLIN PRODUITE A VOLONTÉ. — *Conseil de santé des armées :* INSTRUCTION SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS. — *Dublin Medical Press :* GLYCOSURIE, SUITE D'HÉMORRHAGIE DANS LE QUATRIÈME VENTRICULE.

A l'époque où le traitement du tétanos par le curare occupait les esprits, nous avons montré quelque défiance relativement à l'avenir de la nouvelle médication; nous avons dit notamment que cette médication ne répondait pas autant qu'on le croyait à la théorie qui l'avait inspirée, puisque le curare est administré dans le but d'agir sur la motricité nerveuse, tandis que la convulsion tétanique n'est que l'effet réflexe d'une lésion des nerfs sensitifs. Il ne paraît pas jusqu'ici que nos appréhensions aient été mal fondées, et l'on pourrait plutôt affirmer qu'elles commencent à être généralement partagées.

Devons-nous prédire le même sort à la nouvelle tentative dont M. Thiercelin vient d'entretenir l'Académie des sciences (voyez p. 759)? Le curare, à peu près impuissant contre le tétanos, contre la rage, aura-t-il plus de succès contre l'*épilepsie ?* A consulter la physiologie, cette nouvelle application ne se justifie guère mieux que les précédentes. Les expériences et observations de M. Brown-Séquard (*Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 77 et 725; 1859, p. 691); de M. Schrœder Van der Kolk (*Ibid.*, 1857, p. 851); de MM. Kusmaul et Tenner (*Ibid.*, 1858, p. 352) tendent à établir que la secousse épileptique est aussi un mouvement réflexe, puisque, étant données certaines lésions de la moelle, il suffit de pincer diverses parties du corps pour amener des convulsions semblables à celles de l'épilepsie. A ce premier point de vue donc, on peut penser que le curare administré n'est pas susceptible d'une autre action que celle

---

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

LES MÉDECINS DE L'ITALIE UNE.

Il était brillant et fier, et content, et entreprenant, et plein d'espérances, le corps médical français en la mémorable année 1848! Il avait dès longtemps chargé la bombe; il y avait, par plusieurs mains, mis le feu au bon moment; et maintenant, la place rendue, il s'était installé dans les positions les plus respectables. Conformément au programme de quelques publicistes de la robe, le médecin était devenu, — et, pour le coup, en chair et en os, — le sommet de l'édifice social. Le gouvernement ressemblait à une consultation. Le ministre de l'intérieur était médecin ; médecin, le ministre des travaux publics; médecin, le président de l'assemblée législative ; médecin, le préfet de police, sans compter bon nombre d'emplois moins relevés, mais point méprisables, où d'autres confrères ne faisaient pas mauvaise figure. Malheureusement cette apothéose a eu un peu le sort de celles qu'on voit au boulevard du Temple; elle s'est évanouie dans un changement de machines; mais, en disparaissant, elle n'a rien emporté de la considération attachée aux personnes, et elle n'en a pas moins été une expression des étroits rapports de la médecine avec la vie sociale et politique, comme un témoignage des hautes aptitudes qu'on peut rencontrer dans le corps médical.

Non moins ardents et plus heureux que ceux de France, les médecins d'Italie viennent de prendre une part très active à un mouvement politique et militaire qui paraît aux hommes d'État de la GAZETTE HEBDOMADAIRE devoir amener un résultat décisif. Ce va être pour nous un vrai plaisir de signaler ceux qui se sont particulièrement distingués. Déjà l'annexion de la Savoie nous a offert l'occasion de faire connaissance avec de nouveaux compatriotes; si, à notre grand déplaisir, l'Italie n'est pas encore annexée à la France, la fraternité en Esculape suffira, quant à présent, pour

d'enrayer momentanément la motricité nerveuse, de s'opposer à la manifestation d'un symptôme, sans atteindre la racine du mal. De plus, le curare portât-il son action jusqu'au point de départ des accidents, rien n'indique qu'il soit plus capable que la belladone ou la valériane d'exercer une influence curative sur la lésion de laquelle procèdent tous les phénomènes morbides, et de faire autre chose que ce que nous disions à l'instant, c'est-à-dire empêcher purement et simplement la convulsion tant que l'économie en retiendra assez pour agir sur les nerfs moteurs.

Ces remarques n'impliquent pas une condamnation préjudicielle de la médication; elles n'ont d'autre but que d'enlever à celle-ci l'apparence scientifique dont on la couvre généralement, et de lui restituer le caractère empirique qu'elle a en réalité. Moyen empirique ou moyen théorique, il importe peu, si la guérison s'ensuit. C'est ce qu'on verra ultérieurement. Les deux observations de M. Thiercelin nous montrent des accès d'épilepsie devenant moins fréquents pendant l'emploi du curare déposé en nature sur la surface d'un vésicatoire, et reprenant leur fréquence quand le curare vient à manquer. Ces résultats sont assez d'accord avec les vues qui précèdent; ils sont loin encore de promettre une guérison définitive. Mais nous nous hâtons d'ajouter que, dans une affection aussi redoutable, aussi décourageante, ce serait déjà un résultat important que d'allonger notablement les intervalles des accès, et que, conséquemment, de pareilles tentatives méritent d'être poursuivies. Peut-être les doses devraient-elles être élevées : 5 centigrammes par jour, chez des individus de dix-sept et de vingt-trois ans, c'est une faible proportion. Chez un enfant de douze ans, atteint de rage, à qui M. Vulpian fut prié de pratiquer, à l'hôpital des Enfants, des injections hypodermiques d'une solution de curare, la même dose de 5 centigrammes, injectée dans l'espace de quarante minutes, ne produisit aucun effet physiologique appréciable, et les supputations de M. Thiercelin lui-même l'ont amené à fixer approximativement *au-dessous de 40 centigrammes* par jour les doses que peut supporter un animal de 60 kilogrammes, qui est le poids ordinaire d'un homme adulte.

— L'Académie de médecine a entendu deux lectures de candidats à la place vacante dans la section d'accouchements, MM. Mattei et Hatin.

On connaît, et nous avons exposé dans ce journal les idées de M. Mattei sur ce qu'il appelle l'*accouchement physiologique* (*Gazette hebdomad.*, t. II, p. 709). Chez les femmes sauvages, l'accouchement s'accomplit dans des conditions de force et de santé robuste, se termine vite et bien, et n'est presque jamais suivi d'accidents. Ce qui nuit, en cette affaire, aux dames des grandes villes, c'est de n'être pas assez sauvages, et notre confrère a exposé les moyens qu'il emploie avant, pendant et après l'accouchement, pour corriger cette déviation de la nature. Les maîtres en obstétrique décideront de la valeur de ces moyens, dont notre incompétence ne nous laisse apercevoir que l'originalité.

Quant à M. Hatin, il a soulevé une délicate question de pratique, celle de l'*opération césarienne après la mort de la mère*, et demandé à l'Académie d'apporter, sur un sujet qui met aux prises la loi et la conscience médicale, le poids de sa haute autorité. Nous souhaitons, pour notre part, que ce vœu soit exaucé.

— On connaît le peu de gravité des *plaies par arrachement*, du moins en général. M. Larrey en a communiqué tout récemment (10 octobre), un nouvel exemple à la Société de chirurgie. Il s'agit de l'arrachement du doigt indicateur; la troisième phalange était tombée à terre avec le tendon entier du fléchisseur profond. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. M. Songy, médecin-major, désarticula la deuxième phalange laissée à nu, et tailla un lambeau qu'il fixa sur l'extrémité de la gaine tendineuse. La suppuration fut peu abondante et la guérison eut lieu dans l'espace d'un mois.

M. Huguier avait déjà présenté, il y a quelque temps, à la Société plusieurs exemples d'arrachement du doigt; et M. Velpeau a raconté l'histoire d'un enfant entré, il y a dix mois, à l'hôpital de la Charité, pour un arrachement de la première phalange du pouce. Il n'est survenu aucun accident, et la cicatrisation a été assez rapide.

Dans la même séance, M. Chassaignac a montré un sujet qui produit et réduit à volonté la luxation de son cristallin; il existe une paralysie de l'iris. La lentille reste transparente. M. Larrey a rappelé un cas de sa pratique tout à fait semblable au précédent, et dans lequel le cristallin n'est devenu opaque que trois ou quatre ans après la luxation. On sait d'ailleurs que le passage du cristallin d'une chambre dans l'autre se fait quelquefois après la formation complète de la cataracte capsulo-lenticulaire, quand les attaches de la capsu à la zone ciliaire, qui tendent à se relâcher à mesure que l'opacité se forme, viennent à être détruites complétem

---

légitimer de notre part une *intervention* peu susceptible d'effaroucher les cabinets européens.

Ab Jove principium. Notre premier salut sera pour le docteur Charles-Louis Farini, ex-ministre de l'instruction publique, puis de l'intérieur, membre de l'ordre de l'*Annonciade* (à ce titre *cousin* du roi), et présentement *lieutenant général de Sa Majesté Italienne dans les provinces napolitaines.* Farini est un élève du professeur Buffalini, dont il a éloquemment défendu la doctrine dans les congrès scientifiques. Ses travaux ont trait principalement à la médecine légale et à l'hygiène. Ceux qui ont commencé leurs études médicales dans les années qui ont suivi 1830 l'ont pu connaître à Paris, où, compromis dans l'insurrection bolonaise de 1831, il s'était réfugié comme au foyer sympathique de toutes les agitations politiques du moment. Il avait alors vingt et un ans. Attaché plus tard à un membre de la famille napoléonienne, il passa à Florence. Là, le commerce de Buffalini n'absorba pas tous ses instants, ni toutes ses pensées. Il rédigea en 1844 un acte doux dans la forme, mais très ferme dans le fond, demandant au Pape des réformes, et destiné, le cas échéant, à servir de m feste pour un nouveau mouvement dans les Romagnes. La ré blique romaine de 1849 le trouva dans les rangs du parti modér Appartenant à l'administration publique comme directeur d'un conseil de salubrité résidant à Rome, il refusa de prêter serment à la constitution républicaine, et donna sa démission. Dans un écrit qu'il publia à cette époque, la république fut assez maltrait mais en même temps le gouvernement de la restauration n' pas flatté; ce qui lui valut l'exil après la réintégration du pap les armes françaises.

Cet exil lui fut profitable. Il conquit rapidement en Piémont position des plus considérables, et eut successivement, com nous l'avons dit, deux portefeuilles. Dans le conseil, il était un des soutiens les plus chaleureux et les plus utiles de la politique étra gère de M. de Cavour. On sait combien il a contribué, après la paix de Villafranca, à l'incorporation de Parme, Modène et Bologne aux États de Victor-Emmanuel. A Turin, comme ministre de l'intérieur, à Naples comme lieutenant général, dans ses rapports

— Un empoisonnement par les champignons, qui a coûté la vie à cinq officiers de la garnison de Corte, il y a environ un an, a provoqué une mesure des plus utiles. Le *Conseil de santé des armées* a rédigé une instruction destinée à familiariser les militaires avec les caractères distinctifs les plus apparents des champignons comestibles et des champignons vénéneux, ainsi qu'avec les premiers secours à administrer en cas d'empoisonnement. Il faut dire que sur, les six personnes qui avaient mangé des champignons, cinq s'étaient livrées aux remèdes empiriques, et que la seule qui ait suivi un traitement rationnel est la seule aussi qui ait survécu.

Cette instruction vient d'être publiée par le JOURNAL DE PHARMACIE (n° de novembre); elle ne contient rien qui ne soit du domaine ordinaire de la science et de la pratique; destinée à toutes les classes de l'armée, elle devait être et elle est d'une intelligence facile. Nous remarquons que le tannin y est indiqué comme contre-poison de la substance toxique. Nous doutons que cette assertion, empruntée à M. Chanserel, ait reçu la consécration définitive de l'expérience; mais ce n'est pas le cas de *s'abstenir dans le doute*, et une instruction est tenue d'être précise et affirmative.

— Un de nos collaborateurs, M. Fritz, a rassemblé dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1859, p. 264, 294, 344, 374) un grand nombre de cas de glycosurie consécutive à des affections cérébrales. Le rapport entre la lésion du centre nerveux et l'affection des reins est incontestable; mais à lire certaines observations destinées à mettre ce rapport en lumière, il nous paraît bien qu'on en exagère singulièrement la fréquence. Nous n'oserions encore accueillir sans réserve le fait rapporté dans un des derniers numéros du DUBLIN MEDICAL PRESS, par le docteur Parkes. Un individu meurt d'une hémorrhagie dans le quatrième ventricule. A l'autopsie, on recueille son urine; on la traite par la potasse et la solution cuivrée, et l'on constate qu'elle brunit. Admettons que l'expérience ait été décisive. Le sujet n'était-il pas diabétique avant d'être frappé d'apoplexie? Il était, dit l'observation, *connu pour être exempt de diabète*. Mais on l'avait apporté à l'hôpital sans connaissance, et il est mort sans revenir à lui. Ce qu'on croit savoir de ses antécédents, on le tient, sans doute, de quelque parent, et l'on conviendra que ce n'est pas là une source suffisante d'informations. Toutefois, nous avons cru devoir signaler cette observation, parce que, si elle avait la signification qui lui est attribuée, elle aurait dans l'espèce une haute importance.

A. DECHAMBRE.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR DES CRISTAUX PARTICULIERS TROUVÉS DANS LE SANG ET DANS CERTAINS VISCÈRES D'UN SUJET LEUCÉMIQUE, ET SUR D'AUTRES FAITS NÉCROSCOPIQUES OBSERVÉS SUR LE MÊME SUJET, par MM. CHARCOT et VULPIAN.

L'étude de la leucocythémie a été poursuivie avec ardeur depuis l'année 1845, date des premières publications de H. Bennett et de Virchow sur ce sujet. Les observations se sont multipliées; on a pénétré de plus en plus dans la connaissance de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique de cette maladie, l'une des plus intéressantes du cadre nosologique, et déjà l'une de celles qui ont été le plus sérieusement travaillées. Toutefois, quels que soient les résultats obtenus jusqu'ici, cet état morbide si complexe est assurément loin d'être connu à fond; et il est certain qu'en creusant encore le champ de l'observation, on arrivera, soit à découvrir des faits nouveaux, soit à recueillir des notions plus précises et plus complètes sur des faits déjà signalés. Aucun détail ne doit être négligé : telle particularité qui paraît aujourd'hui de mince valeur deviendra peut-être précieuse plus tard si l'on reconnaît son existence constante, ou si l'on démêle sa signification, en trouvant le lien qui la rattache à quelque autre point de l'histoire de la maladie. Dans la conviction où nous sommes que les faits de détail ont toujours leur importance, nous publions l'observation suivante. Il s'agit d'un cas de leucocythémie, cas dans lequel nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur l'histoire de la maladie. La nécropsie et l'examen microscopique nous ont présenté quelques faits intéressants, entre lesquels nous devons surtout mentionner la présence d'une très grande quantité de cristaux particuliers dans le sang, cristaux dont nous donnons les principaux caractères chimiques, et dont nous reproduisons ici les formes (voyez la figure intercalée dans l'observation).

OBS. — *Nécroscopie d'un sujet leucémique. — Cristaux particuliers dans le sang et dans certains viscères. — Nombre considérable de globules rouges plus petits que dans l'état normal, etc.* — La nommée Laure Weiss, âgée de cinquante-huit ans, coloriste, est amenée, le 20 septembre 1860, à l'hôpital de la Pitié, dans un état très grave, et succombe quelques heures après son entrée, salle Sainte-Marthe, n° 33. — *Nécroscopie* : le *foie* présente un volume énorme (36 centimètres sur 40); son tissu est friable, d'une couleur toute particulière qui rappelle celle du chocolat; la *rate* aussi est très volumineuse (diamètre longitudinal 28 centimètres, diamètre transversal 19; épaisseur 10 centimètres environ); son tissu est résistant, de couleur acajou. — Le tronc de la *veine porte*, *les mésaraïques*, *les spléniques*, tous les vaisseaux du système porte, en un mot, sont énormément distendus par du sang à demi coagulé, présentant une couleur chocolat clair très remarquable. Çà et là on rencontre dans les veines spléniques des caillots tout à fait

---

ou dans ses manifestes, il a constamment défendu, avec la cause de l'unité italienne, celle des traditions locales et de la décentralisation administrative. Farini n'est rien moins que ce qu'on appelle un agitateur. C'est un homme très dévoué à certains principes, très résolu à les faire prévaloir, déployant dans ce but beaucoup d'activité et d'intelligence, mais exempt de passion révolutionnaire; et il en donne la preuve en ce moment même à Naples, en bridant avec énergie les partis extrêmes.

Il y a quelques semaines, quand les graves événements du jour réunissaient les Chambres à Turin, et que le cabinet Cavour était menacé d'une opposition, un membre du parlement était l'objet d'une attention particulière. Quelle attitude prendrait BERTANI, l'ami et le confident de Garibaldi, tête chaude, cœur fidèle et résolu, un de ces visages pâles que redoutait César? Bertani se montra le plus sage, le plus conciliant des unitaires; il déposa ses rancunes, comme on le disait en France il y a soixante et dix ans, *sur l'autel de la patrie.* Qu'est-ce donc que ce député si populaire? C'est notre confrère et collègue, le rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE LOMBARDIE et de la GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES, le créateur, si nous ne nous trompons, de cette sorte de fédéralisme qui unit les journaux de médecine de la péninsule. Nous avons vu de lui, dans les deux publications que nous venons de citer, des articles importants sur l'orthopédie, et une attrayante relation médicale de la campagne de Rome, où il avait figuré en héros. Bertani est de Milan. Il s'y est montré admirable pendant les cinq journées de 1848, tantôt tribun, tantôt soldat, maniant alternativement l'épée sur les barricades et le bistouri dans les ambulances. C'est lui qui a arraché au gouverneur O'Donnel le désarmement de la police et la formation d'une garde nationale. Après la bataille, ses compatriotes le mirent à la tête d'un hôpital militaire, qu'il improvisa merveilleusement et ouvrit, en moins de quinze jours, à plus de mille blessés. Même ardeur, même dévouement pendant le siége de Rome, où plusieurs de nos compatriotes ont reçu ses soins à côté de blessés italiens, dans un des grands hôpitaux de la ville. Exilé de Milan, comme on le devine, il vint s'établir à Gênes, où il s'attira promptement une très nom-

blancs et décolorés. — Les *reins*, assez volumineux, ne paraissent point altérés. — Les *ganglions lymphatiques*, examinés en plusieurs points, et principalement dans le mésentère, ont pour la plupart leur volume normal; quelques-uns cependant ont acquis le volume d'une petite noisette. — *Poumons*, tout à fait sains. — *Cœur*, volumineux; ses parois musculaires, épaissies, sont flasques et décolorées; il n'y a pas d'altérations valvulaires; les ventricules, droit et gauche, sont fortement distendus par une certaine quantité de sang à demi coagulé et présentant la coloration chocolat dont il a été parlé plus haut. — Deux épanchements de sang, présentant les mêmes caractères, existent, l'un dans l'épaisseur de la mamelle droite, l'autre sous la peau de l'épaule gauche, au voisinage de l'insertion inférieure du deltoïde. — Bien que l'autopsie ait été commencée plus de vingt-quatre heures après la mort, le cadavre est encore chaud: la température paraît élevée, surtout au moment où la main est introduite dans l'abdomen pour pratiquer l'extirpation des viscères.

Examen microscopique. — On a examiné le sang et les viscères le jour même de l'autopsie, vers deux heures de l'après-midi (l'autopsie avait été faite à dix heures). L'examen a été renouvelé les jours suivants, et l'on est arrivé de la sorte aux résultats que nous allons exposer. Nous nous occuperons d'abord du sang, puis nous dirons quelques mots du foie, de la rate et des reins.

SANG. — Le sang, le jour même de l'autopsie, contenait déjà quelques vibrions. Depuis ce jour, il a été conservé dans des tubes non hermétiquement bouchés, et le nombre des vibrions ne s'est pas accru; et même on n'en trouve plus au bout de six semaines. Le sang était en caillots dans le fond de ces tubes. Ces caillots n'ont exsudé aucune trace de sérum; il ne s'est liquéfié que quinze jours au moins après la nécropsie; enfin il n'a exhalé une odeur de putréfaction qu'au bout de plusieurs jours. Dans quelque endroit qu'il ait été pris (nous avons examiné le sang du cœur droit, celui du cœur gauche, et celui de la veine splénique), le sang contenait une grande proportion de globules blancs, proportion difficile à apprécier, mais qu'on peut évaluer approximativement à la moitié de la somme totale des globules, rouges ou blancs. Il nous a semblé que cette proportion était plus considérable dans le sang de la veine splénique, mais nous n'oserions l'affirmer, en l'absence de preuve par numération, la différence n'étant pas très grande.

Nous avons à considérer dans le sang: 1° les globules rouges; 2° les globules blancs; 3° les autres éléments visibles au microscope.

1° GLOBULES ROUGES. — Le fait saillant, relativement à ces globules, c'est l'inégalité de leurs dimensions. Un grand nombre de globules rouges (*un tiers* environ, et cette proportion n'a rien d'exagéré) n'ont pas le diamètre normal. On trouve des globules qui ont 5 millièmes de millimètre de diamètre, d'autres $0^{mm},004$, $0^{mm},003$; enfin certains globules n'ont pas plus de $0^{mm},002$, et ils ne sont pas très rares, car il y en a un ou plusieurs dans chaque champ du microscope (450 diamètres). Les plus petits de ces globules offrent une forme sphéroïdale; ceux qui sont intermédiaires entre les plus petits et les normaux, présentent çà et là la forme discoïde.

Tous les globules rouges se sont assez bien conservés avec leurs caractères pendant trois ou quatre jours.

2° GLOBULES BLANCS OU INCOLORES (leucocytes). — Ces éléments sont de deux sortes: les uns offrent immédiatement un noyau, les autres n'en présentent pas avant l'emploi des réactifs, ou même après avoir été soumis à leur influence. Les premiers, cellules véritables complétement développées, sont beaucoup plus nombreux que les seconds.

a. Globules blancs à noyau. — Ces globules ont des dimensions peu variées et généralement assez grandes: la plupart ont de $0^{mm},012$ à $0^{mm},014$ de diamètre; quelques-uns ont un diamètre un peu moins considérable; d'autres un diamètre un peu plus grand. Le noyau, qui est unique, a en moyenne un diamètre de $0^{mm},006$. Il n'est pas toujours arrondi; il est souvent légèrement excentrique; il est parfois un peu irrégulier, ou peut encore offrir l'apparence réniforme. Il est parsemé, à l'intérieur, de granulations fines, dont quelques-unes sont un peu plus grosses que les autres; mais, en général, il n'y a pas de nucléole bien reconnaissable. La cellule, qui n'est pas non plus toujours régulièrement arrondie, contient aussi des granulations fines et assez nombreuses.

L'acide acétique et l'acide lactique font pâlir les cellules, en rendant leurs noyaux encore plus apparents, et en les contractant un peu. Les granulations des noyaux paraissent devenir aussi plus accentuées.

b. Globules blancs sans noyau immédiatement visible. — Les globulins sont extrêmement rares; les autres globules sans noyau ont des dimensions qui se rapprochent de celles des vraies cellules précédemment décrites. Ils contiennent aussi de nombreuses granulations.

Quelques-uns de ces globules sont remplis de granulations assez grosses, très nombreuses, à bord réfringent, lesquelles ne se dissolvent pas dans l'acide acétique. Ce sont des éléments passés à l'état gras, en voie de destruction.

Tous ces globules ne sont pas modifiés de la même façon par l'acide acétique (l'acide lactique produit le même effet que l'acide acétique). Dans les uns apparaissent un, plus souvent deux ou trois petits noyaux généralement rassemblés en groupe, et offrant toutes les dispositions notées dans les globules blancs normaux soumis à cette réaction. D'autres globules ne font que pâlir, sans qu'aucun noyau se montre. Il en est quelques-uns, rares, dans lesquels on aperçoit alors un noyau assez grand, mais presque aussi effacé que le globule lui-même.

Quelques globules blancs, montrant les principales variétés qu'on remarque avant toute réaction, sont représentés dans la fig. I, *a*. Les globules blancs étaient encore visibles dans le sang conservé, au bout d'un mois. Quinze jours plus tard, on en voyait encore un certain nombre.

3° AUTRES ÉLÉMENTS VISIBLES DANS LE SANG. — Outre les globules, soit rouges, soit blancs, on aperçoit dans le sang une très grande quantité de petites granulations amorphes, formant quelquefois, par leur réunion autour des groupes des globules blancs, des amas comme cendrés et plus ou moins larges.

Cristaux. — Lors du premier examen qui a été fait le jour de l'autopsie, on n'avait pas remarqué ces cristaux, soit qu'ils n'existassent pas à ce moment, soit qu'ils fussent très peu nombreux. Le lendemain, on en voyait quelques-uns dans chaque préparation; mais leur nombre a été en augmentant les jours suivants, de telle sorte que le 25, on en trouvait au moins quarante à cinquante dans chaque préparation, et ils sont devenus encore plus nombreux dans la suite.

Ces cristaux sont incolores ou très légèrement colorés par le reflet des globules rouges; ils paraissent, au premier coup d'œil, être constitués par des tables losangiques; mais un examen plus attentif démontre bientôt que ce sont des octaèdres très allongés, à formes très régulières et assez uniformes (1). Ils ont d'ailleurs des dimensions variées. Les grands cristaux ont $0^{mm},04$ de longueur et $0^{mm},006$ à $0^{mm},008$ de largeur au niveau de la base; d'autres ont $0^{mm},026$ de longueur et $0^{mm},006$ de

(1) La forme octaédrique devient évidente quand on fait tourner ces cristaux sur leur axe en établissant un courant dans le liquide de la préparation.

breuse clientèle: c'est là qu'il entra dans le journalisme médical.

Pendant la guerre d'Italie, Bertani eut la direction du service médical dans la légion de Garibaldi, qu'il alla rejoindre sur la frontière Lombarde. Là encore, grâce à sa remarquable activité et à l'autorité qu'il sut se maintenir, il organisa, tambour battant et pendant la marche, un service d'ambulance dont s'honorerait toute troupe régulière. Un jour, ses infirmiers, avec leur bagage, passaient devant un corps de l'armée française. La bizarrerie de leur accoutrement amusa nos soldats; mais quand on vit défiler cette riche collection de brancards et de cacolets portés sur des mulets magnifiques, ce fut une exclamation de surprise et un concert de louanges. Chose remarquable, après tant de combats sanglants, après les marches et contre-marches qui ont valu à la légion de Garibaldi le nom de *cavalerie à pied*, le matériel est rentré *en entier* dans les magasins de l'État, et même grossi par la prise de quelques ambulances autrichiennes. En récompense de ces services, Bertani a reçu la croix de Savoie, une des distinctions militaires les plus ambitionnées. Rentré dans ses foyers, il a publié dans IL POLITECHNICO une histoire médicale de la campagne d'Italie, histoire que nous n'avons pas lue, mais dont nous avons entendu dire qu'elle est remarquable de savoir et de verve.

Lorsque Garibaldi entreprit l'expédition de Sicile, il ne put se passer des soins de son cher Bertani; mais cette fois, au lieu de lui confier les blessés, il le chargea d'une mission plus délicate et plus importante encore, celle de centraliser les fonds de la souscription populaire, qui montèrent à plus de 20 millions; de recruter, habiller et expédier les réserves. Voilà donc la maison de notre confrère, à Gênes, transformée en un petit ministère, où travaillaient constamment sept secrétaires et une dizaine de com missions, et d'où partirent, en moins de quatre mois, 2,400 volontaires. Après le dictateur, et en dehors du ministère, Bertani est assurément l'homme qui a le plus fait pour la révolution italienne. Sa liaison intime, sa parfaite entente avec le général, l'ont mêlé nécessairement aux tiraillements politiques qui ont eu lieu entre Turin et Naples; on lui a reproché d'avoir inspiré ou signé certains décrets; mais personne n'a jamais mis en doute la parfaite

largeur; d'autres ont 0mm,02 de longueur; il en est qui sont plus petits encore; on trouve d'ailleurs toutes les dimensions intermédiaires. Nous donnons (fig. 1, *a*) la reproduction de plusieurs de ces cristaux, faite à la chambre claire. Ils sont représentés ainsi avec un grossissement d'environ 450 diamètres. On voit, du reste, dans cette figure le rapport de leurs dimensions avec celles des globules blancs.

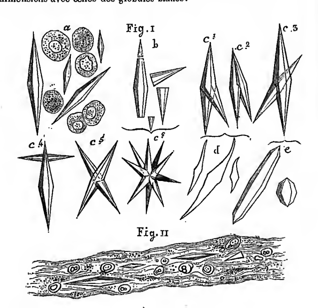


Fig. 1. — *Cristaux octaédriques trouvés dans le sang d'un sujet leucémique.*

a. Cristaux et globules blancs représentés à l'aide de la chambre claire, avec un grossissement de 450 diamètres.

b. Cristaux rompus : modes de rupture les plus ordinaires.

c^1, c^2, c^3, c^4, c^5, c^6. Cristaux groupés.

d. Cristaux modifiés par l'acide azotique.

e. Cristaux représentés, soit au moment où la chaleur commence à les dissoudre, soit au moment où ils se reforment après leur dissolution.

Fig. 2. — *Concrétion fibrineuse expectorée par un sujet non leucémique, et dans laquelle on a trouvé des leucocytes et des cristaux analogues aux précédents.*

Ces cristaux, quoique assez résistants, paraissent avoir cependant une certaine fragilité. Il arrive parfois qu'un des sommets ou que les deux sommets se séparent du reste du cristal; d'autres cristaux se brisent au niveau de leur base et forment deux pyramides (fig. 1, *b*). La rupture des cristaux se fait aussi, mais rarement, avec une plus grande irrégularité. Le plus grand nombre des cristaux, presque tous, sont intacts dans chaque préparation.

La très grande majorité des cristaux sont isolés, distincts les uns des autres. Il est rare de les voir unis, groupés. Lorsque cette union existe, le plus souvent elle n'a associé que deux cristaux. Les groupes que nous avons rencontrés le plus ordinairement sont ceux qui sont représentés fig. I, c^1, c^2, c^3, c^4, c^5. Ce n'est que très exceptionnellement que nous avons vu des groupes de plus de deux cristaux; ils tendent alors à se réunir autour d'un centre, d'où partent des demi-cristaux en rayonnant dans tous les sens (c^6).

Ces cristaux sont insolubles dans l'eau, à froid; ils se dissolvent au contraire facilement et rapidement dans l'eau chaude, vers 60° à 70° centigrades; ils se dissolvent aussi à cette température dans le sang qui les contient, et si on les a fait ainsi dissoudre en exposant à une chaleur convenable du sang disposé entre deux lames de verre pour l'examen microscopique, ils se reforment ensuite plus ou moins complétement au bout de plusieurs heures, et présentent alors les formes indiquées dans la fig. I, e. A une température inférieure à 60°, et égale à celle du sang vivant, c'est-à-dire à 38°, 40° centigrades, ces cristaux se dissolvent encore, mais lentement.

Ils sont insolubles dans l'alcool froid ou bouillant (on les a retrouvés après un séjour du sang dans l'alcool pendant quinze jours), et pareillement insolubles dans l'éther sulfurique, dans le chloroforme, dans la glycérine, dans les solutions aqueuses ou alcooliques d'iode.

Ils sont solubles dans les acides acétique, tartrique, lactique, sulfurique, chlorhydrique; ils se dissolvent rapidement et sans qu'il se produise la moindre bulle de gaz.

Ils sont solubles dans la potasse, la soude et l'ammoniaque.

L'acide chromique ne les dissout pas; l'acide azotique concentré ou étendu d'eau ne les dissout pas non plus. Ce dernier fait nous a été indiqué par M. le docteur Vidal, qui a examiné aussi ce sang. Nous l'avons vérifié immédiatement. Nous avons vu que cette résistance aux acides chromique et azotique est considérable. Les cristaux se retrouvent encore dans du sang mêlé à de l'acide azotique et laissé en contact avec cet acide pendant plus de quinze jours. Les cristaux sont toutefois modifiés d'une façon certaine par ces acides; ils deviennent immédiatement et complétement insolubles, soit par l'acide acétique, soit par la soude, la potasse ou l'ammoniaque (1); ces derniers réactifs leur donnent une teinte jaunâtre. Ceux qui ont subi l'action de l'acide azotique sont ramollis; les arêtes semblent devenir mousses, elles sont moins droites, et les sommets plus ou moins infléchis, suivant des lignes courbes; témoignent de la diminution de consistance des cristaux (fig. 1, *d*). L'acide azotique bouillant détruit le sang et les cristaux qui y sont contenus.

Les cristaux sont également nombreux dans le sang des divers points dans lesquels nous l'avons examiné.

Six semaines après la nécropsie, le sang est devenu liquide, brunâtre; on n'y reconnaît plus, comme éléments distincts, que des globules blancs, une quantité considérable de concrétions de petites dimensions, brunâtres, jaunâtres, formées probablement aux dépens de la matière colorante du sang, et enfin des cristaux. Parmi les globules blancs, les uns sont demeurés transparents, incolores, ou à peu près, tandis que les autres, très granuleux, sont colorés plus ou moins fortement en jaune brun. Les cristaux sont toujours très nombreux, une centaine, au moins, dans chaque préparation, et ils ne sont pas altérés. Outre les cristaux octaédriques, il y a quelques gros cristaux de formes peu régulières, probablement constitués par du carbonate de chaux.

Foie. — Dès le jour de l'autopsie, nous avons vu des cristaux octaédriques dans le foie, et nous les avons montrés ce jour-là même à la

(1) Les cristaux qui ont subi l'action de l'alcool froid se dissolvent encore dans l'acide acétique et dans la soude; mais ils deviennent insolubles dans ces réactifs lorsqu'ils ont été dans l'alcool bouillant.

---

sincérité de ses opinions et l'intelligence supérieure qu'il a mise à leur service.

Nous continuerons cette revue.

Dr ALIQUIS.

— Nous avons reçu de notre honoré confrère, M. le docteur Fano, au sujet du cas de *mort par le chloroforme* mentionné dans notre dernier numéro (p. 745), une communication que nous publierons vendredi prochain.

— On lit dans le *Courrier de Lyon :*

« Une lettre de Marseille annonce qu'il est question de mettre avant peu à exécution une mesure que réclamaient depuis longtemps les défenseurs de la santé publique en France et à l'étranger. Un congrès sanitaire se réunirait à Lyon. Chacune des principales villes de France et des villes méditerranéennes y serait représentée par un de ses édiles appartenant autant que possible à la classe des médecins. La Grèce et l'île de Malte auraient leurs mandataires dans cette assemblée. Deux ou trois villes du Nord ont déjà envoyé à Marseille un de leurs délégués, qui, réunis à ceux choisis par la cité phocéenne, doivent se rendre incessamment à Lyon pour arrêter et jeter, de concert avec ceux de nos compatriotes élus à cet effet, les bases de ce congrès. »

— On nous annonce la fondation de deux nouveaux journaux de médecine mentale, qui doivent paraître le 1er janvier. L'un aurait pour rédacteur principal M. Baillarger, et l'autre M. Delasiauve.

— M. Toucherier, chirurgien de la marine de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Dumontpallier vient d'être nommé chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Trousseau).

— M. le docteur Mallez commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le mercredi 28 novembre, à onze heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Société de biologie. Les cellules hépatiques étaient ramollies et se brisaient facilement ; elles contenaient des globules graisseux en plus grand nombre que dans l'état normal ; elles renfermaient en outre une quantité considérable de matière finement granuleuse, amorphe, pareille à celle que nous avons constatée dans le sang. Cette matière, qui se voyait aussi à l'état libre, dans le liquide ambiant, peut-être par suite de la rupture des cellules, donnait aux préparations du foie une certaine analogie avec celles d'un foie cireux.

Rate. — On y observait beaucoup moins de cristaux que dans le foie. Il y avait un très grand nombre d'éléments fusiformes, et l'on y trouvait la même matière granuleuse que dans le foie. Nombreux grains blancs, visibles à l'œil nu, et ayant même un certain volume (corpuscules de Malpighi?), adhérents au reste du tissu. Très nombreux éléments miscroscopiques analogues aux globules blancs du sang.

Reins. — Tissu très mou, tubuli bien conservés, épithélium non graisseux, mais peu transparent, à cause de la matière granuleuse qui remplit les cellules, et qui paraît aussi très abondante dans la cavité des tubuli. On n'a point rencontré de cristaux dans les reins, le jour de l'autopsie.

La nécropsie dont nous venons d'exposer les résultats présente deux particularités principales qui nous paraissent avoir un certain intérêt : l'une est relative à l'état des globules rouges, et l'autre à la présence dans le sang de cristaux nombreux et formés, selon toute apparence, d'une matière particulière et non encore déterminée.

Les globules rouges, comme on l'a vu, étaient loin d'avoir tous les dimensions normales. Un grand nombre (un bon tiers) d'entre eux étaient très petits. Cette circonstance doit être prise en considération. Bien que, dans l'état physiologique, on observe des variétés fréquentes dans la largeur des globules, cependant le nombre des globules d'un diamètre inférieur au diamètre normal est assez restreint. Quelle conséquence pourrait avoir cette réduction du volume des globules rouges? Il n'est guère possible de s'en faire une idée exacte, car l'état du sang dans la leucémie, l'abondance des globules blancs, la diminution du nombre et de la dimension des globules rouges, les modifications chimiques qu'a dû subir le liquide nutritif, constituent une viciation complexe dont les effets sont nécessairement complexes aussi, et au milieu desquels il est difficile de fixer le rôle qu'a pu jouer chaque altération particulière. Nous nous contenterons donc de faire remarquer que la réduction du volume des globules rouges, alors que les dimensions des globules blancs sont généralement accrues, s'accorde peu avec l'hypothèse qui voudrait faire provenir les premiers des seconds.

Les cristaux que nous avons trouvés dans le sang nous paraissent formés par une substance organique. Les réactions que nous avons indiquées n'appartiennent pas aux substances minérales cristallisables qu'on pourrait rencontrer dans le sang. Nous avons consulté un assez grand nombre de figures publiées par divers auteurs, et relatives aux cristaux du sang, et nous n'y avons pas rencontré des formes semblables à celles des cristaux que nous avons observés. Un seul cristal au milieu d'une des figures de Funke (*Atlas der physiolog. Chemie*, t. IX, fig. 5, Leipsick, 1858) présente une certaine analogie avec les nôtres, et encore ce n'est qu'une analogie assez vague. La matière organique qui constitue ces cristaux semble donc n'avoir pas encore été signalée dans le sang, du moins en dehors des conditions dans lesquelles nous les avons constatés. Cette restriction est tout à fait nécessaire, car nous n'hésitons pas à rapporter à cette même substance, et à rapprocher par conséquent des cristaux du sang de notre leucémique, ceux qui ont été vus dans le sang d'un autre sujet mort de la même maladie par l'un de nous et par M. Ch. Robin (*Société de biologie*, comptes rendus, 1853, Observation de leucocythémie, par MM. Charcot et Robin, p. 45). « On rencontrait dans le sang du ventricule droit, » mêlés aux globules blancs, une grande quantité de cristaux losan» giques fort réguliers, légèrement colorés en rouge jaunâtre. Ces » mêmes cristaux étaient extrêmement abondants dans le tissu de » la rate, où ils formaient des amas considérables, bien que visibles » seulement au microscope. » (*Loc. cit.*, p. 49.) Il n'est pas douteux que ces cristaux losangiques soient les mêmes que les cristaux octaédriques que nous avons décrits. Nous avons, en effet, cru aussi que ces derniers cristaux étaient losangiques, illusion bientôt dissipée par un examen plus attentif.

Ainsi ces cristaux ont été trouvés dans deux cas de leucocythémie, et cette circonstance leur donne une importance plus grande que s'il s'agissait d'une observation isolée, exceptionnelle. On peut supposer qu'on les aurait rencontrés dans un plus grand nombre de cas si l'examen microscopique du sang et des viscères avait été fait plusieurs heures après la nécropsie, et, à plus forte raison, au bout de vingt-quatre heures. La substance qui forme ces cristaux est, en effet, en dissolution dans le sang, et elle paraît demander un temps assez long pour passer à l'état de cristaux.

Il est clair que si ces cristaux sont rencontrés dorénavant dans tous les cas de leucocythémie, ils devront prendre place aux premiers rangs parmi les altérations caractéristiques de cette maladie, car ils seront l'indice inconnu jusqu'ici, et le plus certain, de l'altération chimique des humeurs.

Dans l'observation citée plus haut (Charcot et Robin), les cristaux étaient surtout en grande abondance dans la rate; dans l'observation actuelle, c'est le foie qui en a offert le plus grand nombre; on ne peut donc pas, dès à présent, indiquer un de ces viscères comme le foyer de formation de la substance organique qui constitue ces cristaux. Quoi qu'il en soit, le nombre de ces cristaux dans le sang et dans les viscères indique que cette substance était en très notable quantité dans l'économie entière des sujets chez lesquels on en a constaté la présence.

Mais ces cristaux devront-ils être considérés comme propres exclusivement au sang des sujets leucémiques? L'un de nous a eu l'occasion d'observer, en 1856, des cristaux probablement semblables dans des concrétions fibrineuses expectorées dans un cas de catarrhe sec, avec emphysème, par un sujet de vingt ans. La figure 2 représente une partie d'une de ces concrétions, avec les cristaux qui y sont emprisonnés. Leur solubilité dans l'acide acétique, sans dégagement de bulles de gaz (on n'a pas essayé d'autres réactions), et surtout leurs formes, permettent de croire qu'ils étaient très analogues, sinon semblables, à ceux que nous venons de décrire.

III

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Exanthèmes cutanés dans le rhumatisme et la goutte.

Monsieur le Rédacteur,

En parlant dernièrement d'un bulletin de la Société médicale des hôpitaux, vous avez rapporté un dissentiment qui s'est élevé entre MM. Legroux et Germain Sée, au sujet de la corrélation existant entre certaines affections de la peau, la goutte et le rhumatisme. Je pense que cette question est jugée; trop d'habiles observateurs ont démontré cette coïncidence pour qu'on puisse raisonnablement la mettre encore en doute. J'ai l'honneur de vous adresser à ce sujet l'observation suivante :

Claude Baubé, maître charpentier à Varenne-sur-Allier, âgé de soixante et un ans, d'un tempérament bilieux sanguin, est issu d'un père habituellement bien portant et d'une mère dispeptique; ses grand-père et grand'mère n'offraient rien de particulier, à ce qu'il dit, dans leur état de santé. Depuis une vingtaine d'années, Baubé est atteint tous les ans d'une phlegmasie exanthématique précédée de pesanteur de tête, d'un malaise général et caractérisé par de petits boutons rouges, confluents, surtout à la surface externe des bras, à la poitrine, au bas de la partie postérieure du tronc et aux jambes; quelques-uns sont acuminés, vésiculeux; ils excitent une assez vive démangeaison qui oblige le malade à se gratter et finissent par tomber en écailles furfuracées. Cette éruption dure ordinairement du mois de mai au mois d'octobre. Il y a quatre ans, Baubé fut atteint d'un rhumatisme mus-

culaire des extrémités inférieures que l'on combattit avec succès par les eaux de Bourbon-l'Archambault; enfin, depuis quelques années (et c'est à cause de cette circonstance que j'ai l'honneur de vous communiquer cette observation), Baubé branle extrêmement la tête; mais, au retour des chaleurs, et dès que l'éruption cutanée apparaît, immédiatement sa tête devient ferme, pour recommencer à branler quand le froid revient et que l'affection de la peau disparaît; en sorte que ces deux états se succèdent tour à tour et alternent de la manière la plus exacte.

Ce fait, qui vient à l'appui de l'opinion de M. Legroux et de ses nombreux partisans, ouvre encore un champ plus étendu à leurs vues sur ce point, en montrant qu'il y a très souvent une liaison évidente, une communauté d'origine incontestable, non-seulement entre diverses dermatoses, la goutte et le rhumatisme, mais encore avec d'autres affections qui, par leur caractère, sembleraient en être profondément séparées. Et comment penser qu'il en puisse être autrement quand on songe aux sympathies si multipliées de la peau avec l'organisme; comment une forte atteinte portée à sa sensibilité, à son état physiologique pourrait-elle, dans certaines conditions, ne pas retentir sur d'autres organes, comme aussi le trouble de ces organes ne pas se réfléchir sur la peau?

Agréez, etc. Dr Choussy.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Anatomie comparée. — *Des modifications dans la conformation du cœur chez les oiseaux*, par M. *Émile Blanchard*. — L'auteur résume son travail dans les termes suivants : « Le cœur, dans les divers types de la classe des oiseaux, à l'exception des autruches, est toujours conformé sur le même plan, ainsi qu'on l'a dit; mais, ce que l'on n'a pas dit, avec des modifications suivant les types : modifications en rapport avec la nature de la locomotion comme avec l'étendue des réservoirs aériens. Nous nous sommes assuré, par l'examen des parties, que les contractions du ventricule gauche chassant le fluide nourricier dans tout le système artériel atteignent leur plus grande force chez les oiseaux d'un vol puissant; que chez ces mêmes oiseaux la quantité de sang veineux que peut recevoir le cœur est plus considérable que dans les autres types, comme cela est démontré par la capacité du ventricule droit, et que c'est encore chez ces oiseaux que le sang est poussé avec le plus d'énergie dans l'artère pulmonaire, cela étant rendu évident par la conformation de la valvule auriculo-ventriculaire. »

Anatomie. — M. *Milne Edwards* présente une note de M. le professeur Moleschott (de Zurich) *Sur la structure des follicules pileux du cuir chevelu de l'homme*, et des préparations anatomiques qui, examinées au microscope, montrent la plupart des dispositions organiques indiquées par l'auteur. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Cl. Bernard et de Quatrefages.)

Médecine. — *Note sur l'emploi du curare dans le traitement des névroses convulsives, et en particulier dans celui de l'épilepsie*, par M. le docteur *L. Thiercelin*. — Des deux malades que M. Thiercelin a soumis à l'usage du curare, l'un, jeune homme de vingt-trois ans, affecté d'une épilepsie congénitale héréditaire, a passé quatre ans à l'hospice de Charenton. Considéré comme incurable, il avait cessé de recevoir des soins médicaux depuis environ deux ans. Ses accès variaient entre quinze et vingt par mois, dont partie n'étaient que des vertiges, et les autres, en plus grand nombre, de *haut mal*. L'autre, jeune fille de dix-sept ans, est épileptique depuis huit ans. Les accès, à l'état de vertiges pendant un an, ont ensuite pris le caractère du *haut mal*, mais seulement nocturne pendant deux ans. Depuis cinq ans, ces accès venaient le jour et la nuit, et étaient caractérisés par des convulsions violentes, les cris aigus, le râle guttural, l'écume à la bouche, etc., etc. Leur nombre est de vingt-huit à vingt-neuf par mois depuis un an. Cette jeune fille a été confiée pendant trois ans à un médecin spécialiste, célèbre à juste titre.

Sous l'influence du curare administré à doses variant entre 3 et 5 centigrammes par jour, au moyen d'un vésicatoire en pleine suppuration, l'auteur a vu, dans l'espace de deux mois (décembre et janvier derniers), les accès diminuer, de manière que chez l'un il n'en a compté que cinq au lieu de quinze ou vingt, et chez l'autre huit, au lieu de vingt-huit ou vingt-neuf dans le dernier mois. La gravité des convulsions s'est amendée aussi d'une manière très notable, et l'état général s'est très sensiblement amélioré. M. Thiercelin fait observer que, tout en employant le curare, il n'avait pas cessé pour cela le traitement prescrit précédemment, et qui se composait surtout de valériane, d'aliments froids, etc.

Au bout du deuxième mois, le curare étant venu à manquer, les accès revinrent dans le mois suivant (février) à leur ancienne fréquence ou à peu près, à savoir : quinze par mois pour l'un, et pour l'autre vingt-quatre.

Il y a un mois environ, ajoute l'auteur, j'obtins de l'obligeance de M. Mialhe un nouvel échantillon de 1gr,50 de curare. J'en recommençai l'administration chez la jeune fille seulement, l'exiguïté de ma provision ne me permettant pas de mener mes deux traitements de front.

Dans l'espace de dix jours, ma jeune malade reçut sur un vésicatoire du bras 50 centigrammes, soit 5 centigrammes par jour en une seule dose. Pendant ces dix jours, trois crises seulement, revenant la nuit, et avec peu de convulsions. Amélioration manifeste. Le onzième jour, le médicament manque, il survient trois accès dans la nuit suivante. Les convulsions ont repris une certaine intensité. Le douzième jour, je remets aux parents un gramme du médicament divisé en quatorze paquets, et devant être administré en quatorze jours. Chaque paquet devait suffire à trois pansements. Hier dimanche, le deuxième paquet a été employé, et pendant ces douze derniers jours nous n'avons eu à constater que deux accès nocturnes d'une durée au-dessous de la moyenne et de peu d'intensité. Je touche encore à la fin de ma dernière provision. Demain mon dernier paquet sera administré; et j'ai tout lieu de craindre que désormais, l'administration du médicament cessant, les accidents vont reparaître et reprendre leur intensité passée. (*Comm.* : MM. Flourens, Velpeau, Pelouze, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

Chirurgie. — M. *Guillon* prie l'Académie de vouloir bien charger une commission de constater l'état d'un malade sur lequel il se propose de faire une application de son brise-pierre à levier. Il s'agit, dit M. Guillon, d'un de ces cas peu fréquents de calculs développés dans une cellule située entre la vessie et le pubis, cas dont le diagnostic a été déclaré par plusieurs auteurs être impossible par les moyens ordinaires.

MM. Cloquet et Jobert (de Lamballe) sont désignés à cet effet.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département du Jura. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Grosgurin* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné récemment dans la commune de Montcusel (Jura). (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Foucart*, médecin-inspecteur, sur le service médical des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une nouvelle note de M. le docteur *Combes* sur un instrument qu'il nomme *élythroïde*, et qui a pour but de faciliter le traitement des maladies utérines. (*Commission déjà nommée.*) — *b*. Une note relative à la préparation de la solution officinale du perchlorure de fer, par M. *Adrian*, pharmacien à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* offre à l'Académie, de la part de M. *le Président*, deux ouvrages devenus très rares aujourd'hui : 1° les *Découvertes sur la lumière;* 2° les *Recherches sur l'électricité*, publiées par le fameux *Marat* en 1780 et 1782, alors qu'il était *médecin des gardes du corps de Monseigneur le comte d'Artois*.

M. *Bouillaud* présente, au nom de l'auteur, un ouvrage intitulé : *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, par M. le docteur *Auburtin*.

M. *le Président* annonce que, dans la séance de mardi prochain, l'Académie se formera en *Comité secret*, immédiatement après la lecture de la correspondance, pour entendre le rapport de la section d'accouchements sur les titres des candidats inscrits pour la place vacante dans cette section, et que l'Académie rentrera en séance publique après la discussion de ce rapport.

Lectures.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Mattei* lit un mémoire intitulé : *De plusieurs points d'obstétrique où, les faits n'étant pas en harmonie avec les principes généralement reçus, demandent de nouvelles études.*

L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

« 1° L'accouchement étant une fonction physiologique, devrait se faire toujours dans les conditions de la santé pour la mère et l'enfant, c'est-à-dire d'une manière prompte, facile et heureuse, ce qui n'a pas lieu, le plus souvent, chez les femmes civilisées, et surtout dans les grands centres de population.

» 2° Pour l'obtenir artificiellement, je mets autant que possible la femme de la ville dans les conditions où se trouve la femme de la campagne, et ces conditions touchent à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

» 3° Pendant la grossesse, j'augmente autant que possible la plasticité du sang et les forces générales de la femme par des moyens hygiéniques ou thérapeutiques; mais surtout je combats la souffrance et la congestion de l'utérus, qui sont la cause principale des phénomènes sympathiques et pathologiques de la gestation.

» 4° Par des manœuvres externes, soit pendant la grossesse, soit au début du travail, je ramène les présentations des pieds, du tronc et de la face à celle du sommet de la tête, qui est la seule naturelle.

» 5° Je facilite tous les temps du travail par des manœuvres inoffensives qui abrégent considérablement sa durée, et si, malgré cela, la sortie de l'enfant n'a pas lieu trois ou quatre heures après la rupture de la poche, j'applique le forceps.

» 6° Les faits que j'avais déjà obtenus à Bastia, et les 200 observations présentes que j'ai recueillies à Paris, me permettent de dire qu'en agissant ainsi, au lieu d'avoir un enfant mort sur 30, ni même un sur 50, comme le donnent les statistiques les plus avantageuses, l'enfant naît vivant là où il était en vie avant le travail, à moins de complications ou d'accidents graves provenant de la mère ou de l'enfant.

» 7° Un travail prompt, spontané ou artificiel, ménage les forces de la femme, et l'utérus revenant alors promptement sur lui-même met bientôt un terme à l'écoulement du sang et des lochies. Le lait arrive sans fièvre.

» 8° Lorsque des accidents fébriles arrivent après l'accouchement, ils sont le résultat du traumatisme, comme la péritonite, le phlegmon, etc., ou le résultat de la résorption de matières animales en décomposition, et dont la source principale est la cavité de l'utérus. Ce sont ces résorptions qui altèrent très promptement la masse du sang, et là où a passé la matière toxique il se produit consécutivement du pus et des phlébites; mais, lorsque l'empoisonnement est considérable, la mort peut arriver avant ces résultats.

» 9° Je préserve les femmes du traumatisme par la prompte intervention avec la main ou avec le forceps, et je préviens les accidents en combattant la congestion abdominale par des moyens appropriés.

» 10° Je préserve les malades des résorptions par les moyens hygiéniques, et surtout en forçant l'utérus, par l'administration de l'ergot de seigle, à revenir immédiatement sur lui-même après l'accouchement. Plusieurs moyens qu'on a employés avec quelques succès dans les accidents fébriles dont je parle ne me paraissent agir qu'en réveillant les contractions utérines. L'ipécacuanha et la digitale seraient de ce nombre.

» 11° Si, malgré cela, il y a de la résorption, ce qui est surtout démontré par la gravité des symptômes primitifs généraux, je la combats par les moyens qui agissent sur la décomposition du sang, et à la tête desquels il faut placer le sulfate de quinine. Enfin, je combats les inflammations locales consécutives par des révulsifs à la peau, très rarement par des saignées.

» 12° En agissant ainsi, au lieu d'avoir une femme morte sur 20 ou 30, je n'ai eu, à Paris même, qu'un cas de mort sur plus de 200 accouchements. » (*Comm. :* MM. Dubois, Danyau et Depaul.)

— M. *Hatin* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'opération césarienne après la mort de la mère.*

L'auteur constate d'abord la rareté plus grande de cette opération, de nos jours qu'autrefois, et il attribue cette rareté relative : 1° au progrès de la science et du bien-être général, qui en éloignent les occasions; 2° à la diminution de la ferveur religieuse, qui ne nous oblige plus à aller chercher les enfants jusque dans les entrailles maternelles pour leur conférer le baptême; 3° aux changements apportés dans les lois et règlements relatifs aux inhumations.

Examinant les termes et l'esprit de l'article 77 du Code civi et des ordonnances préfectorales qui l'ont complété, il en fait l'application à l'opération césarienne *post mortem*, et démontre que, chaque fois que cette opération est applicable, le médecin se trouve placé entre sa conscience et le respect qu'il doit à la loi, qui veut que « tout individu dont le décès, quoique apparent, n'est pas *physiquement* constaté, soit considéré comme existant encore. »

» Il m'a semblé que, dans cet état de choses, ajoute M. Hatin, il serait bon que l'Académie vînt, avec l'autorité qui s'attache à ses décisions, tracer nettement au praticien la conduite à suivre en pareille occurrence. Il m'a semblé que, si elle adoptait en principe l'intervention active et immédiate de l'art, il serait digne de sa haute mission d'éclairer l'autorité sur ce point spécial et de lui faire comprendre, si besoin est, que la loi, qui protége la mère contre une éventualité des plus rares, sacrifie presque toujours l'enfant, quand elle est observée, et compromet l'opération quand elle est transgressée. »

Discutant ensuite les objections qu'on pourrait faire à la dérogation spéciale demandée, c'est-à-dire à l'autorisation expresse, voire même à l'injonction formelle de pratiquer l'opération césarienne *post mortem* dans tous les cas voulus, M. Hatin termine en disant : « Je ne demande pas que la loi modifiée contienne l'injonction formelle et obligatoire pour le médecin de pratiquer, dans tous les cas de viabilité du fœtus, l'opération césarienne abdominale. Je me contenterai pour lui de la simple autorisation écrite de faire selon sa conscience.

» Je veux qu'il reste entièrement libre d'obéir à ses convictions, et que, s'il est affranchi d'un côté des dispositions comminatoires de la loi, de l'autre il n'ait pour guide que le sentiment personnel de son devoir.

» Seulement, pour lui mieux faire comprendre comment j'entends ce devoir, je lui dirai que si, aux yeux de la société, enfants et mères ont des droits égaux à sa protection, de par la statistique même, l'abstention du praticien n'admet plus guère d'excuses, et que son intervention active devient obligatoire et sacrée dans l'immense majorité des cas. » (*Commissaires :* MM. Adelon, Tardieu et Devergie.)

HYDROLOGIE. — M. *Boullay*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport ayant pour but de faire accorder, à un industriel de Saint-Flour, l'autorisation de fabriquer des eaux gazeuses. (*Adopté.*)

A quatre heures l'Académie se réunit en comité secret.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1860.

RÉPONSE A LA NOTICE DE M. LE DOCTEUR DUPARCQUE SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES COLIQUES HÉPATIQUES PAR CONCRÉTIONS BILIAIRES, lue à la Société de médecine de Paris; et à sa lettre insérée dans le numéro du 5 octobre de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Vous vous rappelez sans doute, messieurs, que dans la séance du 6 juillet dernier, j'ai eu l'honneur de vous faire une communication ayant pour titre : NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA COLIQUE HÉPATIQUE. Ce petit travail a reçu l'hospitalité dans les colonnes de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et plusieurs des propositions qui y sont contenues ont été discutées depuis par notre honorable collègue M. Duparcque, qui ne se trouvait pas à la séance où j'avais fait ma lecture.

A mon tour, je n'ai pas assisté à la séance du 17 août, dans laquelle M. Duparcque a lu une notice sur le sujet en question. Cette notice a été imprimée et distribuée aux membres de la Société, et un plus court exposé a été inséré dans le numéro du 5 octobre du journal qui publie nos travaux. C'est dans ces deux écrits que se trouvent les motifs de ma réponse.

M. Duparcque commence par reproduire les cinq observations de colique hépatique, dans lesquelles il a observé le phénomène d'un spasme clonique commençant par le côté droit de l'abdomen, et accusé par des mouvements brusques, vifs et alternatifs de contraction et de relâchement, d'élévation et d'abaissement; véritables secousses convulsives du flanc droit, qui bientôt gagnent le membre inférieur correspondant et s'étendent ensuite, toujours de ce côté seulement, à la poitrine, où elles rendent la respiration irrégulière, embarrassée, saccadée, et, de là, au membre supérieur, au cou et à la tête. Tout à coup les fonctions cérébrales se troublent, se suspendent; le malade tombe dans l'assoupissement, et à l'agitation spasmodique succède une résolution des membres convulsés. Cette sorte d'hémi-éclampsie se renouvelle par accès, avec et comme les coliques hépatiques.

J'avais fait remarquer, dans ma lecture, que, dans les cent trente observations qui m'ont servi pour composer mon TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE, je n'avais rien trouvé de semblable; que, dans quelques cas, on parlait bien de spasmes dans le flanc droit; qu'on rapportait aussi que tous les muscles du corps étaient entrés dans une contraction spasmodique, qu'il était survenu de terribles attaques éclamptiques, sans toutefois qu'on décrivît les formes indiquées par notre savant confrère; et je m'étonnais que M. Duparcque eût pu constater quatre fois ces phénomènes sur treize cas de coliques hépatiques.

M. Duparcque répond que ce n'est pas coup sur coup qu'il a observé ces faits. Cela est vrai. Cependant, bien que les coliques hépatiques soient fréquentes, il n'en est pas moins singulier qu'il ait rencontré le phénomène hémi-éclamptique deux années de suite, en juin 1843 et en février 1844, et, à peu d'années d'intervalle, en 1820 et en 1824. Les remarques que je présente ici, messieurs, vous le comprenez facilement, n'ont pas pour but d'attaquer le moins du monde l'exactitude des faits observés par M. Duparcque. Vous connaissez tous comme moi la sévérité que notre honorable et savant collègue apporte en toutes choses; mais il me sera permis, je pense, de répéter que le hasard a dû le servir, puisque je n'ai rien rencontré de semblable depuis la publication de mon traité, lorsque surtout mon attention était appelée sur ce point, et que j'ai eu l'occasion de voir un très grand nombre de cas de coliques hépatiques calculeuses. J'ajouterai que M. le docteur François de (Louvain), dont M. Duparcque transcrit la lettre, sur trente cas de coliques hépatiques, n'a pas remarqué non plus cette hémi-éclampsie; une fois seulement il a constaté un spasme musculaire dans le membre inférieur droit.

M. Duparcque a parfaitement raison de dire que, pour établir un rapport comparatif exact, il faudrait n'y faire entrer que des cas similaires. Il admettra cependant que, dans tous les cas que j'ai observés et dans ceux de M. le docteur François, il devait y en avoir un bon nombre de semblables ou du moins d'analogues aux siens. A ce sujet je me permettrai une réflexion sur la manière dont notre collègue pose la question.

M. Duparcque veut, pour que le phénomène hémi-éclamptique se produise, qu'il y ait rétention de bile dans la vésicule. J'avoue que je m'étonne d'une telle condition. Dans quelles circonstances, en effet, les grandes douleurs de la colique hépatique se manifestent-elles? N'est-ce pas quand les concrétions biliaires s'engagent dans le canal cystique? Alors survient une douleur subite, qui s'exaspère à mesure que le corps étranger chemine dans cet étroit conduit, où il est obligé, en affaissant péniblement ses valvules, de toucher à un grand nombre de points de sa membrane muqueuse. Les attaques nerveuses variées, la forme hémi-éclamptique signalée par M. Duparcque, doivent se produire durant ce pénible et cruel trajet; mais, pendant cette période, s'il y a rétention de bile dans la vésicule, puisque la présence du calcul dans le canal cystique l'empêche de s'écouler, il n'existe pas d'accumulation anormale de cette liqueur; la vésicule ne contient pas plus de bile qu'auparavant; et, dans cette même période, il n'y a pas d'ictère, ou, s'il en existe, il est léger et ne tient qu'au trouble général de la fonction hépatique.

Il en est tout autrement lorsque la concrétion biliaire a franchi le conduit cystique et est arrivée dans le conduit cholédoque. Un nouvel ordre de symptômes en est le résultat. Les douleurs diminuent considérablement, ce qui se comprend, puisque le corps étranger se trouve dans un conduit relativement moins étroit; il y chemine assez rapidement et arrive vers l'ampoule duodénale du cholédoque; c'est alors que la bile s'accumule dans les voies biliaires, qu'elle reflue dans la vésicule et la gonfle, et que la jaunisse se manifeste immanquablement. On ne comprendrait pas que ce fût dans cette seconde période que les attaques éclamptiques ou hémi-éclamptiques dussent se manifester.

Ce que je viens d'établir m'empêche d'admettre l'assertion que M. Duparcque renferme entre guillemets au commencement de la page 12 de sa brochure. Je ne crois pas avec lui que l'hémi-éclampsie, quand elle fait partie des accidents de la colique hépatique, indique la rétention de bile, par concrétion biliaire, dans la vésicule. Selon moi, elle indique seulement le cheminement du calcul dans le canal cystique.

Dans la seconde partie de sa brochure, M. Duparcque exprime le regret que j'aie dédaigné l'essai du remède du Durande modifié par lui, et qui consiste en 4 grammes d'éther, mêlés à 60 grammes d'huile de ricin et 30 grammes de sirop de sucre.

Je n'accepte pas cette expression de notre collègue. Je n'ai jamais dédaigné ce qui était proposé par un praticien aussi habile et aussi consciencieux, et j'ajouterai même par un ami, titre dont il m'honore à la fin de sa lettre, insérée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et que je tiens à conserver; mais je dirai simplement les deux raisons qui m'ont éloigné d'en faire usage.

A l'époque où M. Duparcque proposa cette potion, je l'employai chez un malade qui paraissait souffrir depuis quelques jours de coliques hépatiques. Ce malade était un chef d'institution de la rue Saint-Lazare, très connu par ses livres élémentaires, M. Dupont. Me trouvant un soir avec notre très distingué collègue M. le docteur Mélier, je l'engageai à monter avec moi chez M. Dupont. D'un commun accord, nous prescrivîmes pour le lendemain la potion de M. Duparcque. Elle fut prise en entier; il en résulta des vomissements et des selles. Mais, peu de temps après, de graves symptômes d'hépatite se manifestèrent; le foie se tuméfia, l'ictère devint intense Je fis tout de suite appliquer de nombreuses sangsues. On m'adjoignit M. le docteur Nacquart, qui était de la connaissance du malade; le professeur Marjolin fut même appelé en consultation. Heureusement la guérison eut lieu.

Je me garderai bien de mettre complétement sur le compte du remède oléo-éthéré les accidents graves dont je viens de parler; mais on conviendra qu'ils n'ont pas dû m'encourager à continuer d'en faire usage.

Ma seconde raison est celle qu'on trouve dans la plupart des

observations de ma dernière lecture et dans quelques-unes de mon traité, c'est qu'avec quelques verres d'eau de Sedlitz, on dégage ordinairement avec facilité les concrétions biliaires, quand elles sont arrivées vers l'ampoule duodénale du cholédoque.

Du reste, tout récemment j'ai donné, dans une consultation, une preuve de bonne volonté pour la préparation de M. Duparcque. Le 10 de ce mois, s'est présenté chez moi un fabricant d'Évreux, âgé de cinquante ans. Il débarquait du chemin de fer. Il me raconta qu'au commencement de juillet il se rendit près de Paris, à Champrosey, pour assister aux derniers moments d'un oncle. Il en éprouva beaucoup d'impression. Revenu à Paris, il fit un léger repas, et, peu d'heures après, il lui survint de vives douleurs dans la région hépatique. Il voulut cependant retourner à Évreux. Son trajet fut très pénible. Rendu chez lui, nouvelles douleurs, fièvre, ictère. Les docteurs Fortin et Bigot durent employer un traitement antiphlogistique très actif. Depuis trois mois, la jaunisse persiste; elle est devenue verdâtre; il en résulte de vives démangeaisons à la peau. Il y a dépérissement général très grand. Le foie descend au niveau de l'ombilic; il remonte à la quatrième côte Il est arrondi, uni, souple, indolent. Quelle est la nature de cette affection? Ce n'est ni une congestion sanguine, ni une hypertrophie, ni un cancer, ni un kyste. C'est une outre remplie de bile. Selon toute apparence, les premières douleurs ont été occasionnées par un ou plusieurs calculs passés de la vésicule dans le canal cystique. Un état inflammatoire en est résulté et a exigé le traitement antiphlogistique. Ces concrétions, arrivées dans le cholédoque, ont déterminé l'ictère. Leur résidence vers l'ampoule duodénale n'est pas douloureuse, mais arrête le cours de la bile, laquelle s'accumule dans toutes les voies biliaires et les distend, d'où la persistance de l'ictère. Les auteurs s'évertuent à citer des exemples de ces accumulations de bile; le plus extraordinaire est celui des TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES, n° 333, où il est dit que le cholécyste contenait huit litres de bile, ce qui peut faire présumer le prodigieux volume où il était parvenu. Notons que, chez mon malade, il y avait eu déjà quelques symptômes de colique hépatique, et que, dans le cours de la maladie actuelle, une diminution notable de l'ictère et des garderobes bilieuses se sont manifestées, ce qui annoncerait qu'il s'agit bien d'un obstacle, lequel se serait momentanément déplacé.

Pendant ma consultation, ayant eu occasion de prononcer le nom de notre honorable confrère M. Duparcque, le malade s'est écrié: « Mais je le connais beaucoup; il m'a soigné dans ma jeunesse, et m'a pour ainsi dire élevé. » Ce mot, messieurs, était un ordre pour moi. Je n'ai pas voulu donner mon avis sans en conférer avec M. Duparcque. On est allé à sa recherche; malheureusement il était absent de Paris pour quelques jours, et le malade voulait repartir.

J'ai donc rédigé ma consultation, et pour offrir les meilleures chances à notre excellent confrère, j'ai proposé qu'on essayât d'abord l'eau de Sedlitz à la dose d'un verre tous les matins. Si, au bout de huit jours, l'obstacle n'était pas dégagé par ce moyen, on devait passer à la potion oléo-éthérée. Qu'elle réussisse, et son procès sera gagné. Il sera prouvé qu'elle agit plus efficacement que l'eau de Sedlitz, qu'elle produit la sortie des concrétions biliaires quand l'eau de Sedlitz a été infructueuse.

Si aucun de ces moyens ne réussit, et si le malade, ce qui est à craindre, continue à s'épuiser graduellement, sans parler de quelque complication, comme cela arrive souvent, n'y aurait-il pas une opération chirurgicale à tenter? — Je suis bien aise, messieurs, de soumettre cette question à vos lumières et à votre discussion. En 1847, j'ai publié, dans l'UNION MÉDICALE, un petit mémoire sur le TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUMEUR BILIAIRE. J'y ai rappelé que J.-L. Petit avait donné le conseil d'ouvrir la vésicule quand elle est extrêmement distendue par la bile et que la vie du malade devient en danger en temporisant. Il avait été frappé de ce que, chez une dame, l'ouverture d'une tumeur biliaire, ouverture à laquelle il s'était opposé, n'avait pas été suivie de la mort, comme dans plusieurs autres cas, et il en avait conclu que la raison devait en être dans des adhérences qui n'avaient pas manqué d'exister entre la tumeur et les parois abdominales, puisqu'une fistule biliaire s'était établie. L'embarras de ce célèbre chirurgien était de reconnaître les cas où cette union existe entre les deux feuillets péritonéaux, condition indispensable pour tenter l'opération. Mais ces signes étant incertains, il faut produire artificiellement ces adhérences. On y parvient au moyen de la potasse ou du caustique de Vienne. — Je citais moi-même, dans ce travail, deux observations qui montrent que l'on peut ouvrir la vésicule biliaire sans qu'il y ait à avoir de grandes craintes sur un épanchement péritonéal. Il est même à remarquer que, dans ces deux cas, on prit de médiocres précautions pour se mettre à l'abri de ce danger. — On sait d'ailleurs qu'on établit aujourd'hui presque impunément des fistules biliaires sur des chiens, dans le but de les soumettre à des expériences concernant la digestion.

Lorsqu'on a donné issue à la bile au moyen de l'opération, le malade est sans doute loin d'être guéri, mais la vie peut se prolonger. La bile, trouvant une issue au dehors par la fistule, cesse de produire la jaunisse, et les symptômes de l'empoisonnement du sang par cette humeur se dissipent. On a gagné du temps, et c'est beaucoup.

L'amas de bile s'étant écoulé, on pourrait porter avec ménagement une sonde dans la vésicule pour chercher à déblayer l'obstacle du conduit cholédoque. Ce conseil ne s'applique pas à des cas imaginaires, car on a constaté, et j'en ai eu moi-même l'occasion, que, dans des rétentions considérables de bile, les conduits sont extrêmement dilatés, que les valvules du canal cystique sont effacées, et qu'une sonde, introduite alors dans le cholédoque, pourrait faire disparaître les divers obstacles qui produiraient l'occlusion de ce conduit. — Si l'on parvenait à rétablir ainsi le cours de la bile, il deviendrait ensuite facile de guérir la fistule.

Si je ne craignais de prolonger cette réponse, j'aurais bien d'autres réflexions à présenter sur l'écrit de M. Duparcque; je me bornerai à deux autres points. Notre savant confrère, dans l'enthousiasme des bons effets de son remède, s'écrie: « Qu'importent et ses réactions chimiques et sa manière d'agir? L'essentiel, c'est que cette action soit incontestablement efficace. » Qu'il me permette de le lui dire, ce raisonnement, dont le public peut se contenter, ne suffit pas aux médecins qui veulent se rendre compte des choses. Ne savons-nous pas que la plupart des maladies guérissent d'elles-mêmes, que nos moyens thérapeutiques ne font, en quelque sorte, qu'aider une tendance naturelle? Cette observation s'applique surtout à la colique hépatique calculeuse. Une concrétion s'engage dans le canal cystique et y produit des douleurs atroces; qu'avez-vous à faire? Uniquement à modérer ces douleurs par des bains, des applications narcotiques et des potions calmantes. S'il y a des symptômes inflammatoires, on applique des sangsues. Vainement, alors, vous employeriez la potion oléo-éthérée, le remède de Durande ou l'eau de Sedlitz, vous ne feriez qu'aggraver les accidents. Il faut que le calcul chemine. C'est lorsqu'il est arrivé dans le cholédoque, quand les douleurs sont, pour cette raison, moins intenses et que la jaunisse survient, que ces moyens excitants peuvent être employés avantageusement. Quel est le meilleur? Chacun, suivant son expérience propre, attache de l'importance au sien. Je crois avoir traité autant de coliques hépatiques que qui ce soit; je réussis par l'eau de Sedlitz; je m'y tiens, parce que le remède est sans inconvénient et ne répugne pas aux malades. Quand il n'a pas suffi, j'ai recours à la préparation indiquée par Durande ou mieux à ses modifications; mais je n'ai pas à en citer de bons résultats, lorsque l'eau de Sedlitz a échoué.

A la fin de sa brochure, M. Duparcque me reproche d'avoir rapporté complaisamment, dans mon TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE, des faits qui n'avaient aucun rapport avec les siens. Je crois cependant que ce rapport existe, d'une manière au moins indirecte.

Lorsqu'on écrit une monographie (et c'est là mon excuse), on ne doit négliger aucune circonstance. Voici ce dont il s'agit: Dans son premier mémoire, M. Duparcque avait paru croire que sa potion d'huile de ricin éthérée avait une propriété fondante sur les calculs biliaires, et dans ses observations, il avait parlé de débris de concrétions adipocireuses qui se trouvaient au centre d'yeux huileux d'un vert-émeraude. J'ai montré d'abord que l'huile de

ricin n'avait aucune propriété dissolvante, et, à cette occasion, j'ai rapporté des observations faites par les docteurs Pujol, Mojon et Mérat, desquelles il résulte que l'ingestion des huiles fait trouver dans les intestins de petites boules pisiformes qui prennent facilement flamme, et qu'il faudrait se garder de confondre avec les concrétions biliaires. J'ai combattu ensuite les observations contenues dans les mémoires de Durande, observations dans lesquelles on prétendait qu'une matière poisseuse et d'un jaune très brun, qu'on trouvait dans les garderobes, venait d'une dissolution des calculs. De même je n'admets pas l'opinion du docteur François, dont la lettre est rapportée par M. Dupareque, qui pense que les *grains de cholestérine ramollis par l'huile de ricin et les liquides de l'intestin* formaient une sorte de mortier.

Pour résumer cette discussion, je dirai : 1° que le phénomène hémi-éclamptique est extrêmement rare comme manifestation de la colique hépatique, puisque M. Dupareque est à peu près le seul médecin qui l'ait observé ; — 2° que je n'admets pas que l'hémi-éclampsie, quand elle fait partie des accidents de la colique hépatique, dépende de la rétention de bile par concrétion biliaire dans la vésicule ; mais qu'elle indiquerait plutôt le cheminement très douloureux d'un calcul dans le canal cystique ; — 3° enfin, que la potion oléo-éthérée de M. Dupareque n'a pas de vertu fondante spéciale ; mais qu'elle peut seulement, comme l'eau de Sedlitz et le remède de Durande, dégager les calculs quand ils sont arrivés vers l'ampoule duodénale du cholédoque.

Société de chirurgie.

Séance du 21 novembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Spina-bifida. — Fissure congénitale de la joue. — Fracture de la rotule. — Fracture comminutive des deux malléoles.

Une présentation faite par M. Giraldès, d'un cas de spina-bifida, et la lecture d'un rapport de M. Debout, sur le même sujet, ont occupé presque toute la séance.

L'enfant présenté par M. Giraldès est une petite fille âgée de vingt jours, qui présente, à la région sacro-coccygienne, une tumeur liquide analogue à celles que l'on rencontre dans les cas ordinaires de spina-bifida ; mais ici le siége de la tumeur n'est pas celui qu'on observe habituellement : c'est le sacrum qui est divisé, et la poche liquide occupe la région sacro-coccygienne. M. Chassaignac, qui a eu occasion de voir cet enfant à sa consultation, a constaté qu'en introduisant une sonde de femme dans le rectum, on ne sent pas le sacrum en arrière, ce qui semble confirmer l'idée d'une bifidité du sacrum, à moins qu'une déviation du rectum ne permette pas d'atteindre cet os.

C'est ce même enfant qui a été présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 6 novembre, par M. le docteur Kauffmann.

— M. *Viard* (de Montbar) avait adressé à la Société une observation de *spina-bifida* guéri par une seule injection iodée.

M. Debout, dans un rapport fait sur cette observation, rappelle que la méthode des injections iodées est celle qui compte le plus de succès pour le traitement de cette affection. Deux procédés ont été employés : celui de M. Brainard (de Chicago), qui consiste à évacuer une partie du liquide et à le remplacer par de la teinture d'iode pure ; et celui de M. Velpeau, évacuation complète de la poche, et injection d'une solution de teinture d'iode au quart.

M. Brainard, sur six cas, a obtenu six succès ; le procédé de M. Velpeau, sur dix cas, compte cinq succès, un insuccès et quatre morts ; le nouveau fait de M. Viard est un cas de guérison par l'emploi de ce dernier procédé. Au moment de l'injection iodée, l'enfant fut affecté de paraplégie et ensuite de paralysie de la vessie. Le spina-bifida a guéri à la suite de cette unique injection, et la paralysie de la vessie a disparu spontanément. L'enfant a succombé trois années après à une angine couenneuse

Cette communication a amené une discussion qui sera très probablement continuée dans la dernière séance, et sur laquelle nous aurons alors occasion de revenir.

— M. Broca lit au nom de M. *Alexandre Colson* (de Noyon) une observation de *fissure congénitale de la joue*. Cette fissure partait de la commissure gauche des lèvres, et se prolongeait en dehors jusqu'au niveau des dernières molaires ; c'était, comme le dit M. Colson, une sorte de bec-de-lièvre horizontal ; il pratiqua la même opération que pour le bec-de-lièvre, avivement et suture, et obtint ainsi la guérison de ce vice de conformation, qui paraît être extrêmement rare.

— M. *Desormeaux* présente un malade qui fut atteint de *fracture de la rotule* à deux reprises, il y a vingt-sept ans ; la première fois il fut traité par Marjolin à l'hôpital Beaujon. La consolidation se fit sans écartement des fragments. Deux ans après, même accident, le malade se traite lui-même ; il reste un écartement de 10 centimètres environ ; malgré cette lésion, le malade peut marcher, courir, monter et descendre les escaliers comme si le genou était à l'état normal.

Les faits de ce genre sont déjà assez nombreux pour infirmer une opinion émise sur le pronostic des fractures de la rotule ; à savoir que, lorsqu'il y avait écartement ou même absence de cal osseux, les fonctions du membre étaient fort défectueuses.

— M. *Larrey* présente une pièce anatomique qui lui a été envoyée par un chirurgien militaire de Milianah (Algérie). C'est une *fracture comminutive des malléoles* qui s'est produite dans les conditions suivantes : un homme monté sur une meule de foin voulut se laisser glisser à terre le long de cette meule en se tenant à une corde ; mais il fut entraîné avec force par cette corde, et un seul pied vint heurter le sol ; il en résulta une fracture par écrasement tellement violente que les malléoles furent brisées en plusieurs morceaux : la malléole tibiale en six fragments, la malléole péronéale en trois. L'amputation fut jugée nécessaire.

Jules Rouyer.

V

REVUE DES JOURNAUX.

De la transfusion comme moyen de remédier à l'anémie suite de suppurations prolongées, par M. le docteur J. Neudoerfer.

Les expériences de l'auteur ont été faites à l'hôpital Saint-Spirito, de Vérone, sur des blessés de l'armée (autrichienne) d'Italie. Ces tentatives, il faut en convenir tout de suite, n'ont été couronnées, dans aucun cas, d'un succès définitif, mais cet échec ne peut suffire pour faire condamner absolument la médication en question, parce que les malades qui y ont été soumis étaient tous dans des conditions tout à fait désespérées. C'étaient des sujets réduits au dernier degré de marasme par des suppurations interminables consécutives à des plaies d'armes à feu, et tous, au moment où on les soumit à la transfusion, n'avaient plus, suivant toutes les prévisions, que quelques heures ou quelques jours au plus à vivre. La perte complète de l'appétit et du sommeil faisait du rétablissement par les ressources diététiques habituelles une impossibilité. La transfusion fut d'ailleurs toujours faite avec toutes les précautions exigées : l'entrée de l'air dans le système circulatoire était rendue impossible à l'aide d'un appareil approprié ; le sang injecté était défibriné avec soin et maintenu à une température convenable, et sa quantité ne dépassait pas trois ou quatre onces.

La transfusion fut d'abord faite chez cinq sujets ; chez l'un d'eux, elle fut répétée au bout de six jours. Chez tous ces malades, le résultat immédiat fut incontestablement satisfaisant. Pendant l'opération, ils accusaient une sensation agréable de chaleur s'étendant du bras où se faisait l'injection vers la poitrine. Immédiatement après, l'état général présenta constamment une amé-

lioration manifeste; le pouls prenait plus d'ampleur et de force; les malades jouissaient d'un sommeil réparateur que les préparations narcotiques n'avaient pu leur procurer jusque-là; l'appétit se réveillait. Dans deux cas, les douleurs violentes que les malades éprouvaient au siége de la plaie furent calmées comme par enchantement, ce qui doit être attribué sans doute à une action calmante exercée sur le système nerveux par la reconstitution du liquide nourricier. Quant aux plaies elles-mêmes, elles n'ont pas paru à M. Neudörfer subir une modification appréciable, bien que les personnes qui assistaient à ces essais aient cru remarquer que ces plaies paraissaient plus animées, moins languissantes qu'avant l'opération.

L'amélioration de l'état général persista chez tous pendant cinq à huit jours au moins; elle eut même une durée de dix jours à la suite de la deuxième transfusion, chez le sujet sur lequel cette opération fut répétée. Mais là s'arrête l'effet bienfaisant de la transfusion. A partir de ce moment, les malades retombèrent dans l'état désespéré qui avait motivé l'opération. Sur les cinq opérés, quatre succombèrent au bout de trois semaines. Celui qui fut soumis deux fois à la transfusion survécut seul pendant cinq semaines. Si incomplets que fussent ces résultats, dont un grand nombre de médecins ont été témoins, la vie de tous ces malades avait été certainement prolongée de quelques jours au moins, et cela eût paru suffisant à M. Neudörfer pour continuer ses expériences. Il en fut empêché par un malheur qu'on aurait peut-être pu éviter, mais après lequel il était impossible de faire de nouvelles transfusions à l'hôpital de Vérone. Un sixième malade mourut trois heures et demie après l'opération. Ce résultat funeste était dû, selon toute apparence, à ce que le sang qui servit à la transfusion avait été pris sur un sujet qui se trouvait sous l'imminence d'un violent accès de goutte. M. Neudörfer pense que le sang vicié par la diathèse urique a dû agir à la manière d'un poison sur un organisme privé de toute force de résistance par le marasme profond dans lequel il était plongé.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas impossible qu'en s'entourant de toutes les précautions nécessaires, on puisse obtenir, à l'aide de la transfusion, une amélioration plus durable dans les conditions où se trouvaient les malades de M. Neudörfer; des expériences nouvelles, faites avec une prudence extrême, seraient par conséquent pleinement justifiées, et elles sont même dès à présent autorisées par d'autres cas, assez nombreux, de transfusion pratiquée pour d'autres états morbides. (*Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde*, n°s 8 et 9, 1860.)

Des applications que l'on peut faire du perchlorure de fer à la thérapeutique des maladies de la peau, par M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'utilité du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica* et dans le *purpura simplex* a été récemment, à l'Académie, l'objet de discussions sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Mais ce ne sont pas là les seules affections cutanées dans lesquelles on dit avoir obtenu des résultats très avantageux du perchlorure de fer. M. Devergie l'a expérimenté sur une échelle assez large, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Il s'est servi de la solution la plus usitée, celle à 30 degrés.

A l'intérieur, cette solution a été administrée dans un julep simple, à la dose de 10 à 30 gouttes, prises en trois fois dans la journée. M. Devergie a observé que, dans toutes les maladies de la peau avec état cachectique (*rupia simplex, rupia hæmorrhagica, ecthyma cachecticum, impetigo scabida, scorbut*), ce médicament relève les forces du malade, et contribue à la guérison de l'affection cutanée.

A l'extérieur, M. Devergie a employé le perchlorure de fer en lotions et en pommades. Il a formulé des pommades depuis 5 décigrammes jusqu'à 8 grammes de solution de perchlorure. Cette dernière dose, dit-il, donne une pommade très styptique; des maladies sécrétantes seraient tout à fait surexcitées par des pommades qui dépasseraient 2 grammes. Ces pommades ont l'inconvénient de tacher le linge et d'y laisser un dépôt de rouille, qui ne disparaît que fort incomplétement à la lessive. De plus, elles jaunissent d'abord la peau, puis se décomposent à l'air; le peroxyde de fer mis à nu, la pommade devient rouge, la peau se colore de la même manière, l'oxyde adhère à la peau à un point tel que le savon n'enlève pas complétement cette coloration. M. Devergie n'a réussi que fort incomplétement à faire disparaître cet inconvénient à l'aide d'eaux de lavage spéciales. Ce qui lui a réussi le mieux, c'est une dissolution de 4 à 6 grammes de carbonate de potasse dans 30 grammes de glycérine, à l'aide de quelques gouttes d'eau; mais on comprend que ce moyen est peu applicable à des surfaces rendues plus sensibles par une maladie de la peau.

Les applications topiques de perchlorure de fer guérissent très rapidement toutes les affections de la peau avec ulcérations, le *rupia*, l'*ecthyma cachecticum*, les ulcérations syphilitiques (pour celles-ci, M. Devergie ne cherche à les cicatriser rapidement que lorsqu'elles ont par elles-mêmes une certaine gravité), les ulcérations scrofuleuses, à condition que ces affections ne soient pas à l'état aigu.

Le perchlorure de fer rend également de grands services dans diverses maladies sécrétantes de la peau. Il n'est applicable qu'à la période décroissante de ces maladies. C'est surtout dans les formes lymphatiques que le perchlorure décèle toute sa puissance, et notamment dans les formes rebelles et limitées : l'eczéma des seins ou du nombril, l'intertrigo très chronique, les plaques d'eczéma lichénoïde isolées sur le dos des mains ou ailleurs.

Enfin, le perchlorure de fer associé à l'axonge à dose assez élevée devient un modificateur utile de certaines affections squameuses, et permet de diminuer le temps durant lequel les malades devraient être soumis à l'usage des pommades au goudron et à l'huile de cade, dont l'usage et si désagréable. (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LVIII, 7e livraison.)

Persistance du canal artériel, présentation à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, par M. le docteur Sanders.

L'enfant sur lequel cette pièce a été recueillie naquit à terme; il était de taille ordinaire et bien développé. Dans les premiers jours il ne teta pas bien, mais au bout de huit à quinze jours il prit le sein avec avidité. On ne tarda néanmoins pas à s'apercevoir qu'il ne grandissait pas, bien que la nutrition parût se faire sans entraves; loin de prospérer, il maigrissait, et devenait de plus en plus pâle et misérable. Souvent il était agité, et jamais on ne le voyait sourire; il ne paraissait pas non plus fixer son attention sur les objets qui l'entouraient. Vers l'âge de trois mois, comme son état ne s'améliorait en rien, on le présenta à M. Sanders. Son état de faiblesse ne paraissait se rapporter à aucune cause appréciable; il paraissait avoir bon appétit; il n'avait ni fièvre, ni diarrhée, et ne portait les traces d'aucune maladie héréditaire. M. Sanders remarqua cependant qu'il paraissait respirer avec quelque difficulté. Interrogée à ce sujet, la mère raconta que l'enfant s'éveillait souvent, pendant la nuit, dans une grande agitation, et apparemment en proie à des accès de suffocation. Le poumon droit se remplissait parfaitement d'air pendant l'inspiration; l'expansion du poumon gauche paraissait se faire d'une manière moins complète, mais le murmure vésiculaire était normal partout.

En plaçant la main sur la région précordiale, on percevait d'une manière très manifeste un frémissement vibratoire, et à l'auscultation on entendait un bruit de souffle intense, accompagnant apparemment le premier bruit du cœur. M. Haldane, qui examina plus tard l'enfant avec M. Sanders, pensa comme lui que le cœur était probablement le siége d'un vice de conformation, et que la circulation cardiaque s'accomplissait dans des conditions analogues à l'état fœtal.

On institua un traitement tonique et stimulant, mais ce fut sans aucun résultat favorable, et l'enfant succomba le 24 décembre, quatre mois après sa naissance.

A l'autopsie, on trouva le cœur un peu augmenté de volume. La cloison ventriculaire était complète, et le trou de Botal était

oblitéré; il n'y avait par conséquent pas de communication anormale entre les deux moitiés du cœur. L'aorte et l'artère pulmonaire avaient à peu près leur calibre normal, et leurs valvules étaient saines; mais le canal artériel était complétement perméable, et avait presque le volume de l'aorte dans le point où il s'ouvrait dans ce vaisseau. L'aorte descendante recevait, par conséquent, autant de sang de l'artère pulmonaire que de la crosse aortique. Il est à remarquer que, pendant la vie, cet enfant ne présenta aucune trace de cyanose; la peau, loin d'avoir une teinte bleuâtre, présentait, au contraire, une pâleur remarquable. Ce fait vient, par conséquent, s'ajouter à ceux qui démontrent que la cyanose, dans les vices de conformation, n'est pas due au mélange du sang veineux et du sang artériel, mais à un obstacle circulatoire. (*Edinburgh Medical Journal*, juillet 1860.)

Rupture de l'artère coronaire gauche du cœur. — Observations communiquées par M. le docteur HARLAN à la Société pathologique de Philadelphie, et par M. le docteur CLARK à la Société pathologique de New-York.

Perforation de la veine coronaire droite du cœur par une arête de poisson. — Observation par M. le docteur ANDREW, médecin de l'University College Hospital, à Londres

La pathologie des vaisseaux nourriciers du cœur se réduit à si peu de chose, qu'il importe de collectionner tous les faits susceptibles de l'éclairer, ou plutôt de la constituer. Nous avons fait connaître (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 732), il y a environ un an, une observation de plaie d'une artère coronaire, lésion dont Larrey et Lameth avaient rencontré chacun un exemple. Les observations de MM. Harlan et Clark peuvent en être rapprochées, bien qu'il ne s'agisse plus ici de solutions de continuité traumatiques.

OBS. I. — Un matelot, âgé de vingt-deux ans, fut reçu à l'hôpital de Pensylvanie (service de M. Harlan) le 2 décembre, se disant malade depuis six ou huit semaines. Il était extrêmement affaibli et se plaignait de gêne de la respiration et d'une sensation de constriction à la poitrine. Le pouls était fréquent, faible, et très irrégulier. Peu d'appétit, constipation, lèvres cyanosées, peau froide et moite. La matité précordiale était beaucoup plus étendue qu'à l'état normal et les bruits du cœur à peine perceptibles; matité et égophonie à la partie postérieure de la poitrine; un peu d'anasarque.

Les jours suivants, le malade eut des vomissements accompagnés d'une vive sensibilité à l'épigastre et d'une prostration voisine de l'agonie. Les vomissements cédèrent momentanément à un traitement approprié, mais ils reparurent à plusieurs reprises, laissant à chaque fois le malade dans un plus grave état de débilité. Les épanchements dans la plèvre et le péricarde augmentèrent de plus en plus, et en même temps la dyspnée et la prostration faisaient de rapides progrès. — Le malade mourut tout à fait subitement dans la matinée du 19 décembre (dix-sept jours après son entrée); quelques minutes auparavant il parlait à un infirmier qui n'avait pas remarqué de changement dans sa physionomie.

A l'*autopsie*, on trouva le péricarde énormément distendu, occupant presque tout le côté gauche de la poitrine, cachant le poumon qu'il comprimait. La plèvre contenait une pinte et demie d'un liquide rougeâtre, mais ne présentait pas de signes d'inflammation récente. — Le péricarde renfermait 20 onces d'un liquide analogue et une demi-pinte de sang concrété en caillots. Il n'y avait pas de rupture des cavités du cœur, ni des gros vaisseaux à leur origine. Le péricarde était très épaissi et ses deux feuillets étaient revêtus d'un dépôt abondant de lymphe coagulable, et, au niveau du cœur droit, ils étaient soudés entre eux par des adhérences fibreuses. Les signes d'inflammation avaient toutefois leur maximum d'intensité vers la base du cœur gauche; les fausses membranes y étaient plus épaisses qu'ailleurs, et le tissu musculaire était ramolli. Dans un point, on voyait une dépression présentant les apparences d'une ulcération déchiquetée, et au centre de cette ulcération, un caillot qui correspondait à une perforation de l'artère coronaire gauche. (*North American medico-chirurgical Review*, mars 1860.)

La perforation de l'artère, conséquence d'un travail inflammatoire et ulcératif, ne s'est évidemment achevée dans ce cas que quelques instants avant la mort. Dans le cas suivant, la mort ne fut pas moins subite.

OBS. II. — Un sommelier, âgé de trente ans environ, ayant toujours joui d'une bonne santé et n'ayant, en particulier, jamais présenté de signes d'affection cardiaque, fortement adonné d'ailleurs aux boissons alcooliques, se rendit un soir, vers minuit, chez un marchand de vins. Il consomma une quantité médiocre de boissons, puis sortit dans la rue où il fit quelques pas et tomba mort.

A l'*autopsie*, on vit que le péricarde était plein de sang, 12 à 14 onces; les cavités du cœur et les gros vaisseaux qui en naissent ne présentaient pas de solution de continuité; mais l'artère coronaire gauche présentait une perforation à trois quarts de pouce environ de son origine; elle n'était d'ailleurs pas dilatée en anévrysme. L'aorte était très légèrement athéromateuse.

Ainsi que le fit remarquer M. le docteur Markoe, il est très probable que l'artère coronaire, antérieurement à sa rupture, était déjà le siége d'une altération organique. Il existe au musée de l'hôpital de New-York une pièce où l'artère coronaire est dilatée en un anévrysme du volume d'une noisette; l'anévrysme avait fini par se rompre dans le péricarde; la femme sur laquelle cette pièce a été recueillie était morte subitement pendant qu'elle faisait sa toilette. — M. Wood a vu un fait tout à fait semblable : l'anévrysme, du volume d'une noisette, se rompit pendant que le malade se livrait au coït; il mourut subitement. Dans ce cas, l'aorte et l'artère coronaire étaient envahies par l'altération athéromateuse. (*New-York Journal of Medicine*, et *Dublin Medical Press*, 4 juillet 1860.)

Voici maintenant une observation de plaie d'une veine coronaire dont il n'existe pas, à notre connaissance, d'analogue dans la science :

OBS. III. — *Plaie de la veine coronaire.* — Il s'agit d'une pauvre femme au sujet de laquelle on ne put recueillir aucune espèce de renseignement. Son nom et son âge même restent inconnus. Une personne qui l'avait vue le jour de sa mort, raconta qu'elle se plaignait d'une douleur vive dans la poitrine, accompagnée d'une sensation de faiblesse; elle s'assit sur des marches d'un escalier pour se reposer, et de là on la transporta à l'hôpital. Quand on voulut la relever, on s'aperçut qu'elle était morte.

A l'*autopsie*, on trouva dans le péricarde une pinte et demie de sang liquide; il n'y avait pas de caillots, seulement on voyait, s'étendant du péricarde pariétal au cœur, des filaments fibrineux analogues à ceux que l'on obtient en fouettant du sang, et très différents, d'ailleurs, des exsudats fibrineux de la péricardite. En poursuivant l'autopsie, on trouva une arête de poisson qui, retenue dans l'estomac, l'avait percé près de l'extrémité cardiaque de l'œsophage; elle avait ensuite traversé le diaphragme et la face postérieure du péricarde et enfin la veine coronaire droite du cœur, ce dont on s'assura sans peine en injectant ce vaisseau et également par une dissection attentive. L'artère coronaire était intacte, ainsi que le cœur et l'aorte. Le sang épanché dans le péricarde avait par conséquent été versé exclusivement par la veine coronaire. — Sur le trajet de l'arête à travers la paroi stomacale, le diaphragme, etc., on voyait une extravasation sanguine très peu abondante et évidemment de date récente.

L'arête, qui avait en tout 1 pouce 7/8 de longueur, avait pénétré dans le péricarde dans le quart de sa longueur.

M. Andrew fait remarquer avec raison que la mort n'a pas pu être la conséquence instantanée de la plaie veineuse, mais qu'elle a dû se produire à la suite d'une syncope lente : ce qui le prouve, c'est, d'une part, la grande quantité de sang versée dans le péricarde, et, de l'autre, la disposition particulière des filaments fibrineux, qui était due apparemment à ce que le cœur, par ses contractions, fouettait, en quelque sorte, le sang extravasé.

A en juger par l'aspect irrégulier, lacéré, et l'étendue considérable de la plaie veineuse, rapprochés de la forme extrêmement acérée de l'arête, il semble que la perforation ait été produite lentement et, en quelque sorte, par usure progressive, sous l'influence des contractions du cœur.

Toutes ces circonstances réunies semblent prouver, en somme, que la mort est survenue plusieurs heures au moins après la production de la plaie. On a pu voir plus haut que les choses se passent tout autrement lorsqu'au lieu d'une veine, c'est une artère coronaire qui est lésée. (*The Lancet*, 25 août 1860.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE OBSTÉTRICALE (1).

(Suite. — Voir le numéro 45.)

De la fièvre puerpérale devant l'Académie impériale de médecine, par le docteur L.-L.-J.-F. MARTINENQ, chirurgien de première classe de la marine, 1 vol. in-8 de 349 pages. Paris, 1860, chez J.-B. Baillière.

Della febbre puerperale *osservata nella clinica ostetrica*, par Scipione GIORDANO, professeur à l'Université de Turin, br. in-8 de 155 pages. Turin, 1859, chez G. Cassone.

Grossesse de sept mois; apoplexie, mort de la mère; opération césarienne; enfant vivant, par le docteur BONNET, professeur d'accouchements à Poitiers (*Union médicale de la Gironde*, 5e année, n° 9, septembre 1860).

Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes, par le docteur L. ANCELET (de Vailly-sur-Aisne), broch. in-8 de 6 pag. Paris, 1860, chez Savy.

Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement, par le docteur Antoine MATTEI, professeur libre d'accouchements, br. in-8 de 21 pages. Paris, 1860, impr. H. Plon.

Parmi les questions relatives à l'obstétrique, celles qui ont rapport à la fièvre puerpérale sont toujours à l'ordre du jour; aussi devons-nous tout d'abord nous mettre en règle avec deux publications, échos lointains de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine. La première, due à M. Martinenq, chirurgien de première classe de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, porte, entre autres épigraphes, celle-ci : « *Sans utérus, point de fièvre puerpérale.* L'AUTEUR. » Cette proposition indique assez dans quel sens est écrit le travail de M. Martinenq; cette épigraphe est son *delenda Carthago*. Après avoir analysé chaque discours, l'auteur la reproduit avec quelques variantes dans la forme; mais le fond ne change pas. M. Martinenq invoque à l'appui de son opinion tous les arguments qui ont été émis en faveur de la doctrine organicienne; il les expose convenablement, mais sans y ajouter rien de bien nouveau.

— La seconde brochure relative à la fièvre puerpérale est de M. Scipione Giordano, professeur à l'Université de Turin; nous y trouvons le compte rendu de quelques leçons cliniques faites par ce professeur à l'hôpital. Dans quelques notes ajoutées à ce travail, M. Giordano adopte également la même doctrine que M. Martinenq, et il attribue au sang en particulier une grande influence sur le développement de la fièvre puerpérale. Dans plusieurs autopsies, M. Giordano a trouvé dans le cœur et dans les gros vaisseaux des caillots fibrineux dont la formation était antérieure à la mort, et il pense que ces concrétions sont une des causes les plus fréquentes de mort, non-seulement dans les cas de fièvre puerpérale, mais aussi dans d'autres cas de mort subite observés à la suite de l'accouchement; la formation de ces caillots serait favorisée par la coagulabilité plus grande du sang pendant la grossesse.

L'UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE rapporte, dans un de ses derniers numéros, une observation importante, intitulée : *Grossesse de sept mois; apoplexie, mort de la mère; opération césarienne; enfant vivant.* Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, enceinte pour la première fois, bien constituée, d'un tempérament sanguin, qui, au septième mois de sa grossesse, fut atteinte d'une apoplexie grave. M. Bonnet, appelé près d'elle, essaya inutilement de remédier aux accidents qui se manifestaient. Appelé de nouveau auprès de la malade, dont la mort paraissait imminente, il se tint prêt à pratiquer l'opération césarienne. Celle-ci fut commencée aussitôt que les battements du cœur eurent cessé; elle fut faite par le procédé ordinaire, et avec les mêmes précautions que si la femme eût été vivante. L'enfant fut retiré de la cavité utérine; au bout de quelques minutes, il commença à faire quelques légères inspirations; un quart d'heure après, il poussa quelques gémissements plaintifs, et enfin sa vie fut assurée.

Nous regrettons que M. Bonnet n'ait pas rapproché ce fait de ceux qui existent déjà dans la science; il aurait pu préciser ainsi le degré d'intérêt que présente son observation. Nous allons tâcher de suppléer rapidement à cette lacune de son travail.

En 1838, M. Devilliers a publié une thèse sur l'opération césarienne pratiquée après la mort; il a réuni 49 cas, qui, au point de vue du résultat, peuvent être ainsi répartis :

7 enfants extraits morts;

7 enfants ayant survécu;

39 enfants ayant vécu quelques minutes ou quelques heures (les chiffres maximum sont 5, 15, 30 et 34 heures).

Nous trouvons un total de 51, parce qu'il y a dans le nombre deux grossesses gemellaires.

Nous avons pu réunir, depuis cette époque, 21 faits ainsi distribués :

9 enfants morts;

6 enfants ayant survécu;

7 enfants ayant vécu quelques heures (le maximum a été 5 heures).

Nous reviendrons plus loin sur la différence considérable qui existe entre ces deux séries.

A propos de ces faits, il se présente quelques questions qui ont été déjà discutées plusieurs fois et assez longuement : A quelle époque de la grossesse doit-on pratiquer cette opération? Combien de temps après la mort peut-elle être faite avec chance de succès?

Nous pensons qu'on peut les résoudre de la manière suivante : 1° l'opération ne peut guère être faite avec chance de succès qu'après six mois révolus, cependant on pourra opérer lorsque le fœtus aura approximativement atteint l'âge de cinq mois; 2° l'opération sera faite aussitôt que l'on sera appelé auprès du cadavre de la femme enceinte; si le médecin assiste à la mort, il devra opérer aussitôt qu'il aura constaté que celle-ci est réelle.

On trouve dans les auteurs quelques faits curieux relativement à ces questions, mais nous croyons que plusieurs d'entre eux ne peuvent être admis comme vrais; tels sont les suivants : Une jeune fille de quatorze ans, ayant succombé à une affection morale au *quarante-quatrième jour* de la grossesse, fut opérée *trente-neuf heures* après la mort; l'enfant a vécu quelques minutes. Une autre femme, assassinée au neuvième mois de la grossesse, fut opérée quarante-huit heures après la mort, et l'enfant a vécu un quart d'heure.

On cite encore le fait suivant, qui a été, dit-on, très connu et qui paraîtrait être vrai : La princesse Pauline de Schwartzemberg succomba à des brûlures graves à tous les degrés; et vingt-quatre heures après la mort, on retira de l'utérus un enfant qui a survécu.

Nous signalions tout à l'heure la différence qui existe entre la statistique de M. Devilliers et la nôtre; nous croyons pouvoir expliquer ainsi cette différence : M. Devilliers a classé ses faits par ordre chronologique, et l'on remarque que ceux que nous venons de citer et ceux du même genre sont les plus anciens, ceux qui présentent le moins de garantie; les derniers cas de son tableau se rapprochent tout à fait des nôtres, qui sont empruntés aux auteurs contemporains, et accompagnés de tous les caractères d'authenticité désirables. Autrefois ces faits merveilleux réussissaient beaucoup mieux; il en est de même pour quelques autres questions, et en particulier pour celle des combustions humaines spontanées; ces cas, autrefois communs, ne sont plus observés maintenant.

Nous avons laissé de côté, à propos des questions discutées relativement à l'opération césarienne *post mortem*, celles qui tiennent aux dogmes religieux, et en outre la suivante : Cette opération peut-elle être pratiquée par des personnes étrangères à notre art? Nous croyons pouvoir formuler cette réponse : Non; car il faut que

(1) Par suite d'une erreur typographique, notre premier article commence d'une façon assez singulière. Dans la phrase : *Nous trouvons des renseignements* PLUS *utiles*, le mot *plus* a été substitué par mégarde au mot TRÈS.

la réalité de la mort soit bien constatée, et cette constatation ne peut être faite avec certitude que par le médecin. Si la loi autorisait une semblable intervention, on serait exposé à voir se produire des actes criminels comme le suivant, dont nous empruntons la relation au SIÈCLE du mardi 6 novembre :

« On écrit de Zwolle (Hollande) à l'IMPARTIAL DE BRUGES : Un crime épouvantable, dû au fanatisme d'un prêtre catholique, vient de troubler la quiétude de nos belles campagnes. La femme de Jean Korf, à Lonneker, était sur le point d'accoucher, lorsque le curé de cette commune, le sieur R...., s'avisa de pratiquer sur elle, au moyen d'un couteau de table, la terrible opération connue en chirurgie sous le nom d'*opération césarienne*.

» Inutile de dire que cette délivrance forcée, faite par un homme tout à fait étranger à la science chirurgicale, fut accomplie contrairement aux règles de l'art. Elle devait nécessairement avoir et eut pour résultat d'amener la mort de la mère et de l'enfant. L'abbé R... prétend pour sa justification que la femme Korf était déjà en danger de mort lorsqu'il a pratiqué l'opération césarienne, et que les prescriptions du culte catholique l'obligeaient à sacrifier la mère pour sauver l'enfant. Mais les allégations de ce fanatique sont contredites par les faits ; sa victime était forte et bien constituée, et le matin même de l'attentat elle travaillait encore aux champs. La justice a ouvert une instruction sur ce crime, que nous croyons sans précédent. »

— M. Ancelet nous présente une étude malheureusement un peu incomplète sur une complication de la grossesse qui paraît également être assez rare : *Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes*. La collection de notre journal nous permettra de compléter à peu près ce travail ; dans le tome III (année 1856), nous trouvons l'analyse d'un mémoire publié par M. Thibierge dans les *Archives*, et une observation de M. Zerbe (pages 461 et 638). Ces végétations se développent dès le début de la grossesse suivant les uns, et suivant d'autres à partir du quatrième mois. Quoi qu'il en soit, elles ne dépendent pas de la syphilis, et c'est là un des points les plus importants de leur histoire. Dès 1815, Cullerier avait exprimé clairement ce fait, et il ajoutait que ces tumeurs disparaissent spontanément après l'accouchement ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et comme, d'ailleurs, elles peuvent être un obstacle réel à l'accouchement, il sera souvent nécessaire d'instituer un traitement. Quel doit-il être? Voici ce que nous apprennent les faits publiés. Sur cinq femmes (Thibierge), le traitement par les caustiques, le broiement ou l'excision échoua quatre fois ; dans deux de ces mêmes cas, on continua après l'accouchement, et la guérison eut lieu au bout de six semaines ; mais un mois après, une des malades revint à l'hôpital avec de nouvelles végétations. Dans le cas de M. Zerbe, on essaya inutilement de nombreux traitements : lotions avec le sublimé, le nitrate d'argent, ligatures, cautérisation au nitrate d'argent. On arriva ainsi à dégager la vulve, qui était obstruée. L'accouchement eut lieu ; dès lors les végétations commencèrent à pâlir et disparurent complétement en quatre semaines.

Le travail de M. Ancelet contient quatre faits : deux observés par M. Chassaignac ; ce chirurgien pratiqua l'ablation par le procédé de ligature, qu'il nomme écrasement linéaire ; les malades guérirent. Dans un fait de Salmade, la guérison eut lieu à la suite d'applications de topiques insignifiants ; enfin, M. Ancelet emploie avec succès et recommande le traitement suivant : « lotions répétées trois fois par jour, badigeonnage avec la teinture d'iode ; isolement des surfaces en contact au moyen d'un linge fin et de charpie ; trois fois par jour application d'une poudre composée de peroxyde de fer, poudre de sabine, alun calciné par portions égales. »

Nous pensons que le meilleur traitement à employer serait l'écrasement linéaire, ou bien, autant que nous pouvons en juger par analogie, l'excision avec des ciseaux suivie de la cautérisation du point d'implantation, au moyen du nitrate d'argent. Ces opérations pourraient être pratiquées sans que l'on ait à craindre un accouchement prématuré ou un avortement, comme paraît le croire M. Ancelet.

— Le travail de M. Mattei sur les *divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes* est un des plus intéressants que nous ayons à signaler ici. Des recherches historiques faites avec soin lui ont permis de réunir cent faits de grossesses extra-utérines *anciennes ;* il cite une statistique de 75 cas réunis par Campbell, dans lesquels la femme a porté l'enfant au delà du terme ordinaire de neuf mois ; ils sont ainsi répartis :

6 cas de trois mois à un an ; 27 d'un an à deux ans ; 12 de deux ans à cinq ans ; 9 de cinq ans à dix ans ; 6 de dix ans à vingt ans ; 5 de vingt ans à trente ans ; 5 de trente ans à quarante ans ; 2 de quarante ans à cinquante ans ; 3 de cinquante ans à soixante ans.

Malheureusement la terminaison de ces cas n'est pas indiquée par l'auteur anglais ; et, à ce point de vue, la statistique de M. Mattei porte seulement sur les 100 faits qu'il a pu réunir. Ils sont ainsi classés :

12 femmes mortes accidentellement après avoir porté la grossesse pendant plusieurs années ;

5 femmes mortes par suite des accidents de la grossesse sans que le kyste se soit ouvert au dehors ;

37 kystes *ouverts à la paroi abdominale externe ;*
Ouverture spontanée, 21 ; dont 20 guérisons, 1 mort ;
Ouverture ou extraction secondée par l'art, 7 guérisons ;
Gastrotomie en un ou plusieurs temps, 9 guérisons.

8 kystes *ouverts dans la vessie*, d'où on a extrait les os par des opérations : 6 guérisons, 2 morts.

7 kystes *ouverts dans le vagin :* 2 ouvertures spontanées, 2 morts ; 5 ouvertures artificielles : 4 guérisons, 1 mort.

31 kystes *ouverts dans l'intestin* avec ou sans intervention de l'art : 12 guérisons, 19 morts.

Quelques-unes des conclusions formulées par M. Mattei résument les enseignements qui résultent de ses recherches :

« De tous les modes de terminaison, soit par les seuls efforts de la nature, soit par les ressources de l'art, le plus fréquent (38 sur 100) et le plus heureux est celui où le kyste s'ouvre aux parois externes de l'abdomen. La sortie du contenu est alors plus facile, et les accidents graves de l'inflammation et des résorptions putrides n'ont presque jamais lieu.

» L'ouverture du kyste dans la vessie est rare (8 sur 100) et moins heureuse que la précédente, parce qu'elle nécessite des opérations consécutives encore plus que parce qu'elle a des conséquences immédiates.

» L'ouverture du kyste dans le vagin est un peu plus rare que dans la vessie (7 sur 100) ; mais ce qui paraîtra plus surprenant, c'est qu'elle est plus meurtrière (3 sur 7), surtout lorsque l'art ne vient pas en aide à la nature.

» La terminaison par l'ouverture dans l'intestin est fréquente (31 sur 100), et malheureusement elle est la plus funeste de toutes, puisqu'il y a trois femmes mortes sur cinq. »

Cette étude démontre que l'on ne devra pas toujours se borner à l'expectation conseillée par plusieurs auteurs, notamment par Gerdy, mais qu'il faudra intervenir dans un certain nombre de cas.

Voici les conclusions de M. Mattei relativement à cette intervention :

« Lorsqu'on a le temps d'attendre, le meilleur procédé pour diviser le kyste est de l'ouvrir en plusieurs temps. Les caustiques sont souvent préférables à l'instrument tranchant. Dès que le kyste est ouvert, il faut extraire aussitôt toutes les parties libres du contenu, laisser tomber avec la suppuration celles qui sont adhérentes, et prévenir les décompositions et les résorptions putrides par des injections détersives.

» Quant au lieu par lequel il faut ouvrir le kyste, c'est par les parois abdominales qu'il faut l'attaquer. S'il est tout à fait rapproché de la muqueuse vaginale, on le divisera par cette dernière voie. Enfin, si la nature commence un travail d'élimination sur un point quelconque, c'est là qu'il faut opérer ; mais il faut le faire le plus promptement possible, surtout s'il s'agit de l'intestin. »

Nous regrettons de ne pouvoir nous arrêter davantage à quelques détails de ce travail ; l'auteur a colligé avec patience les ma-

tériaux épars, et il est arrivé à un résultat assez satisfaisant; cependant il existe encore à notre connaissance d'autres observations dont il aurait pu tirer parti, et notamment quelques-unes de celles consignées dans un mémoire de Deneux sur ce sujet (*De la terminaison des grossesses extra-utérines*, in *Journal de Sédillot*, t. LXIX, p. 37), travail d'ailleurs fort incomplet, mais dont M. Mattei aurait pu tirer quelque parti.

(*La fin prochainement.*)

JULES ROUYER.

VII

VARIÉTÉS.

Un journal avait annoncé, sous toutes réserves, il est vrai, qu'*une certaine agitation* régnait au sein de la Faculté de médecine de Paris, sur la question du rétablissement du concours *pour la nomination des professeurs aux chaires vacantes*. On allait jusqu'à dire que les professeurs avaient voté pour le rétablissement du concours, et les agrégés pour le maintien du *statu quo*.

Notre collègue a reconnu depuis que ses informations étaient inexactes. Il n'y a eu, en effet, et il ne pouvait y avoir sur une question réglée par la loi, ni délibération, ni vote, de la part d'un corps enseignant.

Nous croyons seulement pouvoir dire, à ce propos, que, à l'occasion de la nomination de M. Dumontpallier comme chef de clinique, plusieurs professeurs ont exprimé *individuellement* le désir que le concours fût établi pour cette sorte de fonction.

La Faculté de médecine de Paris, invitée par M. le ministre de l'instruction publique à lui présenter une liste de trois candidats pour la chaire de pathologie interne vacante dans son sein, a procédé, samedi dernier, à l'élection des candidats qui s'étaient présentés pour remplir cette chaire.

La Faculté, après plusieurs scrutins, a arrêté sa liste de la manière suivante :

En première ligne, M. Monneret;
En deuxième ligne, M. Beau;
En troisième ligne, M. Barth.

— Le Conseil académique, invité à son tour à faire sa présentation, a décidé à l'unanimité qu'il maintiendrait la liste de la Faculté avec deux candidats seulement : 1° M. Monneret, 2° M. Beau.

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

AMERICAN MEDICAL MONTHLY. — 1860. — Janvier. Observations et remarques sur les présentations pelviennes, par *Thomas*. — Ablation d'un corps fibreux énorme de l'utérus, par *Nelson*. — Nouveau serre-nœud, par *Carroll*. — L'affection croupale, par *Porges*. — Ancienneté des épizooties rabiques, par *Husemann*. — Février. Difficultés et avantages du cathétérisme des voies respiratoires, par *Green*. — Traitement de la mort apparente des nouveau-nés, par *Rogers*. — Épidémie de diphthérie, par *Coskery*. — Intra-pelvimètre, par *King*. — Mars. Sur les déplacements de l'utérus, par *Peaslee*. — Emploi de l'iodure de potassium contre la salivation mercurielle, par *Kelly*. — Remarques sur les maladies des tropiques, par *Van Arcken*. — Polype utérin traité par les injections de perchlorure de fer, par *Graham*.

ATLANTA MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Novembre. Plaie par arme à feu, par *Weatherly*. — Traitement de l'érysipèle par l'acide acétique, par *Hauser*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — 1860. — N° 1. Fièvre jaune de Charleston dans ses rapports avec le commerce des Indes occidentales, par *Hume*. — Guérison d'une hernie par l'opération de Wutzer, par *Ogier*. — 2. Pathologie de la glande pituitaire, par *Middleton Michel*. — Emploi médical de la viande crue, par *Leverett*. — Emploi du sulfate de quinine contre les hémorrhagies utérines et quasi-périodiques, par *Rich*. — Ligature de l'artère iliaque externe, par *Chisolm*. — Ligature de l'artère fémorale dans un cas d'éléphantiasis de la jambe et du pied, par *Ogier*.

NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — 1860. — Janvier. Sur l'inflammation (suite). — Diphthérie, par *Bigelow*. — Quelques remarques sur l'usage et sur l'abus du spéculum, et sur les polypes de l'utérus, par *Cant*. — Fistules uréthro-vaginales, vésico-vaginales et recto-vaginales; remarques générales; résultats de la suture à bouton, par *Bozeman*. — Du tabac comme antidote du venin du serpent à sonnettes, par *Peake*. — Sur les fongosités utérines, par *Trudeau*. — Remarques sur l'absorption et les traitements enépidermique, cataraleptique, endermique et hypodermique, par *Bennet Dowler*. — Remarques sur la guérison radicale des hernies, par *Nott* — Remarques historiques et critiques sur l'origine des doses élevées de sulfate de quinine, par *Bennet Dowler*. — Attitude des morts sur le champ de bataille, par *le même*. — Mars. Réunion par première intention et résorption purulente, par *Stone* — Sur les piqûres anatomiques, par *Nichols*. — Occlusion accidentelle du col utérin, par *Suggs*. — Rétrocession du travail traitée avec succès par le sulfate de quinine, par *Woodward*. — Sur l'action des oreillettes du cœur, par *Smith*. — La nature et l'art dans la curation des maladies, par *Wall*. — Fistules vésico-vaginales, etc., par *Bozeman*. — Recherches sur la chaleur animale, par *Bennet Dowler*. — Mai. Manie alcoolique, par *Stone*. — Fistules vésico-vaginales, etc. (suite). — Antidote du venin des serpents, par *Peake*.

NEW-ORLEANS MEDICAL NEWS AND HOSPITAL GAZETTE. — N° 10. Sur l'étude de la médecine légale, par *Harrison*. — Cas d'hématurie miasmatique, par *Brickell*. — Vie et travaux de Laennec, par *Flint*. — 1860. — Janvier. Hématurie miasmatique, par *Marsh* et *Cummings*. — Remarques sur l'hypertrophie du cœur, par *Flint*. — Février. Clinique, par *Flint*. — Plaie pénétrante du crâne, par *Devron*. — Clinique, par *Brickell*. — Ablation d'un cancer de la langue par l'écraseur, par *Choppin*. — Mars. Abcès du foie, par *Flint*. — Hydrocéphale; ponction, par *Marsh*. — Sur l'hématurie. — Traitement de la fièvre typhoïde, par *Brown*. — Avril. Signes physiques des cavernes pulmonaires, par *Flint*. — Mort par le chloroforme, par *Bevron* et *Flint*. — Tubercule du cerveau, par *Kelley*. — Traitement de l'algidité congestive, par *Keator*. — Épidémie de fièvre jaune, par *Mac-Craven*. — Mai. Bronchite capillaire et pneumonie, par *Flint*. — Cancer du sein, par *Marsh*.

THE CINCINNATI LANCET AND OBSERVER. — Décembre. Indications du trépan dans les cas de traumatismes, par *Hutchinson*. — Sur les maladies du sac lacrymal, par *Williams*. — Extraction d'un corps mobile du genou, par *Cooper*. — 1860. — Janvier. Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par la méthode de Marshall-Hall, par *Keyt*. — Traitement du prolapsus du cordon, par *Mendenhall*. — Extirpation d'un goitre suivie de mort, par *Cooper*. — Hydropisie enkystée de l'ovaire, par *James*. — Dents artificielles arrêtées dans l'œsophage, par *Butcher*. — Accumulation de matières fécales dans le rectum, par *Bryant*. — Février. Cas d'abcès du foie et du poumon, par *Leonard*. — Cas d'ostéo-sarcome de la clavicule, par *Cooper*. — Hydarthrose du genou, par *Houghton*. — Cachexie exophthalmique, par *Williams*. — Fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, par *Rooker*. — Mars. Nouvelle théorie de la température de l'atmosphère, par *Casselberry*. — Remarques sur la diphthérie, par *Meranda*. — Emploi de l'ipécacuanha dans la diarrhée et la dysenterie, par *Cooper*. — De la prédisposition héréditaire comme cause de phthisie pulmonaire, par *Butcher*. — Hydrophthalmie, par *Clark*. — Avril. Évacuations sanguines dans les inflammations, par *Hibberd*. — Fissure de l'anus, par *Cox*. — Tumeur aqueuse des grandes lèvres, par *Underwood*. — Mai. Viol et chloroforme, par *Walker* et *Reeve*. — Remarques sur la diphthérie, par *Kersey*. — Deux cas de plaies du genou, par *Dougan Clark*. — Empoisonnement par la stramoine, par *Bryant*.

Livres.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS : ANATOMIE NORMALE; ANATOMIE PATHOLOGIQUE; CLINIQUE (35e année de la publication; 2e série, t. V; juillet et août 1860), rédigé par le docteur *Genouville*, secrétaire. Chaque année forme un volume d'environ 500 pages. Paris, Victor Masson et fils. Prix de l'abonnement. 7 fr.
Pour la province. 8 fr.

DICTIONNAIRE GÉNÉRAL DES EAUX MINÉRALES ET D'HYDROLOGIE MÉDICALE, COMPRENANT LA GÉOGRAPHIE SUR LES STATIONS THERMALES, LA PATHOLOGIE THÉRAPEUTIQUE, LA CHIMIE ANALYTIQUE, L'HISTOIRE NATURELLE, L'AMÉNAGEMENT DES SOURCES, L'ADMINISTRATION THERMALE, etc., par les docteurs *Durand-Fardel*, *E. Lebret* et *J. Lefort*, avec la collaboration de M. *Jules François*. 2 forts vol. (t. I, 704 pages, et t. II, 960 pages). Paris, J.-B. Baillière et fils. 20 fr.

ÉTUDES CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES OS, par le docteur *Alphonse Milne-Edwards*. In-8 de 192 pages. Paris, Victor Masson et fils. 2 fr. 50

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES DE BOURBON-L'ARCHAMBAULT, FAITES PENDANT L'ÉTÉ DE 1858, par *Grellois*. In-8 de 67 pages. Paris, Victor Rozier. 2 fr.

LA PATHOLOGIE CELLULAIRE, BASÉE SUR L'ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DES TISSUS, par *Rudolph Virchow*, traduit de l'allemand, sur la seconde édition, par le docteur *Paul Picard*. In-8 de 416 pages, avec 144 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, par le professeur *J.-F. Malgaigne*. *Septième édition*, entièrement refondue. 1 fort vol. grand in-18 de 820 pages. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PARALYSIE DITE DIPHTHÉRIQUE, A PROPOS D'UN NOUVEAU CAS OBSERVÉ A L'HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, par *L. Colin*. In-8. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

RECHERCHES SUR LES SUPPURATIONS ENDÉMIQUES DU FOIE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE NORD DE L'AFRIQUE, par le docteur *J.-L. Rouis*. In-8 de 456 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES, par le docteur *F. Barrier*. 3e édition, revue et augmentée. 2 vol. grand in-8. Paris, Chamerot. 18 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS.— IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. | PARIS, 30 NOVEMBRE 1860. | N° 48.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu la lettre de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, en date du 28 juin 1860,

Arrête :

M. CHARRIÈRE fils (Jean-Jules), fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris, est nommé fournisseur de la Faculté de médecine de Paris.

Fait à Paris, le 23 juillet 1860.

Signé : ROULAND.

Pour ampliation : *Le Directeur du personnel et du secrétariat général,*

Signé : G. ROULAND.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

BOURBON.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 29 novembre 1860.

DE LA *cataracte diabétique;* EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES. — *Revue de pharmacie et d'histoire naturelle médicale:* RECHERCHE DU MERCURE DANS L'ÉCONOMIE. — ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES LARVES DE MOUCHE, NOTAMMENT DE LA *Lucilia hominivorax*. — NOUVEAU PARASITE DE L'HOMME : *Argus reflexus*. — SOLUTION D'IODURE FERREUX. — PRÉPARATION DE LA POMMADE A L'IODURE DE POTASSIUM. — PRÉSENTATION DES CANDIDATS A LA PLACE VACANTE DANS LA SECTION D'ACCOUCHEMENTS.

Le rapport étiologique du diabète et de la cataracte, sur lequel nous avons appelé, il y a un an déjà, l'attention de nos lecteurs (*Gaz. hebd*, t. VI, p. 804), a été depuis lors l'objet d'études importantes. Nous ne parlons pas de ces nouveaux cas de *cataracte diabétique* insérés dans diverses publications, principalement en Angleterre, et qui, par l'insuffisance du nombre, sont plus propres à établir la coexistence des deux états morbides que la subordination de l'un à l'autre.

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

LES MÉDECINS DE L'ITALIE UNE.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Le corps expéditionnaire de Garibaldi compte — ou du moins comptait — plusieurs notabilités médicales, les unes attachées aux ambulances, les autres ayant échangé la trousse contre le sabre ou le fusil, presque toutes déjà aguerries par de précédentes campagnes.

A la tête du service de santé est RIPARI (de Crémone), qui, après avoir rempli à Rome les fonctions de médecin en chef de la légion garibaldienne, les a reprises dans les États napolitains. Il a passé sept ou huit ans dans les prisons de Pagliano comme détenu politique, et, circonstance assez piquante, il doit, nous a-t-on dit, sa délivrance à une dame française, sœur de lait d'un très haut et très puissant personnage, à laquelle plusieurs autres exilés italiens sont également attachés par des liens de reconnaissance. Après Ripari, les seuls que nous puissions mentionner, faute de connaître les autres, sont : MAROZZI (de Pavie), vétéran de l'armée de Venise sous Manin et familiarisé de longue main avec les bombes, le choléra et la famine ; BRAMBILLA et GEMELLI, chirurgiens distingués du grand hôpital de Milan, qui ont accompagné Garibaldi en Sicile comme ils l'avaient déjà suivi en Lombardie, et ont reçu tous deux la médaille de la Valeur militaire ; CRISTOFORIS, frère du capitaine de ce nom et à qui l'on doit un mémoire remarqué *sur la résection pubienne sous-périostée substituée aux plus graves opérations chirurgicales*. Ce travail, basé sur des recherches expérimentales, a paru dans les ANNALES D'OMODEI.

Parmi les médecins qui servent comme officiers ou simples soldats figurent : Andrea BIANCHI, député au parlement de Turin, parti le sac sur le dos et qui s'est bien battu sur les bords du Vulturne; BOLDRINI, un vaillant; SACCHI, un ange de douceur au foyer, un diable au feu, que n'ont pu retenir l'amour d'une femme et les

L'investigation a passé du domaine purement clinique dans celui de l'expérimentation, et c'est cette phase de la question que nous tenons à signaler.

L'impulsion a été donnée au commencement de 1860 par M. S. Weir Mitchell, dans The American Journal of the Medical Sciences (janvier). M. Mitchell faisait des expériences sur l'absorption du woorara par les membranes animales. Une solution de cette substance avait été enfermée dans un estomac de lapin, et l'estomac, plongé pendant deux heures dans du sirop; on injecta de ce sirop 2 drachmes (un peu moins de 4 grammes) sous la peau d'un pigeon, qui ne ressentit aucun effet du poison, et un drachme et demi sous la peau d'une grenouille, qui mourut au bout de cinq heures. On s'assura qu'aucune parcelle de poison n'avait passé dans le sirop à travers les membranes de l'estomac. De quoi donc était morte la grenouille? M. Mitchell soupçonna que le sucre pouvait devenir toxique dans de certaines conditions, et des expériences ultérieures le confirmèrent dans cette pensée; mais en même temps il constata un autre fait: c'est que cette sorte d'empoisonnement amène constamment l'opacité du cristallin.

A ce dernier point de vue, les expériences de M. Mitchell viennent d'être reprises et considérablement étendues par M. Richardson. Le travail dans lequel il expose les résultats obtenus (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, sous la direction de M. Brown-Séquard, n^{os} de juillet et octobre 1860) n'a pas encore paru en entier; mais la presque totalité des expériences est évidemment renfermée dans les deux articles que nous avons sous les yeux; et quand nous aurons dit que ces expériences sont au nombre de *cent*, on admettra qu'il soit permis de les interroger dès à présent. Peu de mots, du reste, suffiront.

Deux grenouilles, un petit poisson (un *véron*), furent plongés, en vie, dans du sirop de sucre de canne. Chez ces trois animaux le cristallin devint opaque dans l'intervalle de plusieurs heures. Chez une des grenouilles et le poisson, l'opacité disparut, soit en ajoutant de l'eau au sirop, soit en transportant l'animal dans de l'eau pure.

Dans 56 expériences faites sur 48 grenouilles, 2 crapauds, 1 poisson, 2 cochons d'Inde, 1 chien et 2 lapins, des solutions de sucre de canne, de sucre de raisin, de sucre de lait, de mannite, d'extrait de réglisse, d'*urine diabétique* (7 expériences) et de glycérine, furent injectées à la dose d'un ou de plusieurs drachmes, le plus souvent sous la peau, quelquefois dans le péritoine. *Presque constamment*, dans l'espace de quelques heures, d'un jour au plus, il s'est produit une opacité du cristallin, tantôt d'un seul, tantôt des deux côtés, et cette opacité a été vérifiée par l'extraction des lentilles. Chez les animaux non sacrifiés, elle durait plus ou moins longtemps, puis disparaissait graduellement. Le retour à la transparence était manifestement plus rapide quand l'animal (s'il s'agissait de la grenouille) était plongé dans l'eau pure. Ce résultat a été obtenu même sur des grenouilles mortes des suites de l'expérience. L'opacité occupait le plus souvent les couches superficielles de la lentille; mais dans plusieurs cas il existait une vraie cataracte centrale. Nous n'avons pas vu que la lentille fût ramollie, comme quelques chirurgiens ont dit l'avoir observé pour la cataracte diabétique.

Nous ne croyons pas devoir entrer plus avant dans le récit de ces expériences; nous attendrons que l'auteur en résume lui-même les résultats généraux et les applications qu'il entend en faire à la pathologie. Nous nous bornerons pour le moment à deux remarques. La première, c'est que, la question en litige étant celle de l'influence spéciale de la glycosurie sur la production du diabète, il eût été important de savoir si l'introduction de substances saccharines sous la peau ou dans les cavités splanchniques amenait réellement quelque modification dans la composition chimique de l'urine chez le chien, chez le lapin et même chez les grenouilles, dont l'urine se rapproche d'une manière assez remarquable de celle de l'homme, puisqu'elle contient de l'urée, du chlorure de sodium et du phosphate de chaux. En second lieu, la suite des expériences de M. Richardson ne tend guère à appuyer l'idée d'une action particulière du sucre introduit dans la circulation; car, dans 40 autres expériences tout à fait semblables aux précédentes, à la différence près que le liquide injecté *ne contenait pas de sucre*, le résultat a été le même. Le cristallin est devenu opaque sensiblement dans la même proportion de cas et avec les mêmes circonstances de distribution et de durée. Nous savons bien que l'auteur qualifie les substances ainsi injectées en solution de *plus ou moins analogues à la série saccharine* (more or less analogous to the saccharine series); mais il faut dire que ces substances sont l'alcool, le chlorure de sodium, le chlorure d'ammonium, le chlorure de potassium; le lactate, le carbonate et le phosphate de soude; le phosphate, le carbonate et le sulfate de potasse; enfin le sérum du sang. La solution de phosphate de soude (3 expériences) et le sérum du sang (3 expériences publiées) sont les seuls liquides dont l'injection n'ait pas déterminé l'opacité du cristallin.

Dans cet état de la question, et en tenant compte de

---

caresses d'enfants adorés; Tommasi enfin, élève de Buffalini, l'un des premiers prix de l'École de Florence, envoyé à Paris pour y faire des études complémentaires et devenu plus tard, à Florence, prosecteur du Musée.

Nous ne parlons ici que des confrères qui ont suivi Garibaldi dans l'Italie méridionale. La liste serait trop longue de ceux qui se sont distingués, soit dans l'armée régulière venue au secours de l'insurrection, soit dans la guerre de 1859. Nous en nommerons deux pourtant, parce que leurs noms nous viennent sous la plume: le professeur Cortesi (de Padoue) et le docteur Maestri. Le premier, qui fait partie de l'armée piémontaise, est auteur de mémoires estimés sur la chirurgie militaire. L'un de ces mémoires a pour titre: *Des blessures qui atteignent les canonniers quand le coup part dans l'acte de charger le canon* (Delle ferite che riportano i cannonieri se parte il colpo nell' alto di caricare il cannone). M. Maëstri, qui a fait, comme médecin de régiment, la campagne de 1859 dans la légion garibaldienne, qui a été blessé près de Brescia et a reçu la médaille de la Valeur militaire, était autrefois directeur d'une maison de santé à Milan. Dans la grande insurrection de 1849, il fut fait prisonnier les armes à la main et bien près d'être fusillé. Exclu de l'amnistie autrichienne, il émigra, et ce sont les événements de l'année dernière qui seuls lui ont permis de rentrer dans sa patrie. Notre confrère appartient à la presse médicale. Il rend plus spécialement compte, dans plusieurs revues italiennes, des publications françaises.

Nous devons encore une mention particulière aux médecins civils que les circonstances ont appelés à mettre leur dévouement au service de la cause nationale. Les batailles de 1859 avaient encombré de blessés tous les hôpitaux de l'Italie septentrionale. Une commission sanitaire fut instituée, et de grands hôpitaux ouverts aux blessés et malades des trois nations belligérantes. Après Magenta et Melegnano, peu d'heures suffirent pour improviser dans la ville de Milan 24 hôpitaux, où près de *vingt-six mille* soldats vinrent demander les secours de l'art à 280 médecins civils. Après Solferino, Brescia, dont la population est de 30,000 âmes, ouvrit 32 hôpitaux, où elle recueillit un nombre de malades égal à

l'énorme différence qu'on peut concevoir, jusqu'à plus ample informé, entre l'état d'un animal à qui l'on injecte une liqueur sucrée sous la peau (le sucre se retrouvât-il dans l'urine et les autres fluides de l'économie) et l'état morbide connu sous le nom de *diabète*, il nous paraît prudent de faire des réserves quant à la cause directe de l'opacité du cristallin chez les animaux mis en expérience, et quant aux déductions pathologiques à tirer du résultat expérimental.

En rendant compte de ses essais avec l'urine sucrée, M. Richardson avait rappelé que cette urine avait été recueillie chez des diabétiques affectés de cataracte, et confiés aux soins de MM. Lawrance et Wiltshire. Ce dernier vient précisément d'exposer, dans une leçon à *Charing-Cross Hospital* (voyez *The Lancet*, n° 17, 27 octobre), l'observation du sujet visité par M. Richardson. C'est une femme de vingt-neuf ans qui a commencé à ressentir de fréquentes envies d'uriner et une soif intense environ un an avant d'éprouver un affaiblissement de la vue. Quand elle entra à l'hôpital, elle était glycosurique, et portait deux cataractes. M. Hancock a pratiqué avec succès l'opération, et constaté que les lentilles étaient molles.

A. Dechambre.

Il est important de connaître les voies d'élimination des substances médicamenteuses introduites dans l'économie, et de savoir combien de temps l'organisme exige pour s'en débarrasser. M. Schneider, en étudiant les divers procédés usités pour la recherche du mercure, a trouvé que l'hydrogène sulfuré était le réactif qui décelait les quantités de mercure les plus petites, puisqu'il permet de reconnaître 0gr,002 dans 100 centimètres cubes d'eau. Mais ce procédé ne peut être employé pour la recherche du mercure dans les urines, car il se fait des sels doubles avec les chlorures alcalins du corps; aussi propose-t-il, pour déceler la présence du mercure dans les urines, le procédé suivant. On fait passer dans les liqueurs préalablement acidulées, pour les rendre plus conductrices, le courant galvanique fourni par six éléments de la pile de Smee. L'électrode positif est une petite lame de platine; l'électrode négatif est un fil d'or d'un millimètre d'épaisseur ayant son extrémité renflée de 2 millimètres. Comme l'œil ne permet pas de voir si l'or s'est amalgamé, M. Schneider le met dans un tube effilé à un bout, scelle l'autre bout à la lampe, et chauffe le tube au rouge sombre, de façon à volatiliser le mercure dans la partie effilée du tube. Il étire alors le tube et fait arriver sur la vapeur du mercure condensée un peu d'iode qui forme des anneaux jaunes ou rouges de protoiodure ou de biiodure de mercure caractéristiques. Ce procédé lui permet de découvrir ainsi la présence de 0gr,001 de mercure dans 500 centimètres cubes de liquide. La suite de ses expériences lui a permis de reconnaître que 1° l'urine des individus syphilitiques non soumis au traitement mercuriel ne renferme pas de mercure; 2° que l'urine des malades qui ont cessé le traitement hydrargyrique depuis quelques mois n'en donne pas non plus; 3° que pendant tout le temps que dure le traitement et pendant quelques jours après sa cessation, l'urine renferme du mercure; 4° que l'emploi de l'iodure de potassium ne paraît pas influer sur l'élimination du mercure; 5° que, dans les cas d'intoxication, les urines renferment des proportions considérables de mercure. Chez un malade, mort par l'absorption d'une trop grande quantité de mercure, le métal a été trouvé dans le cerveau, et surtout dans le foie. (*Journal de pharmacie et de chimie*, novembre 1860.)

— La science possède un nombre assez considérable de cas où des larves de diverses espèces de mouches se sont développées chez l'homme et y ont déterminé des accidents graves; mais c'est surtout dans les pays chauds qu'on rencontre les espèces dont les larves vivent à nos dépens; et des observations nombreuses ont été publiées par MM. Saint-Pair, Chapuis, Coquerel, etc., de malades gravement atteints par la larve de la *Lucilia hominivorax* (Coq.). Mais dans le plus grand nombre des relations qui ont été faites de ces accidents, toujours, comme le fait observer M. Richard de Gumbleton Daunt, les médecins n'ont indiqué que très brièvement les signes pathognomoniques et le traitement qu'il convient d'appliquer. Presque tous les malades qui ont été observés, soit à Cayenne, soit au Brésil, étaient de pauvres gens, des émigrants, par exemple, qui négligeaient les soins de propreté que réclame l'hygiène. D'abord, et ce premier symptôme échappe souvent au malade, il existe un fourmillement léger dans les fosses nasales, où l'insecte a déposé ses œufs; puis la douleur devient plus intense et finit par être intolérable : des éternuments se font à des intervalles de temps rapprochés, et bientôt apparaît un écoulement séro-sanguinolent fétide par les fosses nasales, écoulement qui est caractéristique et qui est reconnu tel par tous les observateurs au Brésil. Quand la tumeur, qui se forme sous l'influence de l'excitation produite par des larves nombreuses, est appa-

---

la moitié de ses habitants. Dans ces diverses localités, les médecins des villes et des campagnes allaient relever les blessés jusque sur le champ de bataille et sous le feu de l'ennemi.

Cette belle conduite a été dignement appréciée par les confrères de l'armée nationale et de l'armée française, et il s'en est suivi, entre les médecins militaires et les médecins civils, entre les chefs du service sanitaire français et les médecins des hôpitaux improvisés, un échange de lettres où la reconnaissance d'un côté, la sympathie de l'autre, ont revêtu toute la vivacité de sentiments et d'expressions que provoquent naturellement des événements de cette importance. Sous ce grand courant d'émotions qui faisait palpiter toute la Lombardie, qui emplissait de tumulte et de *Evviva* le Corso de Milan ou la Scala, qui poussait aux fenêtres toutes les femmes et leur mettait à la main — tant le délire était grand! — le mouchoir au lieu de l'éventail, s'était établi dans l'atmosphère médicale un courant plus restreint, plus profond, plus durable, en rapport avec la grandeur de cette œuvre commune de courage et de charité. Quatorze croix de la Légion d'honneur ont été distribuées aux médecins italiens. Sur ce nombre, la presse médicale en a obtenu quatre dans la personne de MM. Strambio, rédacteur de la *Gazette médicale de Lombardie*; Borelli, qui rédige la *Gazette médicale des États sardes*; Griffini, des *Annales d'Omodei*, et Massone, de la *Liguria medica*. Cette distinction récompense en eux le zèle intelligent qu'ils ont déployé dans la direction d'hôpitaux provisoires. Un honorable médecin de Padoue, M. Marzolo, avait montré tant d'humanité envers les blessés ennemis, que le gouvernement autrichien a cru devoir lui décerner une médaille. Mais Hippocrate vit encore, et le présent a été refusé.

Nous devons ajouter que plusieurs des confrères qui avaient été placés à la tête de services hospitaliers pendant la guerre de 1859 ont voulu payer leur dette à la science après s'être acquittés envers le pays, et ont publié le résultat de leurs observations cliniques. Nous connaissons trois relations de ce genre : l'une du docteur Ambrosio Gherini (*Relazione chirurgica dell' ospitale militare provvisorio di S.-Filippe*), l'autre du docteur L. Paravicini (*L'ospitale militare a Santa-Maria di Loreto*), la troisième du doc-

rente au dehors, elle offre une couleur noire et au centre une petite ouverture par laquelle sortent les larves. Le meilleur traitement consiste à injecter dans les fosses nasales une solution de mucilage et de quassia, à laquelle on a ajouté quelques grammes de précipité blanc (oxychlorure ammoniacal de mercure), qui tue immédiatement les larves et dont l'emploi est suivi de leur prompte expulsion, surtout si l'on favorise leur sortie par une légère pression de la tumeur. On s'est aussi trouvé bien de l'application d'une forte décoction de tabac, qui engourdit et tue les larves de Lucilia. Il est important de débarrasser le malade au plus vite; car les larves, souvent très multipliées (on en a compté jusqu'à trois cents chez un malade), se développent rapidement, et les désordres qu'elles occasionnent déterminent en peu de jours la mort du malade, ou tout au moins des pertes de substance qui peuvent s'étendre jusqu'à l'organe nasal tout entier. (*Dublin Medical Press*, septembre 1860.)

— Les animaux offrent un assez grand nombre de parasites qui tantôt sont particuliers à certaines espèces bien déterminées, et tantôt, au contraire, attaquent des espèces différentes, souvent voisines, mais quelquefois très éloignées. C'est ainsi qu'on a décrit plusieurs épizoaires d'animaux qui se sont développés sur l'homme, et alors, le plus ordinairement, c'est des animaux domestiques que proviennent ces parasites. M. A. Gerstaecker, qui s'est occupé de l'étude de cette question, vient de signaler un nouveau parasite de l'homme, l'*argas reflexus* (Latr.), acaride qui vit ordinairement sur les pigeons et les oiseaux de basse-cour, mais qui, dans quelques circonstances, se fixe sur notre espèce et y détermine des accidents analogues à ceux que provoque l'*argas persicus*. Cet acaride a le corps oblong, atténué en avant, et muni d'un appareil de succion qui lui permet de satisfaire facilement son goût pour le sang, goût qu'il partage avec la punaise et quelques autres insectes. Les piqûres, qui s'adressent plutôt à la peau des étrangers qu'à celle des habitants du pays, sont extrêmement douloureuses, et peuvent même, dans certains cas, dit-on, amener la mort par épuisement. Il est extrêmement difficile de se débarrasser de ces hôtes incommodes; mais comme, de même que beaucoup d'acarides, ils redoutent la lumière, le meilleur procédé pour éviter leur atteinte est de coucher dans des chambres bien éclairées. (*Archiv für Patholog. Anat. und Physiolog.*, 1860.)

— L'iodure ferreux, qui s'altère très facilement à l'air, est employé le plus souvent sous forme de pilules qui se conservent plus facilement que d'autres formes médicamenteuses; mais il est des circonstances où le médecin trouvera avantage à faire usage d'une solution. M. Fougera, pharmacien à New-York, donne pour préparer cette solution la formule suivante: Limaille de fer, 25; iode, 85; eau, 100. Mettez l'iode en contact avec le fer et l'eau, en procédant par petites quantités à la fois, et en prenant des précautions pour que le mélange ne s'échauffe pas par la combinaison; filtrez rapidement et lavez le filtre avec la quantité d'eau nécessaire pour obtenir 200 grammes de solution. Conservez dans de petits flacons de 20 à 30 grammes; car, dès qu'ils sont entamés, il s'y passe promptement des phénomènes de décomposition. On obtient ainsi une liqueur qui renferme moitié de son poids de sel ferreux. Nous ne voyons pas un grand avantage à remplacer par cette nouvelle solution la liqueur normale d'iodure de fer préparée d'après la formule du docteur Dupasquier, modifiée par M. Boudet, et dans laquelle l'iodure ferreux forme le dixième du poids de la liqueur. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre 1860.)

— La pommade à l'iodure de potassium offre cette particularité, que, quand elle n'est pas préparée avec de l'axonge fraîche, elle prend une couleur jaune due à la décomposition de l'iodure : le même phénomène se passe quand, bien que préparée avec de l'axonge fraîche, elle a été faite déjà depuis un certain temps. Cette transformation la rend un peu plus active et offre l'inconvénient de lui permettre de déterminer quelquefois un peu d'irritation locale. Pour obvier à la production de ce phénomène, M. le docteur Dieudonné joint aux éléments de la pommade un peu de potasse caustique, ou bien ajoute quelques gouttes de teinture de benjoin; procédés qui lui permettent de conserver longtemps la pommade sans qu'elle perde de sa blancheur. M. Huenck, pensant que l'action de la teinture de benjoin était due à la résine qu'elle contient, a introduit $0^{gr},10$ de colophane par 30 grammes de pommade, et a obtenu ainsi un médicament qui s'est conservé une année entière sans prendre aucune teinte jaune. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 novembre 1860.)

J.-Léon Soubeiran.

Dans le comité secret qui a eu lieu mardi à l'Académie de médecine, on a entendu le rapport de la section d'accouchements sur les candidats à la place vacante dans cette section.

---

teur Abbene (*Rapporto statistico degli ospedali militari di Brescia*). Peut-être aurons-nous occasion de revenir sur ces travaux.

Enfin, à côté des confrères qui ont été mêlés directement au mouvement italien, il en est d'autres qui l'ont servi et le servent encore dans les Chambres, et plusieurs d'entre eux, malgré de nombreuses occupations professionnelles ou scientifiques, trouvent le temps de prendre aux débats parlementaires une part active et brillante. De ce nombre sont le professeur Bo, qui a fait partie de la commission internationale pour la réforme des quarantaines; le docteur Tommati, professeur d'anatomie et médecin aliéniste; le docteur Grillenzoni, qui professe l'obstétrique à Bologne; le docteur de Maria, l'un des fondateurs de l'association des médecins de la haute Italie et rédacteur en chef d'un journal auquel il a donné le titre de l'œuvre elle-même; le docteur Lanza, qui a été successivement ministre de l'instruction publique et ministre des finances. Borelli, que nous avons vu tout à l'heure attaché aux hôpitaux provisoires, est aussi membre, et membre très actif, du parlement de Turin; il cumule tous les dévouements. Enfin, pourquoi, ne nommerions-nous pas ici, à titre de sénateur, l'illustre Matteucci, dont le rôle politique dans ces derniers temps a été trop public, trop clairement tracé par lui-même dans le Journal des Débats, pour qu'il soit utile d'y insister? Si le corps médical n'a pas l'honneur de le compter dans ses rangs, ses travaux le rattachent directement à la médecine, et personne n'ignore les belles applications qu'il a faites des sciences physiques à la physiologie.

Là s'arrêtent nos informations; là expire notre science. Ce ne serait pas assurément, pour le feuilleton, un motif péremptoire de n'en pas dire davantage si le sujet n'avait sa gravité; mais, en cette circonstance, on nous passera d'être un peu bref et sec pour rester vrai. Nous avons souhaité de ne prêter ni d'enlever à qui que ce soit aucune part dans le grand drame qui vient de s'accomplir, et nous croyons sincèrement y avoir réussi. Quant à ce que nous pouvons ignorer, personne sans doute ne nous en fera un sujet de reproches, pas même les intéressés, si l'on veut bien considérer que des renseignements de ce genre, ne pouvant venir que de

La section a proposé : au premier rang, notre collaborateur M. Jacquemier; au deuxième rang, M. Blot; au troisième rang, M. Laborie; au quatrième rang, M. Devilliers.

L'Académie a ajouté M. F. Hatin à la liste des candidats présentés.

A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

D'UNE FORME DE DÉLIRE, SUITE D'UNE SUREXCITATION NERVEUSE SE RATTACHANT A UNE VARIÉTÉ NON ENCORE DÉCRITE D'ÉPILEPSIE; par le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon.

(Épilepsie larvée.)

L'observation que l'on va lire me servira d'entrée en matière. A cette observation s'ajouteront d'autres faits qui me permettront de relier à la *folie épileptique*, forme d'aliénation parfaitement caractérisée, certains délires qui, sous les noms de *manie furieuse*, *folie instantanée*, *manie périodique*, *monomanie homicide* dans quelques circonstances, *mélancolie avec stupeur* dans d'autres occasions, etc., etc., ne dénotent autre chose que la difficulté qu'éprouvent les auteurs, en dehors d'une bonne classification des maladies mentales, à rattacher à leur véritable origine certains phénomènes délirants, certains actes dangereux commis sous l'empire d'une surexcitation spéciale du système nerveux.

Dans la thèse que je soutiens, ces phénomènes délirants, ces actes dangereux doivent, dans certaines situations maladives déterminées, être attribués à l'épilepsie. Seulement, comme cette névrose ne s'est pas révélée dans les circonstances aux quelles je vais faire allusion par les signes ordinaires de l'épilepsie, c'est-à-dire par les accès, les vertiges, les convulsions proprement dites, il est probable que tout le monde n'adoptera pas immédiatement ma manière de voir.

Quoi qu'il en soit, je vais aborder mon sujet par son côté essentiel ; la constatation de certains phénomènes délirants et d'actes de même nature en rapport avec un état convulsif qui ne s'est pas signalé par les symptômes ordinaires de l'épilepsie, mais que je cherche cependant à rattacher à cette névrose sous le nom d'*épilepsie larvée.* Les conclusions se déduiront ensuite naturellement de l'exposé des faits, et le lecteur sera maître d'en apprécier la valeur.

Obs. I. — Il y a quelques mois, je fus appelé en consultation pour une jeune dame de trente à trente-deux ans qui, depuis quelque temps, donnait de sérieuses préoccupations à sa famille, ainsi qu'au médecin qui la soignait. Le mari de cette dame avait remarqué que, depuis deux ou trois ans peut-être, son caractère devenait de plus en plus excentrique et irritable. A des phases de torpeur intellectuelle, d'indifférence dans les sentiments, succédaient des gaietés insolites, des rires inextinguibles et des épanchements d'une tendresse à laquelle cet époux n'était pas accoutumé. Les phénomènes dont je parle se produisaient sans qu'aucun motif apparent pût les expliquer; bien mieux, la présence d'autres personnes ne suffisait plus pour contenir ces manifestations anormales. Lorsque la malade était seule, on l'entendait parler; elle répondait à la voix d'êtres invisibles, et parfois aussi elle se plaignait d'entendre des bruits effrayants et d'être comme enveloppée dans une atmosphère lumineuse. Ses nuits étaient mauvaises, son sommeil interrompu par des rêves effrayants et par des cauchemars; elle croyait tomber dans des précipices; elle voyait des spectres et avait des visions terrifiantes. Elle accusait aussi des souffrances générales, et tout dénotait en effet une impressionnabilité plus grande, une aptitude particulière à la douleur. Mais le symptôme le plus alarmant, aux yeux de sa famille, était une irritabilité excessive qui se résumait dans des colères formidables; tantôt ces colères se produisaient soudainement, sans cause appréciable, et tantôt elles faisaient explosion lorsqu'on opposait la moindre résistance aux volontés déraisonnables et fantasques de cette malade si irritable.

Les manifestations dont je parle étaient fréquentes et compromettantes au dernier chef pour le repos et même pour l'honneur de cette famille. Madame ..... ne pouvait rester en place et sortait de bon matin, parcourant seule les promenades publiques, et liant conversation avec des inconnus. Une recherche excessive dans la toilette de cette dame, autrefois simple dans sa mise et économe dans ses goûts, coïncidait avec l'idée exagérée qu'elle se faisait de sa beauté, qui était très ordinaire, et dont jusque-là jamais elle ne s'était vantée. Tous les hommes, à l'en croire, restaient émerveillés devant ses charmes, et si l'on ajoute que, dans l'intimité, son mari avait remarqué une grande exaltation des instincts génésiques, il ne faudra pas s'étonner si, dans le principe, les symptômes de cette affection nerveuse semblaient indiquer une forme particulière de folie avec prédominance de penchants érotiques (*érotomanie de Marc*). Mais bientôt la mobilité des sensations maladives et la production d'actes délirants particuliers aux paralysés généraux, faisaient pencher la balance en faveur d'une affection cérébrale moins indéterminée dans sa nature (*folie paralytique, paralysie progressive, péri-encéphalite des auteurs*). En effet, madame X... se disait riche et ne reculait plus devant aucune dépense. Elle prétendait avoir fait un grand héritage dont on lui avait frauduleusement soustrait les titres; elle entrait dans les boutiques, achetait des choses inutiles, et ne se faisait même aucun scrupule de dérober aux étalages des magasins, et de cueillir des fleurs dans les jardins publics. Ce sont là, il faut bien le dire, des actes que l'on observe pareillement chez les paralysés généraux au début de leur affection; aussi ne s'étonnera-t-on pas si mes premières préoccupations ont été dirigées vers le diagnostic de cette maladie. Toutefois, dans le cas présent, je crus devoir faire mes réserves ; car il s'en fallait que l'on pût former avec les symptômes existants un ensemble de tous les phénomènes morbides propres à la paralysie des aliénés.

On ne remarquait, en effet, chez madame X... aucun embarras dans la parole et dans la marche. Son délire des grandeurs était transitoire et ne s'accompagnait pas de la mansuétude habituelle des paralysés généraux et de cet air de suprême contentement qui se reflète dans les traits de leur visage, dans leurs gestes, dans tout leur individu. Chez notre malade, au contraire, les épanchements du cœur, la gaieté, le rire, n'avaient rien de cette niaiserie stéréotypée si remarquable chez les individus en voie de progression paralytique. Loin de là, tous les actes de la vie intellectuelle et morale semblaient dominés par l'exaltation du système nerveux

---

sources orales, ont nécessairement la même limite que nos relations confraternelles.

Dr Aliquis.

Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 21 novembre 1860, est de 1196, savoir : Pour le doctorat, 1132 ; pour le grade d'officier de santé, 64. Sur ce nombre, il y a 293 premières inscriptions et 76 élèves venant soit des écoles secondaires, soit des autres Facultés. Il y a donc 369 nouveaux élèves venus cette année à Paris pour y suivre les cours de Faculté. En 1859, le nombre total des inscriptions était de 988, celui des premières de 270.

— Les registres du personnel des élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, clos le 20 novembre 1860, présentent les résultats suivants : Doctorat : élèves civils, 163 ; élèves militaires, 231 ; officiers de santé, 8.

— Un concours pour la place d'aide de chimie, physique et pharmacie, aura lieu à Strasbourg le mardi 18 décembre prochain.

— A la suite des divers concours qui ont eu lieu ces jours derniers à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, ont été nommés : *premier interne*, M. Chatard ; *internes*, MM. Lannelongue, Sentex, Vergely, Lugeol ; *internes adjoints*, MM. Pujos, Mourié, Laborde, Gillard, Sicaud, Douand, Nioucel, Barbeyron.

— La Société médicale du dix-septième arrondissement vient de perdre un de ses membres fondateurs, M. le docteur Chapsal, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— Les médecins des arrondissements de Vouziers et de Rethel (Ardennes) viennent de se constituer en Société locale agrégée à l'Association générale des médecins de France.

— M. le docteur Paul Vidart, de Divonne (Ain), a fait un don de la somme de 100 fr. à la même Association.

et par un état spasmodique. Quand son mari la conduisait au théâtre, madame X... était prise soudainement d'un rire inextinguible et nullement en rapport avec la situation qui se passait sur la scène. Un soir, elle dut quitter la salle à cause du scandale que suscitaient ses rires et sa tenue; mais, à peine sortie, elle se livra à un accès de colère indicible, poussa des cris, de véritables rugissements, et se précipita sur son mari que l'on dut soustraire aux voies de fait qu'elle se prit à exercer sur lui. Une fois le paroxysme passé, madame X... tomba dans une sorte de prostration. Elle parut tout étonnée du mouvement qui se passait autour d'elle, et se demanda avec inquiétude qui avait frappé et blessé son mari. Ses souvenirs étaient confus et presque absents; tout au plus pouvait-elle se rappeler qu'elle s'était livrée à un violent emportement; et si on lui demandait les motifs de ses actes, elle répondait ou *qu'on la faisait souffrir, qu'on lui arrachait le cœur, les entrailles; qu'on ne cessait de la tourmenter, de la vexer, qu'elle irait se plaindre à la justice de tout ce qu'on lui faisait éprouver; qu'elle tuerait quelqu'un, qu'elle se détruirait ensuite.* Ajoutons que ces sortes d'exacerbations se reproduisaient périodiquement et s'accompagnaient invariablement des mêmes phénomènes maladifs.

Or, c'étaient précisément les actes de cette nature qui fixèrent mon attention sur le diagnostic réel de cette maladie. Inutile de dire que je ne m'arrêtai ni à la *manie*, ni à la *mélancolie*, ni à *une monomanie d'aucune espèce.* Ce ne sont là que les symptômes d'une affection cérébrale dont il s'agit de préciser la véritable nature si l'on veut être fixé sur le pronostic et sur le traitement. D'ailleurs, le diagnostic d'*exaltation maniaque* que l'on donne trop généralement encore à de pareils états nerveux ne fait que masquer notre ignorance sur les causes du mal et sur la manière dont ces causes ont agi sur l'organisme. Sans doute la description et la constatation des symptômes sont chose essentielle, indispensable; mais encore faut-il, pour que cette constatation amène le médecin à la connaissance de la maladie, qu'il puisse donner à chacun des symptômes observés leur signification réelle.

J'ai déjà dit pourquoi je ne m'arrêtai pas au diagnostic de la paralysie générale; mais n'y avait-il pas à craindre que les phénomènes en question ne fussent en rapport avec une cérébrite ou une méningite chroniques? Cette dernière supposition aurait pu être admise jusqu'à un certain point si les accidents nerveux dont je parle avaient été récents; mais des commémoratifs irrécusables nous apprenaient que cet état d'exaltation nerveuse, avec toutes les péripéties que j'ai signalées, durait déjà depuis près de quatre ans. Sans doute il y avait eu progression dans le mal, mais on n'observait, au point de vue des fonctions de la sensibilité, du mouvement, de l'intelligence même, aucun des symptômes propres à l'inflammation chronique des méninges avec ramollissement superficiel de la substance corticale. Enfin, en remontant à la cause on constatait que cet état de surexcitabilité nerveuse avait eu un point de départ et qu'il se rattachait à une cause morale dont il importe de faire mention.

En effet, en nous reportant à l'époque dont je parle, nous apprîmes que madame X... avait été placée dans une situation des plus perplexes au point de vue d'une excitation anormale imprimée à ses sentiments. Un de ses enfants, affligé d'une tumeur blanche du genou, en était réduit à la triste position de subir l'amputation de la jambe. Tel était au moins l'avis d'un chirurgien distingué; mais l'énergique opposition de la mère de l'enfant fit remettre l'opération. Or il advint que pendant une année entière que dura l'affection de son fils, cette malheureuse mère vécut dans un état perpétuel de craintes et d'anxiétés, d'alternatives de découragement et d'espoir, de reproches qu'elle se faisait de s'être opposée à l'avis du médecin quand son enfant allait plus mal, et de joie indicible quand un mieux faisait renaître quelque espérance dans son cœur. L'enfant guérit néanmoins; au bout d'un an il put marcher; il était sauvé. Mais il faut bien ajouter que la mère acheta la guérison de son fils aux dépens de sa propre santé. Les émotions qu'elle éprouva furent si vives, si multipliées, qu'elle perdit complétement le sommeil et devint d'une impressionnabilité excessive.

Après l'exposé des faits que l'on vient de lire, tout me portait donc à penser que dans le cas présent cette impressionnabilité était comme le premier anneau de cette série de phénomènes nerveux qui, pendant trois années, s'enchaînèrent et se commandèrent de telle sorte, qu'il en résulta l'ensemble des symptômes caractéristiques de l'épilepsie : *excitation périodique suivie de prostration et de stupeur; irascibilité excessive et sans motifs; manifestation d'exaltation de la sensibilité; actes agressifs ayant le caractère de l'instantanéité et de l'impulsion irrésistible; tendances à l'homicide et au suicide intercurremment des conceptions délirantes en rapport avec l'excitation cérébrale: idées exagérées de ses forces et de ses richesses, de sa beauté et de son intelligence; mélange de tendances érotiques et de sentiments religieux exaltés; hallucinations terrifiantes, sensation d'une atmosphère lumineuse, cauchemar, rêves épouvantables; affaiblissement graduel de l'intelligence et surtout de la mémoire, perte des souvenirs à propos des faits accomplis dans les paroxysmes d'accès; manifestations délirantes identiques, soit au point de vue des idées, soit au point de vue des actes, à chaque retour périodique des phénomènes morbides.*

C'était donc une épilepsie à laquelle nous avions affaire, et si ce diagnostic suscita d'abord quelques doutes dans l'esprit des personnes vis-à-vis desquelles il était émis, c'est que jamais ni le mari, ni aucun des membres de la famille n'avaient observé d'accès épileptiques ni de jour ni de nuit chez la malade qui fait le sujet de cette observation. Mais je vais démontrer dans un instant, grâce à des faits nombreux que j'ai eu occasion d'observer depuis plus de quinze années que je cherche à rattacher les symptômes morbides dont je parle à leur véritable origine, qu'il n'est pas nécessaire, pour constater l'existence de la folie épileptique, que les malades aient éprouvé la série des phénomènes désignés généralement sous les noms d'*absences, de vertiges, d'accès intermédiaires, de chutes et d'accès complets.* Il suffit de pouvoir relier les actes délirants de ces sortes de malades aux caractères généraux et essentiels de l'épilepsie que j'ai décrits plus haut.

Tous les phénomènes particuliers à l'épilepsie avaient été, ainsi que nous l'avons vu, ressentis par madame X...; cela bien longtemps avant qu'elle n'eût éprouvé les effets qui sont l'expression symptomatique ultime de l'épilepsie : je veux parler des *crises convulsives, des accès, des chutes*, etc.; mais il me reste à dissiper les doutes qui pourraient exister sur la réalité de notre diagnostic. Que le lecteur veuille donc me suivre quelques instants encore dans l'exposé des faits qui se rapportent à cette intéressante malade.

Madame X... fut placée à l'asile de Saint-Yon, non pas précisément à cause du diagnostic que j'avais établi, mais à raison des inconvénients et des dangers qui résultaient de la liberté laissée à ses actes. L'existence du mari, occupé de son commerce, n'était plus tenable. Madame X... prenait en suspicion les personnes connues ou inconnues qui étaient en rapport d'affaires avec son mari; elle provoquait journellement des scènes désagréables, et l'exposé que j'ai fait de ses actes en public suffisait bien d'ailleurs pour motiver l'isolement. Quant au diagnostic de son état mental, en admettant que l'on pût émettre des doutes sur la réalité de l'épilepsie, on était amené à supposer chez madame X... l'existence d'une affection des centres nerveux.

Mais, ainsi que l'a si bien démontré M. le docteur Jules Falret dans son excellent travail de la *Séméiologie des affections cérébrales*, le début des affections du cerveau se signale par un grand nombre de perturbations dans les facultés intellectuelles perceptives et morales qui précèdent les symptômes physiques de ces mêmes affections. C'est là ce qu'on observe chez des malades atteints de ramollissement ou de toute autre affection organique du cerveau. Les individus menacés de paralysie générale nous offrent souvent, et parfois très longtemps avant qu'il soit possible de constater la réalité du mal, de singulières anomalies dans leurs fonctions intellectuelles, et de déplorables perversions dans leurs sentiments. Des hommes, jusque-là connus comme chastes, se livrent à des excès honteux; ceux qui étaient sobres deviennent intempérants, et la tendance au vol est une aberration que l'on rencontre assez fréquemment. « Les facultés intellectuelles de ces malades acquièrent, dit M. le docteur Jules Falret, une activité inaccoutumée qui étonne les personnes habituées à vivre avec eux; cette activité mentale exagérée s'accompagne ordinairement d'une excitation physique concomitante qui mérite au plus haut degré d'attirer l'attention. Les malades ont alors un besoin continuel de mouvement, une instabilité, une disposition à l'irritation ou à la colère, qui contrastent

singulièrement avec leur manière d'être habituelle (1). » Or, en admettant que l'on ne puisse, dans les cas de ce genre, immédiatement diagnostiquer telle ou telle affection idiopathique, il n'en est pas moins évident que la gravité des actes délirants auxquels se livrent parfois les malades, surtout dans la période d'incubation de leur mal, nécessite un prompt isolement.

Pour en revenir à la malade qui nous occupe, je jugeai prudent de ne pas alarmer outre mesure la famille sur le pronostic de l'affection, mais je ne pus m'empêcher d'appuyer sur ce fait, que tous les actes délirants signalés chez madame X... dénotaient une affection cérébrale idiopatique, et ne pouvaient être rapportés à aucune autre forme de maladie mentale. D'ailleurs il était à présumer que l'observation ultérieure nous viendrait en aide pour mieux préciser la situation, et c'est là ce qui arriva bien plus tôt malheureusement que je ne l'aurais supposé.

Le placement de madame X... à l'asile de Saint-Yon se fit sans difficulté. Le besoin continuel de mouvement et l'instabilité étaient si prononcés chez cette malade, qu'elle ne fit aucune difficulté de venir *faire une saison de bains dans notre établissement*. Elle fixait elle-même à son séjour un terme de deux ou trois semaines au bout desquelles sa santé devait être parfaitement rétablie. Elle avait en effet une vague appréciation de *son état nerveux*, comme elle appelait son mal, et voyait bien, disait-elle, que ses souffrances nécessitaient quelques soins. Les quatre ou cinq premiers jours se passèrent très bien; la nouveauté des objets sembla fixer un moment son attention, et, malgré les rires inextinguibles que suscitaient chez elle les propos délirants de quelques malades, elle ne s'apercevait pas qu'elle était avec des aliénés. Toutefois après ces premiers jours écoulés, le besoin de revoir son mari et ses enfants se fit vivement sentir; madame X... demanda impérieusement sa sortie, prétendant qu'elle avait fini ses trois semaines, et, à quelques observations de notre part, elle répondit par une si violente explosion de colère que les autres malades en furent terrifiés. Madame X... se précipita sur les personnes qui l'entouraient, cria, vociféra, se roula par terre, enfonça ses dents et ses ongles dans le sol, et nous donna la représentation du délire le plus furieux qu'il soit possible d'imaginer. A cette crise succéda une grande effusion de larmes, bientôt remplacées par des accès de gaieté, par ses propos délirants habituels sur sa beauté, sur ses richesses inespérées. Quinze jours se passèrent dans les alternatives que je décris, et nous constatâmes la perte de ses souvenirs à propos de toutes les menaces qu'elle avait proférées dans ce paroxysme de fureur... Il n'est pas possible, disait-elle, *que j'aie fait des menaces de vous tuer, de me détruire, de dénoncer mon mari*. Après chacune de ces crises, la malade se désolait et faisait force promesses de ne plus recommencer; mais ses promesses étaient au-dessus de ses forces.

Il y avait trois semaines au plus que cette aliénée était dans notre maison, lorsque la sœur du quartier vint un jour me chercher en toute hâte pour me dire que madame X... était tombée dans *des crises comme épileptiques, qu'elle se roulait par terre*, et *qu'elle avait l'écume à la bouche*. J'accourus et je constatai le plus terrible accès d'épilepsie dont j'aie jamais été le témoin. Les accès se répétèrent coup sur coup, et il n'existait pour ainsi dire pas d'intervalle entre chacun d'eux. La tête était congestionnée, la figure cyanosée, et je m'empressai de mettre des sangsues derrière les oreilles et d'appliquer des dérivatifs aux extrémités. Cette médication n'ayant pas suffi, et la malade étant menacée de périr par asphyxie, force me fut de pratiquer une large et abondante saignée. Un côté du corps se trouvait complétement paralysé, et madame X... resta trois jours complets dans une situation qui nous faisait craindre à chaque instant une terminaison funeste. Elle eut pendant ce temps cinquante ou soixante accès bien tranchés d'épilepsie auxquels succéda un état extrême de prostration et de stupeur. Toutefois, au bout de sept à huit jours, cette épileptique était complétement revenue à elle, mais il ne lui restait aucun souvenir de ce qui s'était passé. La paralysie dont j'ai parlé était disparue, et un calme beaucoup plus grand inaugurait cette situation nouvelle.

On se demande maintenant, après qu'il n'est plus possible d'avoir de doute sur le diagnostic de cette affection, quel peut en être le pronostic. Il est incontestablement des plus graves, car si nous n'avons plus à combattre un état d'excitation maniaque aussi violent que celui qui caractérise la folie épileptique, lorsqu'elle existe *sans les accès proprement dits*, nous nous trouvons néanmoins avoir affaire à une affection épileptique bien et dûment constatée, ce qui, dans tous les cas, est une situation pleine de périls.

(1) *Archives générales de médecine*, numéro d'octobre 1860.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

CORRESPONDANCE.

Observation d'un accouchement laborieux.

A M. LE DOCTEUR JACQUEMIER.

Monsieur et très honoré confrère,

La lecture des deux premières parties de votre travail, *Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus, considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique*, insérées dans les nos 40-41 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, m'a vivement intéressé, et m'a rappelé plusieurs cas de ma pratique obstétricale à peu près identiques avec les exemples que vous citez. Parmi ces faits, j'en trouve *un* rédigé avec soin, dans lequel je signale, en 1853, une des conclusions de votre travail présenté, en 1851, à l'Académie de médecine.

Si mon observation, présentant un double intérêt, vous paraissait utile, elle pourrait servir d'appendice à votre mémoire, et être insérée à la suite dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Je vous la communique.

Dr ZANDYCK.

Notre distingué confrère a eu raison de penser que son observation offrait de l'intérêt, et un intérêt tout particulier pour moi. En effet, elle vient à propos justifier une division dans laquelle j'ai fait entrer les fœtus anencéphales, et qui ne contient encore qu'un bien petit nombre de faits. Cette division a été établie pour mettre en relief une particularité qui n'est pas sans importance au point de vue de la pratique, savoir : la dilatation en deux temps de l'orifice utérin dans certaines déformations du crâne : 1° pour le passage des rudiments de la tête ; 2° pour le passage de la partie supérieure du tronc, qui est retenue dans le bassin tant que la dilatation n'est pas achevée. Si le bassin est étranger à la rétention du tronc, des tractions exercées prématurément sur les rudiments de la tête entraîneront le segment inférieur de l'utérus à l'extérieur, ainsi que j'ai eu occasion de l'observer dans des versions prématurées pour cause d'insertion du placenta sur le col. Les membres inférieurs du fœtus traversent l'orifice utérin sans trop de difficulté jusqu'à la tête, qui se coiffe du col, qu'elle entraîne avec elle au dehors si l'on continue les tractions. Bien que les conditions ne soient pas les mêmes dans les deux cas, l'induction ne doit pas paraître forcée, et il est très vraisemblable que, dans une présentation de l'extrémité supérieure où l'orifice utérin insuffisamment dilaté ou contracté spasmodiquement au-dessous des épaules retiendrait seul le tronc, les tractions sur la tête auraient pour effet d'entraîner sans de bien grands efforts le segment inférieur de l'utérus au dehors, et d'éclairer sur la véritable cause de l'obstacle, si le toucher avait pu laisser de l'incertitude. Cette remarque est présentée en vue de répondre à des objections qui m'ont été adressées, et qui tendent à faire attribuer la rétention du tronc dans le bassin à la rétraction spasmodique du col utérin au-dessous des épaules.

Les auteurs qui ont rapporté des observations d'accouchements de fœtus anencéphales se présentant par l'extrémité supérieure, mentionnent invariablement la présentation de la face, sans faire observer que cette présentation est inévitable. A prendre le mot dans un sens absolu, la remarque peut paraître superflue et ressembler à une naïveté. On ne voit pas, en effet, comment un fœtus monstrueux pourrait se présenter par une partie dont il serait privé. Ce n'est pas tout à fait le cas des fœtus anencéphales, lesquels, alors même qu'on ne rencontre plus de vestiges de l'encéphale, conservent néanmoins en partie la voûte du crâne plus ou moins largement ouverte et plus ou moins affaissée sur la base. Mais la tête tend généralement à se renverser en arrière, et sa forme est telle que, quel que soit le degré de l'anencéphalie, elle a, sous l'influence des efforts d'expulsion, une tendance invincible à présenter la face. La saillie considérable des yeux peut à elle seule faire diagnostiquer le vice de conformation du crâne, qu'on consta-

tera directement en glissant le doigt un peu plus haut du côté du front. C'est un nouvel exemple de la possibilité et de l'avantage du dégagement des deux bras. Mais, je ne dois pas anticiper sur les réflexions de l'auteur, mieux que moi en état de faire valoir son observation.

Jacquemier.

Obs. *Fœtus anencéphale.* — La monstruosité dont je vais rapporter l'observation a été constatée à Saint-Pol, hameau situé à un kilomètre de Dunkerque.

Madame C..., âgée de vingt-neuf ans, d'une excellente santé, a déjà eu trois enfants, tous venus à terme, régulièrement conformés et bien portants.

Son mari est un marin, robuste, vigoureusement constitué; — la femme s'occupe habituellement du ménage.

Aucune circonstance particulière ne s'est présentée jusqu'au terme ordinaire de la dernière grossesse.

Les mouvements actifs de l'enfant ont toujours été sensibles.

Le 27 octobre 1853, l'accouchement commence, mais lent; contractions rares.

Madame C... est abandonnée successivement par deux sages-femmes qui trouvaient le travail trop long.

Prévenu le 30 octobre, à quatre heures du soir, je me transporte au domicile indiqué.

La malade pousse des gémissements continuels; les contractions utérines sont faibles; le pouls fréquent, la langue sèche; le facies exprime une douleur profonde.

La poche amniotique rompue depuis le matin a laissé échapper une quantité abondante de liquide; aussitôt après, les douleurs ont reparu pendant deux heures et déterminé un abaissement de l'enfant distinctement perçu par la mère.

Dès lors, les contractions deviennent de nouveau languissantes, rares, puis nulles.

En vain j'essaye de faire marcher la malade, l'épuisement des forces est trop grand; ses jambes ne peuvent la soutenir, elle doit se recoucher aussitôt.

Le toucher me fait constater que le col est aminci, presque complétement dilaté, et qu'il y a présentation de la face (*variété mentale*) : la tête logée dans la concavité du sacrum, et le menton derrière la fourchette; le haut du tronc derrière les pubis.

Le sternum, les clavicules sont facilement reconnus.

Les choses durent depuis plusieurs heures dans cet état.

J'introduis la main pour refouler le fœtus et convertir la présentation de la face en celle du sommet.

Tentatives inutiles! la tête était bien positivement logée et retenue dans cette cavité du sacrum, et il y avait dès lors lieu à employer le forceps de préférence à tout autre moyen.

Une première application est sans résultat; le forceps revient seul.

La seconde application amène en dehors de la vulve la tête de l'enfant que je reconnais *anencéphale.*

Des tractions énergiques exercées sur cette tête ne peuvent faire dégager les épaules hors du détroit inférieur, où elles paraissent solidement enclavées.

N'ayant pas réussi à engager l'index droit dans le creux de l'aisselle, j'y place, non sans peine, un crochet mousse.

A l'aide de ce moyen, le bras droit est attiré à l'extérieur; pareille manœuvre amène le bras gauche.

Enfin, les parties fœtales sont réduites de volume, et quelques tractions terminent en une demi-heure cet accouchement laborieux. Les suites de couches ont été naturelles.

Le monstre n'a donné aucun signe de vie.

Il est du sexe masculin et pèse 5 *kilogrammes* 340 *grammes.*

Le diamètre d'une apophyse acromiale à l'autre, mesure 155 millimètres (1).

De concert avec mon confrère Dutoit, j'observe les anomalies suivantes :

La tête est tout à fait penchée en avant, le menton repose sur le haut du sternum.

La face, proportionnellement à la tête, a une largeur démesurée.

Elle est régulière jusqu'à la région sourcillière.

(1) Pendant une visite que je fis à l'accouchée, qui avait appris indirectement la difformité de la tête de son enfant, elle m'a raconté que, vers la fin de la septième semaine de sa grossesse, elle a été extrêmement effrayée par un singe auquel des saltimbanques faisaient exécuter des tours de gymnastique. Depuis cette époque, elle n'a plus songé à cette circonstance. Ce n'est qu'après l'événement qu'elle s'est rappelée avoir éprouvé une impression fâcheuse.

Diamètre transversal, pris à la partie antérieure, région orbitaire, 7 *centimètres.*

Diamètre d'une apophyse mastoïde à l'autre, 6 *centimètres.*

Diamètre antérieur, fronto-occipital, 5 *centimètres.*

Les yeux proéminent presque complétement hors des cavités orbitaires, conséquence de l'aplatissement et de l'inclinaison du frontal en arrière; l'absence totale du front et la direction des yeux en haut et en avant, impriment au fœtus une expression toute particulière, propre du reste à cette espèce de monstruosité.

Quelques rares cheveux à la région occipitale.

Les téguments de la partie moyenne et supérieure de la tête en sont dépourvus.

Sur le sommet existe une tumeur d'une teinte brun-rougeâtre; au premier abord, on peut la prendre pour une encéphalocèle.

Cette tumeur est affaissée, elle s'étend plutôt en avant qu'en arrière.

En la disséquant, nous la trouvons adhérente aux pièces frontales par un tissu cellulaire serré; elle fait irruption au dehors, à l'endroit de la fontanelle bregmatique. Une incision longitudinale, dans l'épaisseur de son corps, permet de constater que c'est un kyste formé par les méninges, et dont la cavité renferme un liquide séro-sanguinolent.

Les oreilles, très grandes, retournées en avant, rappellent pour la conformation celles d'un singe.

Le tronc et les membres sont charnus, très développés.

Cette disposition du corps fait croire à l'état normal des autres viscères. (Il n'a pas été possible de l'emporter.)

La tête a été coupée au niveau des épaules.

Crâne. — Une peau épaisse recouvre la partie supérieure du crâne; en l'enlevant, il est facile de reconnaître qu'elle est comme collée sur le sphénoïde et la base de l'occipital.

Le coronal est renversé et aplati sur le sphénoïde, c'est pour ce motif que les yeux paraissent au-dessus de la tête.

Les pariétaux manquent totalement. La portion écailleuse des temporaux n'est pas complète supérieurement, mais la partie mastoïdienne existe ainsi que le conduit auditif externe, l'apophyse mastoïde, et, à la face interne, le rocher en entier.

En pénétrant dans l'oreille moyenne, nous sommes parvenus à détacher les osselets de l'ouïe.

Toute la partie de l'occipital, en avant de la protubérance externe, manque aussi, par conséquent pas de dentelures; le bord supérieur est arrondi; aucun vestige de l'angle supérieur.

L'union des bords postérieurs de l'occipital avec la portion mastoïdienne des temporaux ne présente rien d'irrégulier.

Ce bord supérieur de l'occipital est tellement lisse et poli qu'on ne peut supposer que ce qui manque à cet os a été détruit par une cause morbide. (Cette remarque est également applicable à ce qui manque aux temporaux.)

La portion de l'occipital qui circonscrit postérieurement le trou occipital est remplacée par une membrane blanche, épaisse, fibreuse.

La portion osseuse des deux premières vertèbres cervicales n'offre aucune anomalie.

Appareil encéphalique. — Ni cerveau, ni cervelet.

La dure-mère forme une espèce de poche qui contient une matière rougeâtre, spongieuse et fibreuse dans quelques endroits.

Le bulbe rachidien existe, quoique plus petit que d'ordinaire.

Les méninges le recouvrent latéralement. Du côté droit seulement, nous avons trouvé l'origine du nerf glosso-pharyngien; les pneumogastriques et les hypoglosses au contraire sont doubles, et naissent comme d'habitude, sur les parties supérieures et latérales de la moelle vertébrale.

La partie supérieure de la moelle épinière qu'il a été possible de conserver ne présente rien de particulier.

Les yeux sont très développés et très proéminents, conséquence de l'aplatissement du frontal.

Quant aux nerfs optiques, ils existent, assez volumineux, entourés de leur névrilemme blanc, épais, et de beaucoup de tissu cellulaire adipeux; ils se prolongent un peu au delà du trou optique, mais bientôt ils sont confondus dans la masse spongieuse qui tient lieu de l'encéphale.

Les artères carotides et vertébrales traversent la base du crâne; elles sont normales.

L'examen anatomique ci-dessus n'a pas été poussé plus loin à cause des difficultés d'une dissection minutieuse chez un fœtus, puis à cause de l'état de macération dans lequel étaient les tissus.

La macération a été prolongée pendant vingt jours, afin de pouvoir séparer les os plus facilement.

Il est à remarquer que :

1° La plupart du temps, les enfants anencéphales sont expulsés du septième au huitième mois, rarement avant et après ce terme.

Le nôtre est arrivé à terme; *exception.*

2° Le plus souvent aussi les acéphales et les anencéphales sont du sexe féminin; le nôtre était un mâle.

Réflexions. — Les monstruosités par défaut, telles que l'anencéphalie, ont été jusqu'à présent considérées comme faisant rarement obstacle à la marche de l'accouchement, et cette cause de dystocie est à peine mentionnée dans les ouvrages d'obstétrique. Les anciens auteurs n'en ont nullement parlé, et les accoucheurs modernes, MM. Moreau, Dubois, Velpeau, Stoltz, Jacquemier, etc., ne s'en sont pas particulièrement occupés sous ce point de vue.

M. Cazeaux même, dans son livre *Sur les accouchements*, 1853, écrit, page 703 : « Les fœtus anencéphales, acéphales, etc., naissent aussi facilement que les fœtus bien conformés; nous n'avons rien à en dire. »

M. Chailly (dans la deuxième édition de son *Traité*, 1845), après avoir avancé, page 461, « que l'expulsion des acéphales, des anencéphales, etc., est, en général, aussi facile que le serait celle d'un enfant bien conformé, » ajoute : « Cependant cette proposition n'est pas exacte d'une manière absolue, et chacun sait qu'il n'est pas très rare de rencontrer l'excès de volume du tronc dans ces cas de monstruosités. »

A l'appui de son opinion, il raconte ainsi ce qui lui est arrivé :

« Le 3 mars 1843, je fus appelé par les docteurs Dop et Perdrix pour terminer un accouchement laborieux. Depuis vingt-quatre heures, les épaules d'un fœtus anencéphale monstrueux étaient retenues au détroit supérieur, et elles avaient résisté aux tractions énergiques exercées sur la tête, qui, pour elle, avait pénétré facilement jusque dans l'excavation.

» A mon arrivée, je tentai encore avec les mains quelques tractions sur cette tête, mais je ne persistai pas, car la sensibilité du segment inférieur de l'utérus et des parties maternelles qui tapissent le détroit supérieur avait été tellement exagérée par la compression énergique exercée pendant vingt-quatre heures par les parties fœtales, que ces tractions, mêmes modérées, faisaient pousser des cris à la patiente. . . . .
J'introduisis alors un crochet mousse jusqu'au détroit supérieur; je le fixai dans le creux de l'aisselle gauche, qui était situé en arrière, mais je ne pus réussir qu'à abaisser un peu cette épaule.

Le reste du tronc restait comme cloué au détroit supérieur. Dès lors nous vîmes que le seul moyen de sauver la mère c'était de pratiquer l'embryotomie. »

L'année suivante, les Archives médicales du Midi, février 1846, et le Journal de chirurgie de M. Malgaigne, juin 1846, enregistraient l'observation de M. le professeur Villeneuve (de Marseille).

En voici quelques extraits :

« Une femme de trente-cinq ans, grande, forte, déjà mère de quatre enfants qui, malgré leur volume, étaient nés facilement, était pour la cinquième fois en travail, lorsque, treize heures après le début des douleurs, le docteur Villeneuve fut mandé auprès d'elle par la sage-femme qui l'assistait.

» Il y avait six heures que les membranes étaient rompues, et presque autant que la dilatation était complète.

» Néanmoins, et malgré les contractions les plus énergiques, l'accouchement ne se terminait pas. Le toucher fit reconnaître au professeur Villeneuve les deux oreilles assez rapprochées l'une de l'autre, puis un orbite avec le globe de l'œil proéminent derrière le pubis droit.

» Malgré la petitesse de la tête, qu'il saisit dans la paume de la main, et bien que l'idée d'un anencéphale se fût tout d'abord présentée à son esprit, M. Villeneuve s'arrêta pourtant à l'idée d'une présentation de la face, dont il ne lui est pas possible de déterminer la position.

» Une nouvelle exploration fit reconnaître que la tête était fortement poussée dans la partie postérieure et inférieure de l'excavation, et qu'un corps dur, arrondi, tendait, sous l'influence des contractions énergiques, à s'engager de plus en plus derrière le pubis droit. D'abord on crut à l'existence d'une seconde tête, mais un examen plus attentif fit reconnaître le moignon de l'épaule.

» Prévenir une descente plus complète de cette partie et les difficultés qu'une entière mutation apporterait à l'accouchement parut urgent, et M. Villeneuve se hâta de saisir la tête avec le forceps. Deux applications successives de l'instrument furent nécessaires. . . . .

» Il est facile de voir que la présentation, qui semble avoir été d'abord une présentation inclinée de la face, s'était peu à peu, par l'extension toujours croissante de la tête, convertie en une présentation inclinée de la région antérieure du cou, avec déclivité marquée du moignon de l'épaule correspondant en avant. »

Peut-être existe-t-il encore dans la presse médicale d'autres exemples épars de dystocie par anencéphalie; quoi qu'il en soit, les observations authentiques de MM. Chailly, Villeneuve, la mienne, suffisent déjà pour appeler plus sérieusement sur ce sujet l'attention des accoucheurs.

On ne s'est jusqu'ici peut-être pas assez préoccupé des circonstances qui ont rendu l'accouchement laborieux et quelquefois même impossible lors de la naissance des monstres anencéphales. Leur examen comparatif doit modifier, selon nous, les opinions généralement admises.

La difficulté éprouvée pour terminer l'accouchement de la femme C... a quelque analogie avec le fait du docteur Chailly, relaté comme ayant présenté un obstacle sérieux à l'expulsion spontanée d'un anencéphale, et surtout avec celui observé par le professeur Villeneuve.

Ainsi que dans l'accouchement du praticien de Marseille, nous avons eu, exemple rare, une présentation de la face avec variété mentale; mais l'obstacle principal rencontré par M. Villeneuve était l'engagement d'une épaule, en même temps que la tête descendue s'était logée en arrière dans la concavité du sacrum.

Une fois l'extrémité céphalique amenée au dehors à l'aide du forceps, s'il éprouva un peu de peine pour l'extraction du tronc de l'enfant, d'un volume ordinaire, c'est qu'il était étroitement embrassé par les contractions utérines.

Dans notre observation, une fois la tête extraite également avec le forceps, nous n'avons pas été arrêté par l'engagement d'aucune partie du tronc; mais nous avons eu à lutter, comme dans l'exemple de M. Chailly, contre l'extrême largeur des épaules, contre le volume exagéré du corps.

Il eût certes été impossible, sans l'application du crochet mousse, de terminer cet accouchement.

Cette largeur des épaules, en comparaison de la petitesse de la tête, vient corroborer la seconde conclusion du mémoire lu par M. Jacquemier dans la séance du 2 décembre 1851, à l'Académie de médecine, ainsi conçue :

« Ces cas exceptionnels (de dystocie par le volume exagéré des épaules) se rapportent, en général, à des fœtus très développés, et surtout à la prédominance du volume du tronc sur la tête. »

Le docteur Chailly, page 462 (*loco citato*), en rapportant le cas d'anencéphale dans lequel le volume excessif du tronc l'a obligé à intervenir, fait observer encore que la mère était primipare, âgée de quarante-trois ans, et présentait un rétrécissement notable du détroit supérieur, toutes circonstances qui rendaient la position d'autant plus grave et plus embarrassante.

Pour conclure, nous résumons ainsi les circonstances où l'accouchement des anencéphales semble devoir réclamer l'assistance de l'art :

1° Lorsque le fœtus se présente par la face, car dans ce cas l'extrême petitesse de la tête permet l'engagement d'une autre partie du tronc;

2° Lorsqu'il y a excès de volume du tronc et surtout des épaules.

Dunkerque, le 16 octobre 1860.

Mort par le chloroforme.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez mentionné, dans le dernier numéro de la Gazette hebdomadaire, un cas de mort à la suite d'inspiration de chloro-

forme, chez un malade que j'ai opéré d'un ongle incarné récidivé, par le procédé de Dupuytren ; procédé, comme vous le savez, extrêmement douloureux. J'ai communiqué le fait, avec tous les détails, à la Société médicale du 10e arrondissement. Je vous prie de bien vouloir l'enregistrer dans votre prochain numéro. Vous verrez que j'ai pris toutes les précautions pour éviter un accident, et que tous les efforts, tous les moyens thérapeutiques pour enrayer les effets d'une syncope grave, à la suite de l'inhalation du chloroforme, ont été insuffisants pour rétablir le jeu des grandes fonctions vitales.

Obs. — *Ongle incarné du gros orteil du pied droit; inhalation de chloroforme; syncope grave après l'opération; mort; autopsie : apoplexie pulmonaire; adhérences anciennes et très étendues des deux poumons.* — Le nommé L .., âgé de vingt-six ans, est atteint d'un ongle incarné du gros orteil droit. Il a déjà été opéré une première fois par M. Jobert ; aujourd'hui l'ongle est fortement enfoncé dans les chairs de la partie externe du gros orteil, et la marche est devenue tellement douloureuse que le patient désire instamment une nouvelle opération. Celle-ci est pratiquée le lundi 15 octobre à dix heures du matin, avec l'assistance de M. le docteur Lombard, médecin ordinaire du malade.

Lorsque L .. est venu me voir pour la première fois, je lui ai proposé l'inhalation du chloroforme pour lui éviter les douleurs inséparables d'une opération qui consiste à arracher successivement les deux moitiés d'un ongle très adhérent à la pulpe de l'orteil et à la matrice, après avoir au préalable fendu la production cornée d'avant en arrière, au moyen de ciseaux introduits sous elle (procédé Dupuytren). Cette proposition a été d'autant plus vivement agréée que, lors de l'opération pratiquée antérieurement par M. Jobert, on ne s'était pas servi d'anesthésiques, et que la douleur, au rapport de L..., a été tellement vive, qu'on a été forcé de le maintenir vigoureusement pour qu'il ne s'échappât pas des mains du chirurgien.

L'inhalation du chloroforme ayant donc été acceptée par le malade, chez lequel nous avons trouvé un flacon contenant une quarantaine de grammes de chloroforme dont je lui avais dit de se pourvoir, M. Lombard, le confrère assistant, ayant également adhéré à cette inhalation, voici comment cette dernière a été faite :

Le patient était couché sur un lit, *dans la position horizontale*, en face *d'une fenêtre largement ouverte* et donnant sur une cour spacieuse. Avec une feuille de papier à lettre, petit format, je fis un cornet dans lequel j'introduisis de la charpie sur laquelle je versai quelques gouttes de chloroforme. Je mis l'évasement du cornet en rapport avec les narines, en laissant la *bouche parfaitement libre*, et j'engageai le malade à respirer, pendant que M. le docteur Lombard, les doigts invariablement posés sur l'artère radiale, au poignet, me rendait compte, d'instant en instant, de l'état du pouls. Les premières respirations s'exécutèrent comme dans l'état normal; nous suivions des yeux les mouvements de dilatation du thorax. Au bout de deux minutes environ, le malade continuait à respirer comme dans l'état normal; mais la sensibilité n'était nullement diminuée; j'ajoutai quelques nouvelles gouttes de chloroforme; la respiration devint plus lente, et je dis au malade de respirer, ce qu'il exécuta. Bientôt il commença à agiter les membres; il se leva sur son séant, et l'on fut obligé de le maintenir pour l'empêcher de se lever. Il prononça une série de paroles sans suite, ce qui me fit dire tout haut : *Confusion des langues*. Le malade répéta : *Confusion des langues*. A ce moment, on le pinça au bras, qu'à l'instant même il retira. A ce moment encore, je dis à M. Lombard : *Le pouls va bien ?* Et M. Lombard me répondit : *Très bien*. Je retirai le cornet de papier et j'ajoutai quelques gouttes de chloroforme. Le malade respira parfaitement; l'agitation se calma bientôt, et il tomba dans la période de résolution. A ce moment, je cessai l'inhalation, et je me rendis rapidement au pied du lit. Je fendis avec des ciseaux l'ongle du gros orteil en deux, en introduisant l'instrument entre l'ongle et la pulpe du doigt. Avec des pinces, j'arrachai successivement les deux moitiés de l'ongle dont la racine était solidement implantée. Je finissais cet arrachement lorsque nous entendîmes un gémissement. A l'instant je me précipitai vers la tête du lit. Le malade était pâle, sans respiration; je portai la main au poignet; pas de pouls; au cœur, pas de battements. Nous projetâmes, M. Lombard et moi, de l'eau froide sur la face ; nous lavâmes le front avec de l'eau vinaigrée; le malade n'avait pas cessé d'être dans la position horizontale. Je pratiquai sur le thorax des mouvements de pression interrompus, pour suppléer les phénomènes mécaniques de la respiration. Au bout de quelques instants, le malade exécuta quelques respirations, sans que le pouls redevînt sensible au poignet, sans que le sentiment et l'intelligence revinssent. Bientôt la respiration cessa de nouveau. J'ouvris largement la bouche du malade, et j'introduisis un doigt jusqu'au pharynx, en titillant la luette et en tirant en avant, en même temps, la base de la langue pour soulever l'épiglotte; puis immédiatement je pratiquai de nouvelles manœuvres de respiration artificielle. L'opéré exécuta quelques nouvelles respirations; mais le pouls était toujours insensible et les battements du cœur lui-même ne pouvaient être perçus. Bientôt la respiration fut de nouveau interrompue ; j'ouvris de nouveau la bouche du patient et lui pratiquai la respiration artificielle, *en collant ma propre bouche contre la sienne*. Il y eut encore une ou deux respirations exécutées par l'opéré, et tous les efforts de M. Lombard et les miens furent dès lors impuissants à le faire revivre. Ce fut en vain que nous frictionnâmes les membres inférieurs avec les mains et avec des brosses, que nous titillâmes les narines. Rien ne fit, et L... ne respira plus; le pouls ne reparut pas non plus. Après quelques minutes, les lèvres devinrent violettes, mais cette coloration ne s'était nullement montrée au moment où nous fûmes avertis par le gémissement du malade de l'horrible catastrophe dont nous devions être témoins.

L'autopsie a été faite par M. le docteur Tardieu, qui a trouvé des *adhérences anciennes entre les poumons et les parois thoraciques, dans une grande étendue, et une apoplexie pulmonaire.*

Dr Fano.

Note de la rédaction. — Il paraîtra évident à tout le monde, à la lecture de cette observation, que nos confrères avaient pris toutes les précautions voulues pour que l'inhalation de l'anesthésique fût sans danger : fenêtres ouvertes, décubitus horizontal, chloroforme versé par petites quantités successives, surveillance incessante du pouls, etc. De même, quand les accidents se sont manifestés, ils ont fait ce que conseillent la science et l'expérience pour conjurer la catastrophe. Leur conscience peut donc rester calme en face de l'événement, quelque terrible qu'il soit.

A. D.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Physiologie. — *Note sur le diagnostic des apoplexies*, par M. *Flourens*. — M. *Flourens* donne d'abord lecture de l'extrait suivant d'une lettre, que lui adresse M. *Poelman*, professeur de physiologie à l'université de Gand :

Depuis plusieurs mois, j'avais remarqué dans une maison où je vais comme médecin, un petit chien chez lequel toutes les fonctions se faisaient bien ; l'intelligence était intacte ; il n'y avait pas de paralysie, mais l'animal se trouvait dans l'impossibilité de coordonner ses mouvements volontaires. Il ne sortait pas d'un petit panier dans lequel il était couché, et, à plusieurs reprises, dans le courant de la journée, il lui prenait des mouvements gyratoires tout à fait involontaires : il se tournait alors continuellement pendant plus d'un quart d'heure et toujours dans le même sens.

A l'autopsie, je n'ai rien trouvé de particulier dans les viscères thoraciques et abdominaux, mais dans le cervelet, et surtout dans les pédoncules cérébelleux moyens, il y avait un nombre considérable de concrétions calcaires qui donnaient à ces parties une grande résistance. Le scalpel dont je me suis servi pour y faire quelques coupes était fortement ébréché. Enfin le cervelet, sauf le vermis, était comme pétrifié.

Quelques granulations calcaires, mais en quantité beaucoup moindre, se trouvaient aussi dans le pont de Varole. Au delà toutes les parties du cerveau étaient saines; il en était de même de la moelle allongée.

Dans cette très intéressante observation, ajoute M. Flourens, ce qui me paraît surtout devoir être remarqué, c'est le rapport exact des *phénomènes pathologiques*, des *symptômes*, aux *fonctions* des parties lésées : 1° à la lésion du *cervelet*, presque entièrement pétrifié, répond l'*impossibilité* de coordonner les mouvements de locomotion; 2° aux *pédoncules cérébelleux moyens* et au *pont de Varole* répondent les *mouvements gyratoires* involontaires.

A ce propos, M. *Flourens* établit qu'il est possible, pendant la

vie, de diagnostiquer le siége des apoplexies, en remontant des symptômes à l'organe lésé. Suivant lui, l'intelligence perdue marque le siége de l'apoplexie dans le *cerveau proprement dit* (*lobes* ou *hémisphères cérébraux*); l'équilibration des mouvements de locomotion perdue marque le siége de l'apoplexie dans le *cervelet;* la mort soudaine marque le siége de l'apoplexie (*apoplexie foudroyante*) dans le *nœud vital*.

Je suppose ici, dit M. *Flourens*, des apoplexies *simples*, parce que je parle au point de vue physiologique. L'art du physiologiste est d'isoler les organes pour isoler les propriétés, pour arriver à des *faits simples*. En pathologie, les faits sont presque toujours compliqués : rarement un organe seul est lésé ; plusieurs le sont presque toujours à la fois et plus ou moins inégalement. De là, pour les médecins, des *diagnostics* plus difficiles que ceux des physiologistes; mais dans lesquels les faits simples, donnés par la physiologie, servent de guide, et conduisent, comme par la main, pour le démêlement et l'analyse des faits compliqués.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département de la Manche. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Chantreuil* sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné à Cambrai dans le courant du dernier trimestre. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le professeur *Barrier* (de Lyon), accompagnant l'envoi d'un exemplaire de la troisième édition de son *Traité pratique des maladies de l'enfance*. — *b*. Une lettre de M. le professeur *Lebert* (de Breslau), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *c*. Un pli cacheté renfermant la *description d'un nouvel instrument de chirurgie*, par M. le docteur *Claparède*. (*Accepté.*)

Immédiatement après la lecture de la correspondance, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture et la discussion du rapport de la section d'accouchements sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

KYSTE DE LA RÉGION COCCYGIENNE. — FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ; APPAREIL CONTENTIF EN GUTTA-PERCHA. — IMMOBILITÉ DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE ; PSEUDARTHROSE ARTIFICIELLE. — TUMEURS FIBREUSES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — ÉNORME TUMEUR OVARIQUE CHEZ UNE ENFANT.

M. *Giraldès* présente la pièce anatomique recueillie sur l'enfant qu'il a présenté dans la dernière séance. Cette tumeur avait été prise pour un *spina-bifida*, mais à la dissection on reconnut qu'elle ne communiquait pas avec le canal rachidien; c'était un vaste kyste lobulé, placé en arrière du rectum qu'il poussait en avant.

Le liquide extrait de ce kyste était jaunâtre, filant; à l'examen microscopique on reconnut la présence de globules sanguins et de lamelles épithéliales ; à l'analyse chimique, on constata la présence d'une quantité notable d'albumine et de chlorure de sodium.

Un cas de cette nature a déjà été observé par M. Luska (de Turin), qui l'a publié sous le nom de *kyste sacro-coccygien*.

— M. *Morel-Lavallée* communique une observation de *fracture du maxillaire inférieur*, traitée par son appareil en gutta-percha; il a déjà publié plusieurs cas semblables. Voici en quoi consiste le traitement : la fracture est réduite aussi exactement que possible, alors on maintient cette réduction en attachant les deux fragments l'un à l'autre au moyen d'un fil recuit, mince, qui réunit les dents voisines de la solution de continuité. Les choses étant ainsi disposées, on applique de la gutta-percha ramollie, de manière à prendre l'empreinte des dents et du rebord alvéolaire ; on refroidit en place le moule, pris ainsi, avec de l'eau pour commencer à le solidifier ; puis, on attend vingt-quatre heures pour que la solidification soit complète. Lorsque le moule est ainsi préparé, on retire le fil de fer, et on applique la gouttière en gutta-percha qui doit rester jusqu'à la consolidation de la fracture.

Cette méthode vient d'être de nouveau employée par M. Morel-Lavallée chez un jeune homme de vingt ans qui était tombé d'une hauteur de 8 à 10 mètres ; le moule ne fut fait que le quinzième jour après la fracture, il y avait à ce moment un déplacement du fragment droit en haut ; la réduction fut opérée, puis maintenue exactement, au point que maintenant on ne retrouve que très difficilement les traces physiques de la fracture ; quant aux fonctions de la mâchoire, elles sont aussi complètes et faciles qu'à l'état normal. Ajoutons que, dès le premier jour de l'application de l'appareil, le malade a pu mâcher des aliments solides.

M. *Huguier* a employé avec avantage l'appareil en gutta-percha pour maintenir le maxillaire supérieur après une opération pratiquée sur cet os dans le but de frayer un passage pour agir sur un polype naso-pharyngien ; dans ce cas, les difficultés étaient plus grandes que pour la contention des fractures du maxillaire inférieur.

— M. *Verneuil* avait précédemment appelé l'attention de la Société sur une opération pratiquée dans le but de remédier à l'immobilité de la mâchoire inférieure, causée par la formation de brides inodulaires ; cette opération est la création d'une fausse articulation sur l'os maxillaire inférieur. M. Verneuil a exposé tous les documents relatifs à cette question dans un mémoire publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, au commencement de cette année (*De la création d'une fausse articulation par section ou résection partielle de l'os maxillaire inférieur comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure*. Paris, in-8° ; Labé, édit.). Un chirurgien distingué de Bologne, M. Fr. Rizzoli, qui avait publié trois observations relatives à cette question, en a publié depuis une quatrième, dont M. Verneuil présente une analyse.

Une enfant de six ans fut atteinte d'une affection typhoïde qui a guéri presque sans soins médicaux ; à la suite de cette maladie survint une stomatite de nature gangréneuse, dont la guérison a été suivie de la formation d'un tissu cicatriciel inextensible qui empêchait complétement le mouvement de diduction de la mâchoire inférieure ; l'alimentation ne pouvait être faite que par un espace laissé libre par la chute d'une dent canine. L'enfant était faible, émaciée, au moment où elle fut présentée à M. Rizzoli ; le chirurgien se décida alors à créer une fausse articulation au moyen de la section simple du maxillaire inférieur, procédé qu'il préfère à l'excision d'une portion de l'os. Une incision fut faite entre la canine et la molaire ; puis le plancher de la bouche ayant été perforé, M. Rizzoli pratiqua la section de l'os au moyen d'une pince ostéotome, ce qui fut facile, vu le jeune âge du sujet. L'opération, faite sans incision externe, fut suivie d'un résultat satisfaisant. « Les mouvements exécutés par la mâchoire suffirent pour permettre le boire et le manger, pour empêcher la réunion de la portion libérée du maxillaire avec la partie restée fixe, et pour donner naissance dans le point sectionné à une nouvelle articulation ; celle-ci tarda toutefois un peu à s'achever, en raison de la chute de la canine inférieure droite et d'une portion nécrosée du bord alvéolaire correspondant. »

— Une autre communication, relative aussi à la pathologie du maxillaire inférieur, est écoutée avec intérêt par la Société. Il s'agit de deux cas de *tumeurs fibreuses* adressés par M. *Letenneur* (de Nantes).

Dans les deux cas, le chirurgien a enlevé les tumeurs de la manière suivante : le maxillaire étant mis à découvert, une section verticale est faite, en avant de la tumeur, sur le bord alvéolaire de l'os jusqu'à un centimètre ou un demi-centimètre du bord inférieur ; une autre incision semblable est faite en arrière ; ces deux incisions verticales sont ensuite réunies par une incision transversale parallèle au bord inférieur, et la tumeur est enlevée, en lais-

sant le périoste qui tapisse sa face interne, ce qui permet la consolidation de l'arc osseux laissé en place au bord inférieur. Les malades, opérées ainsi, étaient deux femmes de trente-cinq et de trente-huit ans; elles ont parfaitement guéri.

MM. *Robert* et *Broca* rappellent que des opérations semblables ont été faites par P. Bérard et Dupuytren, et que d'autres cas sont également mentionnés dans l'ouvrage de Jourdain. — M. Letenneur n'a pas parlé de question de priorité; sans doute il connaît quelques-uns de ces faits antérieurs. Les deux cas nouveaux qu'il signale sont d'ailleurs intéressants, même après ceux qui sont rappelés ici.

— M. Marjolin présente au nom de M. *Barthez*, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, une énorme *tumeur de l'ovaire* recueillie sur une enfant qui a succombé à l'âge de onze ans.

Cette tumeur qui pesait 19 livres, est composée de kystes multiloculaires renfermés dans du tissu spongieux, mollasse, développé dans les parois : elle ressemble à celles qu'on rencontre assez souvent chez les adultes ; elles sont très rares chez les enfants, et c'est à ce dernier point de vue que cette pièce anatomique présente un intérêt réel.

JULES ROUYER.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 NOV. 1860. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

PRODUITS EXTRACTILES DE LA DIGITALE. — DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE. — SUITES ÉLOIGNÉES DU SCORBUT.

Une indisposition de M. Gubler a fait remettre à la prochaine séance la suite de la discussion sur les paralysies diphthériques. Deux lectures ont occupé entièrement la séance d'aujourd'hui.

M. *Homolle* lit un mémoire intéressant sur les propriétés des diverses substances extractiles provenant de la digitale. Ses travaux antérieurs, en collaboration avec Quévenne, avaient déjà montré que la digitaline représente les propriétés de la plante. Mais la digitaline est elle le seul principe actif de la *digitalis purpurea?* Une nouvelle série d'expériences a été entreprise pour résoudre cette question, et c'est l'exposé de ces expériences et leurs résultats qui font l'objet de ce mémoire. Il nous serait difficile d'apprécier comme il convient, sur une lecture rapide, un travail étendu, rempli de détails d'expériences et d'observations minutieuses. Nous ne pouvons qu'en donner une idée sommaire. M. Homolle reconnaît dans la digitale quatre produits extractiles dont il a étudié sur lui-même les propriétés physiologiques : le premier produit obtenu par l'éther a amené la sédation du cœur, une action diurétique avec augmentation de la densité de l'urine (de 1008 à 1030), et, à plus haute dose, un peu de gastralgie, quelques selles diarrhéiques, un peu d'excitation intellectuelle et de faiblesse musculaire.

Le produit n° 2, matière grasse, âcre, nauséabonde, a déterminé chez le courageux expérimentateur les symptômes les plus graves : tension épigastrique, céphalalgie légère au début, bientôt suivie de nausées, de selles diarrhéiques vertes, produisant une forte cuisson à l'anus, et enfin de vomissements bilieux qui ont persisté pendant plusieurs jours et résisté au traitement anti-émétique le plus énergique. Les matières vomies déterminaient aussi une vive cuisson à leur passage sur les lèvres. Des battements épigastriques fatigants, dus à la perception des pulsations de l'aorte ventrale, l'extinction de la voix, une expectoration pneumonique, enfin des troubles violents de la vision, ont accompagné cette véritable intoxication, dont M. Homolle a été longtemps à se remettre. Pendant toute cette expérience, l'urine avait été très acide, très chargée d'urates, et d'une densité de 1022.

Le produit n° 3, isolé par l'alcool, après le lavage à l'éther, est amer et présente des propriétés analogues à celle de la digitaline pure, un peu d'augmentation de densité des urines (1028), abaissement du pouls de 15 pulsations, brisure des membres, un peu de céphalalgie.

Le produit n° 4, soluble dans le chloroforme comme la digitaline elle-même, ne paraît en différer que par ses caractères physiques. Il possède les propriétés physiologiques de la digitaline, et exerce une action toxique aussi énergique, comme on s'en est assuré par des expériences sur des grenouilles.

En résumé, la digitale pourprée n'a aucune action utile autre que celle de la digitaline ; la présence du produit n° 2, par ses propriétés nauséeuses, ne peut que rendre plus difficile l'action du médicament, et doit faire préférer la digitaline à la digitale en nature.

— M. *Sislac* a lu ensuite un travail sur l'action thérapeutique de l'acide arsénieux dans la fièvre intermittente, étudiée dans les hôpitaux militaires. 150 fiévreux ont été traités au moyen de la solution de M. Boudin, à laquelle l'auteur reconnaît une efficacité et surtout une innocuité bien plus grande qu'aux liqueurs de Fowler et de Pearson. Il insiste sur la nécessité de la dilution préalable de ces liqueurs dans une quantité d'eau notable pour éviter les accidents, sur l'importance du fractionnement des doses, enfin sur la tolérance du médicament par les malades tant que dure la fièvre, tolérance qui diminue à mesure que les accès disparaissent. L'action fébrifuge est d'ailleurs incontestable. L'alimentation est mal supportée pendant la fièvre ; elle est réclamée par le malade à mesure que l'apyrexie se produit. Telle est la seule idée générale que nous puissions donner aujourd'hui de ce travail étendu, que la multiplicité des chiffres et les coupures que l'auteur, en raison de l'heure avancée, a été obligé de faire pour en arriver aux conclusions, nous ont empêché de saisir d'une manière bien complète.

Nous avons mentionné dans une des dernières séances l'excellente analyse que M. Lallier avait donnée d'un mémoire du docteur Rizet, aide-major au 3e de zouaves, sur les *suites éloignées du scorbut*. Ce médecin militaire avait été à même, par sa position, de comparer l'état sanitaire des deux premiers bataillons du 3e de zouaves, qui avaient fait la campagne de Crimée, avec celui du 3e bataillon du même régiment qui n'avait pas quitté l'Afrique. Les trois bataillons ayant été ensuite réunis dans des conditions hygiéniques identiques, il fut facile de reconnaître dans les deux premiers bataillons, à l'exclusion du troisième, une série d'accidents qui reconnaissaient pour cause le scorbut, auquel les bataillons criméens avaient payé un large tribut. Les hommes, guéris en apparence, ont conservé longtemps une débilité qui les rendait impropres aux exercices d'agilité et les condamnait au repos. L'héméralopie s'est montrée quelquefois chez vingt sujets à la fois. Des douleurs névralgiques, l'analgésie de la paume des mains et des pieds, des douleurs musculaires et articulaires très rebelles, sans antécédents rhumatismaux, ont été les phénomènes les plus fréquents. Les panaris superficiels, les furoncles multiples, se sont montrés avec une prédominance incomparable chez les criméens ; des taches ecchymotiques, des bulles d'ecthyma, apparaissaient autour des furoncles, et plusieurs fois on a noté le psoriasis orbicularis ou le psoriasis guttata. On sait que les éruptions furonculeuses sont communes chez les recrues de la cavalerie; mais chez les anciens criméens, la fréquence était bien plus grande. Les gencives, les glandes salivaires, avaient conservé une grande susceptibilité sous l'influence du moindre refroidissement ou du moindre traitement mercuriel. Les malades qui avaient été atteints du choléra à Varna avaient offert des accidents consécutifs analogues. M. Lallier rapporte à ce sujet qu'il a entendu lui-même d'anciens cholériques déclarer qu'ils ne s'étaient jamais relevés complétement. Les ongles conservent souvent des rainures qui ont été signalées par M. Beau; enfin M. Lallier a observé même la chute de tous les ongles.

Dr E. ISAMBERT,
Ex-chef de clinique de la Faculté.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur l'emploi de la digitale dans le traitement de l'épilepsie, par le docteur Duclos (de Tours).

M. Duclos, à qui l'on doit déjà de bons travaux sur l'emploi de la digitale dans la pleuropneumonie, a essayé le même médicament contre l'épilepsie. *Il y a pensé*, dit-il, guidé par quelques considérations physiologiques et pathologiques, telles que la possibilité d'éviter certaines attaques d'éclampsie par la compression de l'artère carotide, le développement de l'épilepsie chez les vieillards, si sujets aux troubles de la circulation. On ne trouve guère, en effet, la digitale mentionnée, dans les nosologies classiques, parmi les remèdes anti-épileptiques; néanmoins, elle a eu plus d'une fois déjà cette prétention. M. Delasiauve, dans son excellent Traité de l'épilepsie, ne manque pas de rappeler les essais de Parkinson, Corrigan, Scott et Ed. Sharkey (p. 371). Nous pouvons ajouter que la digitale était la base de ce fameux traitement qu'un praticien, mort il y a une douzaine d'années, vantait si fort en essayant de le tenir secret. M. Duclos a expérimenté avec l'extrait hydro-alcoolique, dont il a fait faire des pilules de 5 centigrammes, et qu'il a administré de la manière suivante. Nous le laissons parler :

« Premier jour, 1 pilule. Deuxième jour, 1 pilule le matin; 1 pilule le soir. Troisième jour, 1 pilule le matin ; 2 pilules le soir. Quatrième jour, 2 pilules le matin; 2 pilules le soir. Cinquième jour, 2 pilules le matin; 3 pilules le soir.

Et je continuai ainsi, jusqu'à ce qu'un effet sensible, notable, fût produit du côté de la circulation, prêt d'ailleurs à diminuer ou même à interrompre la médication, si la digitale déterminait quelque trouble cérébral sérieux, ou, ce qui est plus fréquent, des nausées trop pénibles et trop réitérées.

Ordinairement l'effet désiré se produisait après dix ou douze jours, et il est vraiment remarquable de voir quel considérable ralentissement du pouls pouvait survenir. Chez un jeune homme de dix-huit ans, d'apparence robuste, le pouls tomba à 34 pulsations par minute.

J'interromps donc la médication après dix ou douze jours, et je l'interromps pendant dix jours. Puis, alors même que le pouls reste encore notablement ralenti, je reprends l'usage du médicament. Seulement, si le pouls reste très lent, je ne viens que par une gradation bien plus éloignée; ainsi, en élevant les doses tous les trois, quatre ou même cinq jours au lieu de tous les jours. Si, au contraire, le pouls a repris son allure habituelle, je reprends la formule ordinaire ; et dans ce cas il m'a semblé, bien que je me garde de l'établir en règle générale, qu'un nouveau ralentissement du pouls était plus difficile à obtenir.

On le voit donc, en résumant d'une manière générale, mais générale seulement, et non pas absolue : dix à douze jours du médicament à doses progressives; puis dix à douze jours de cessation; puis retour; puis cessation, en continuant pendant longtemps ces alternances.

Là commence la difficulté de la médication.

Pendant combien de temps doit-on la continuer ? Faut-il la faire toujours d'une manière uniforme ? Mes observations ne reposent pas sur un nombre de faits assez considérable pour pouvoir établir, à cet égard, des règles précises, absolues. Ce qui m'a paru évident, le voici : en général, les crises sont assez rapidement modifiées comme fréquence et comme intensité. Si aucune crise ne se produit, on peut, je crois, sans inconvénient, après six mois de médication, augmenter notablement les intervalles de repos, de cessation du médicament, ainsi les porter à vingt, trente, quarante jours au lieu de dix à douze. Et alors qu'arrive-t-il? Si aucune crise nouvelle ne se reproduit, on augmente encore la durée des repos. De vingt, trente ou quarante jours on arrive à deux mois, suivis comme toujours d'une nouvelle série de dix à douze jours de digitale. Si, au contraire, une ou surtout plusieurs crises reparaissent, alors on revient au point de départ, c'est-à-dire dix à douze jours de digitale, dix à douze jours de repos ; et ce n'est qu'après trois ou quatre nouveaux mois qu'on tente d'accroître les intervalles de repos. »

L'auteur ne dit pas, au juste, sur combien de cas portent ses expériences; il se borne à rapporter *deux* observations. Dans la première, des accès qui venaient d'une à quatre fois par mois n'eurent lieu qu'une fois dans le premier mois de traitement ; un accès se montra deux mois et demi plus tard ; un autre au bout de sept semaines, un autre au bout de dix mois. Cette dernière crise datait de vingt-sept mois quand la malade (jeune fille de seize ans) fut enlevée par une fièvre typhoïde. Le début de l'épilepsie datait de dix-huit mois. Dans le second cas, relatif à un homme marié, âgé de vingt-sept ans, les accès avaient commencé depuis sept mois environ ; il y en avait eu six ou sept. Pendant vingt-six mois de traitement il n'y a eu que deux crises, l'une faible, l'autre violente, la première vingt jours après le commencement de la médication, la seconde neuf semaines après la première. Le sujet est encore en traitement. (*Bulletin de thérapeutique*.)

Traitement du delirium tremens par la digitale à forte dose, par M. le docteur Jones, chirurgien de l'hôpital général de Jersey.

M. Jones emploie la digitale contre le *delirium tremens* depuis une douzaine d'années. La dose habituelle est de 15 grammes de teinture ; ordinairement il faut la répéter au bout de quelques heures ; rarement est-il nécessaire de recourir à une troisième dose, qu'il suffit alors de donner de moitié moins forte que les premières. La plus forte quantité que M. Jones ait administrée a été de 50 grammes en dix heures.

La digitale, donnée dans ces conditions, paraît exercer son action, suivant M. Jones, bien plus sur le cerveau que sur le cœur. Généralement le pouls, loin de s'affaiblir, devient plus fort, plus plein et plus régulier après la première dose. La sueur froide et visqueuse disparaît, la peau se réchauffe. Dès que le médicament déploie toute son action, il produit un sommeil tranquille qui se prolonge généralement pendant cinq à sept heures ; c'est le meilleur critérium pour fixer le moment où il convient de répéter la dose. La sécrétion urinaire ne paraît pas se faire plus abondamment ; dans quelques cas, on observe une légère diarrhée. Jamais M. Jones n'a vu se produire d'accidents inquiétants sous l'influence de cette médication.

Sur 70 malades environ que M. Jones a traités par la digitale, il n'en a perdu qu'un seul, qui avait une tumeur dans le cerveau. Trois fois seulement la digitale a échoué, et il a fallu recourir à d'autres moyens. Les malades dont il s'agit présentaient, du reste, un *delirium tremens* parfaitement caractérisé. Avant d'employer la digitale, M. Jones avait expérimenté plusieurs autres modes de traitement (opium, antispasmodiques, etc.), mais tous lui ont donné une mortalité beaucoup plus élevée et des guérisons bien moins rapides. Plusieurs des malades qu'il avait guéris par la digitale sont morts plus tard, pendant qu'ils subissaient ailleurs le traitement par l'opium, tandis que d'autres, qui avaient subi ce dernier traitement sans aucun avantage, guérirent rapidement sous l'influence de la digitale. (*Medical Times and Gazette*, 29 septembre 1860.)

Du traitement du goître par les applications topiques de deuto-iodure de mercure, par M. le docteur J. Mill Frodsham, médecin du dispensaire général de Farringdon.

M. le docteur Moréal, inspecteur des prisons du Bengale, a fait connaître ce traitement il y a plus de deux ans; depuis cette époque, on lui a accordé peu d'attention. M. Frodsham dit avoir eu l'occasion fréquente de s'assurer de son efficacité, et il croit de son devoir d'appeler de nouveau l'attention des médecins sur ce moyen.

Voici comment M. Frodsham procède : une pommade de deuto-iodure de mercure (80 centigrammes pour 30 grammes d'axonge) est d'abord employée en frictions sur la tumeur pendant plusieurs

jours; puis, profitant d'une journée très chaude et d'un soleil très vif, le malade va s'exposer aux rayons solaires, la tumeur couverte d'une couche épaisse de pommade, et la tête fortement relevée en arrière. En général, au bout d'une heure, il y a déjà une sensation assez vive de brûlure. Le malade retourne chez lui, et cesse entièrement de faire des frictions avec la pommade.

Il y a à l'application de ce moyen une petite difficulté dans les pays froids, c'est que l'action des rayons solaires étant absolument nécessaire à son action curative, on ne peut compter sur un succès complet que dans les mois d'été. La chaleur artificielle ne peut, en aucune façon, remplacer l'action directe des rayons solaires.

« Quelques-uns des cas que j'ai soumis à ce traitement, dit M. Frodsham, et dans lesquels j'ai obtenu le succès le plus complet, étaient de très ancienne date, et avaient résisté à tous les moyens, tant internes qu'externes. Une femme portait son goître depuis quatre ans, et depuis un an elle prenait de l'iodure de potassium à l'intérieur, et faisait des frictions sur la tumeur avec la pommade iodurée, le tout sans le moindre avantage. Le bi-iodure fut appliqué une fois : avant un mois, le volume de la tumeur avait diminué de 2 pouces; après six mois, il n'en restait plus aucune trace.

» La supériorité de ce mode de traitement consiste dans sa grande propreté; — il n'altère en rien la couleur ni la continuité de la surface cutanée; — enfin et surtout dans la rapidité de son action, une seule application suffit en général. » (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 juillet 1860.)

De la valeur pronostique de l'amaurose dans l'albuminurie, par M. le docteur Roche.

La valeur pronostique de l'amaurose dans l'albuminurie n'a pas été, jusque-là, l'objet d'études spéciales. M. Guépin, en disant (*Gazette des hôpitaux*, 1856. n° 20) que les malades albuminuriques et amaurotiques chez lesquels existent en même temps des douleurs encéphaliques, ne tardent pas à succomber, attachait surtout de l'importance aux accidents cérébraux. M. Lécorché seul, dans sa thèse, a formulé les propositions suivantes, exclusivement relatives à l'amblyopie :

1° Il n'y a pas de relation constante entre la gravité de l'altération des reins et celle de l'amblyopie; 2° l'existence de l'amblyopie n'est point une condition de la gravité de la néphrite albumineuse, et ne rend pas nécessairement le pronostic plus fâcheux.

M. Roche est arrivé à une opinion tout opposée, en analysant une série de 15 faits d'albuminurie. Voici le résumé sommaire de ces faits :

6 albuminuries aiguës, dont 5 idiopathiques, guéries les 6 sans avoir présenté ni amaurose ni éclampsie; 1 albuminurie chronique, également guérie sans amaurose ni éclampsie; 1 albuminurie aiguë, suivie de mort, sans amaurose ni éclampsie; 2 albuminuries aiguës, suivies de mort, avec amaurose et éclampsie; 3 albuminuries chroniques, suivies de mort, avec amaurose et éclampsie;

2 albuminuries chroniques, suivies de mort, avec amaurose sans éclampsie. Total : 7 guérisons et 8 morts sur 15 cas.

« Ainsi, dit l'auteur, nous trouvons :

» D'une part, 7 guérisons qui ne présentent pas d'amaurose :

» D'autre part, 7 cas mortels, dans lesquels l'amaurose ne manque pas une fois; puis, entre ces deux séries, un seul fait, qui leur sert de transition, d'albuminurie suivie de mort sans amaurose. C'est à la fois, dans les 15 observations que je possède, le seul exemple et la seule exception sur 7 cas de guérison sans amaurose, et sur 7 cas de mort avec amaurose; de sorte qu'en résumé, sur 8 morts on trouve sept fois l'amaurose.

» Il devient évident par là que, si un phénomène a été fréquent dans les cas mortels, c'est l'amaurose bien plus encore que l'éclampsie. Ce n'est pas que je nie la gravité de cette dernière, tant s'en faut; au contraire, les deux épiphénomènes sont presque solidaires l'un de l'autre, puisque tous deux sont le résultat d'une même cause. Je dirai plus : on n'a guère vu, que je sache, d'albuminuries compliquées d'éclampsie se terminer heureusement; mais, enfin, il ne faut pas oublier qu'il n'y a eu ni amaurose ni éclampsie dans 7 cas de guérison, tandis que, sur 8 morts, l'amaurose n'a manqué qu'une fois, l'éclampsie manquant trois fois.

» Ainsi, le docteur Guépin a raison d'avancer que l'association des signes encéphaliques et de l'amaurose constitue un pronostic très grave. Mais on peut préciser davantage les faits, et dire que, si les signes encéphaliques sont toujours d'un pronostic grave, l'amaurose, encore plus fréquente, possède un caractère tout aussi grave, non pas d'une manière immédiate comme l'éclampsie, mais comme étant l'indice d'un péril imminent. Ainsi, l'amaurose n'a pas besoin de s'associer les complications cérébrales pour qu'on soit en droit d'établir un pronostic fâcheux, et, toutes les fois qu'il y a amaurose, on peut et l'on doit craindre une terminaison fatale. » (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, n° 9.)

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, par Vidal (de Cassis). 5e édition, revue, avec des additions et des notes par le docteur Fano. — 5 vol. in-8. J.-B. Baillière et fils.

Étant donnée à un écrivain, la mission de rééditer l'ouvrage d'un auteur décédé depuis quelques années, mais en remettant la nouvelle édition au niveau de la science, par des notes ou des additions, quelle est la meilleure manière d'ajouter le nouveau texte à l'ancien, et d'y intercaler ce que l'on croit être, quelquefois à tort, des améliorations?

Trois procédés principaux se présentent : laisser le texte primitif intact, en ajoutant sous forme de notes, soit au bas des pages, soit à la fin des chapitres, les rectifications jugées nécessaires; — respecter l'original, mais intercaler dans le corps de l'ouvrage, et en caractères différents, les articles que l'on croit utile d'ajouter; — enfin retrancher du texte primitif ce que l'on croit inutile, le fondre et le mélanger intimement avec sa propre prose. De tous ces partis quel est le meilleur? C'est la question qu'a dû se poser M. Fano lorsque l'éditeur de l'ouvrage de Vidal lui proposa de diriger la nouvelle édition du Traité de pathologie externe.

Mais on peut d'abord s'adresser une question : Ces notes et ces additions sont-elles nécessaires? Laissons un instant de côté le livre dont nous voulons rendre un compte très abrégé pour raisonner en thèse générale. Notre réponse à cette question sera souvent négative. En effet, quelques auteurs de livres de médecine ont eu le rare privilége de faire école. Leur ouvrage constitue comme le tableau exact et complet de la science dans le pays qui les vit naître et mourir, et pendant le siècle que leurs travaux ont illustré. D'autres ont résumé dans leurs livres les connaissances de leurs devanciers et de leurs contemporains, et nous donnent comme le bilan de la médecine ou de la chirurgie à leur époque. Ainsi fit Boyer; et, si son livre a eu le mérite de guider les chirurgiens de notre siècle jusqu'à ces dernières années, il aura toujours celui de rester comme un monument historique résumant les opinions chirurgicales de la seconde moitié du XVIIIe siècle, et principalement de l'Académie de chirurgie. On ne doit point toucher à de tels livres sous prétexte de les mettre au niveau de la science; il vaut mieux leur laisser toute leur valeur historique, ce qu'on ne peut faire qu'en les respectant complétement.

Mais d'autres ouvrages, quoique déjà anciens et non remplacés par des publications plus récentes, sont quelquefois destinés presque uniquement aux élèves; dans ce cas, il est évident que l'on doit, pour leur conserver leur utilité, y ajouter les faits nouvellement acquis à la science. C'est ainsi que M. J. Béclard, rééditant l'Anatomie générale de son père, put, tout en conservant le texte primitif, y ajouter en italique les nouvelles connaissances dues aux

recherches anatomiques et microscopiques modernes. D'autres fois, lorsqu'il s'agit de la traduction d'ouvrages étrangers, il est bon de faire remarquer aux lecteurs en quoi les idées de l'auteur diffèrent de celles qui sont adoptées en France, par exemple, d'apprécier et de juger leur importance et leur valeur; c'est ce que fit M. Gosselin pour les MALADIES DU TESTICULE de Curling, au moyen de notes additionnelles. Que devait faire M. Fano? Devait-il respecter complétement le texte de Vidal, et se borner à y ajouter des annotations, et, s'il y avait lieu, de nouveaux articles? Nous ne le pensons pas. L'ouvrage de Vidal, quelque excellent qu'il puisse être pour instruire les élèves et guider les chirurgiens dans la pratique de leur art, ne peut être considéré comme destiné à devenir, dans les âges futurs, le tableau fidèle et le résumé de la chirurgie contemporaine, par la raison toute simple que l'école chirurgicale du XIX[e] siècle, basée sur l'expérimentation et l'observation rigoureuse des faits, si elle est en voie de formation, est encore loin d'être formée.

La PATHOLOGIE EXTERNE de Vidal a le grand mérite d'être un livre classique renfermant l'ensemble des connaissances actuelles en chirurgie; il a de plus l'avantage non moins grand d'être à peu près le seul traité complet de pathologie externe mis entre les mains des praticiens et des élèves. Le COMPENDIUM de MM. Denonvilliers et Gosselin, par la vaste érudition des auteurs, la clarté et la vérité des descriptions, la sûreté des appréciations, est destiné à devenir peut-être, pour le XIX[e] siècle, ce que l'ouvrage de Boyer a été pour la seconde moitié du XVIII[e]. Malheureusement il est loin d'être terminé, malgré l'impatience avec laquelle on attend l'apparition de nouveaux fascicules, et l'empressement qu'on met à accueillir cette publication toujours un peu tardive. La PATHOLOGIE CHIRURGICALE de M. Nélaton, ou plutôt le livre publié sous sa direction par MM. Jamain, Tavignot, etc., n'est pas tout à fait complet, et manque surtout d'unité; car si les premiers et les derniers volumes sont bons, on ne peut en dire autant du troisième. L'ouvrage de Vidal répond donc à un besoin réel; mais, devant servir à l'instruction des élèves, de nombreux changements y étaient nécessaires pour l'élever au niveau de la science.

« Tous ces changements, toutes ces additions, dit M. Fano dans » sa préface, n'ont porté aucune atteinte à la disposition primitive » de l'ouvrage. Le texte ne se trouve nulle part interrompu; le » nouveau n'est séparé de l'ancien que par des crochets qui indi- » quent les limites des additions. »

On pourrait croire, d'après cela, que le texte primitif a été conservé, mais il n'en est rien; il a même été fortement, trop fortement peut-être remanié. M. Fano aurait pu se rappeler le précepte: *Est modus in rebus.* Sans doute il ne faut pas que, dans un livre destiné aux élèves, les notes ajoutées soient en contradiction avec le texte de l'auteur, surtout lorsque des observations nouvelles ont montré l'erreur de l'écrivain original; mais il ne faut non plus rien changer sans nécessité, car alors le livre primitif disparaît, et au lieu d'avoir, par exemple, la PATHOLOGIE de Vidal on a celle de M. Fano. Ce reproche est surtout applicable à la partie qui traite des fractures; le texte de Vidal a presque complétement disparu, tandis qu'il aurait pu être en grande partie conservé. Du reste, qu'on ne se méprenne pas sur la portée de cette légère critique; le lecteur n'a rien à perdre à ces changements, car ils mettent la cinquième édition bien au-dessus de la précédente; l'élève y gagnera beaucoup; mais, quand on voudra savoir l'opinion de Vidal, il faudra aller la chercher dans les premières éditions, et c'est là l'inconvénient que nous voulions signaler.

Prenons un exemple au hasard. Le second volume commence par l'histoire des maladies des veines. L'article *Plaies des veines* est refait entièrement; il contient l'analyse des expériences de M. Ollier, un aperçu sur le mode de cicatrisation des plaies veineuses, ce qui n'existait pas dans la quatrième édition. L'histoire de l'infection purulente, complétement changée, est reportée au premier volume, à l'article des *Complications des opérations.* Il en est de même pour les ulcères variqueux, renvoyés aussi au premier volume. La description de la phlébite est restée telle que l'avait écrite Vidal, mais l'histoire des varices a été modifiée; leur anatomie pathologique, leur traitement par l'injection de perchlorure de fer, ont été ajoutées. On voit donc que les changements n'ont pas porté seulement sur le texte des articles, mais encore sur le plan qui a présidé à leur arrangement.

Nous ne pouvons signaler tous les changements opérés, leur nombre en est trop grand; nous noterons seulement les modifications et les additions principales. Des notions historiques et des recherches physiologiques ont été ajoutées à l'histoire des anesthésiques. Les tumeurs fibreuses, fibro-plastiques, le phlegmon diffus, les varices artérielles forment des articles nouveaux. L'enchondrome se trouve décrit pour la première fois dans le deuxième volume. Nous avons dit que l'histoire des fractures et des luxations est complétement refaite. Les fractures et les luxations du bassin, non décrites par Vidal, l'ont été par M. Fano. Dans les maladies des yeux, une large place a été réservée à l'ophthalmoscopie. La gravelle, les fistules rénales, dont l'histoire manquait dans les éditions précédentes, ont été traitées dans la cinquième. En somme, nous pouvons dire que la nouvelle édition du TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE de Vidal est tellement différente des précédentes qu'on pourrait presque la regarder comme un ouvrage nouveau; mais aussi, pour être juste, nous devons ajouter que, loin d'avoir perdu, le livre nous semble avoir beaucoup gagné à ces modifications au point de vue surtout de l'instruction des élèves, auxquels il est appelé à rendre de grands services; car il leur facilitera l'étude de la chirurgie, et par le fond, et par les dessins nombreux qui accompagnent et expliquent le texte.

Manuel de médecine opératoire, par J.-F. MALGAIGNE. Septième édition. In-18, 1861. Paris, Germer Baillière.

M. Malgaigne vient aussi de donner une nouvelle édition de son MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, manuel qui pourrait s'intituler traité, sans usurpation de titre. De nombreux changements, de nombreuses additions font, comme pour l'ouvrage de Vidal, de cette septième édition un livre presque nouveau. Quelques parties que l'on pouvait regarder comme moins utiles, et que l'on étudie dans des manuels spéciaux, l'*Art du dentiste, du pédicure*, la *Petite chirurgie*, etc., ont été supprimées. Il en a été de même d'un grand nombre de procédés parasites, ainsi que les appelle le professeur de médecine opératoire, qui s'éternisent dans les livres, alors que la pratique les laisse depuis longtemps dans le plus profond oubli. Ces portions supprimées ont été avantageusement remplacées par la description de procédés nouveaux, de méthodes nouvelles, conquêtes récentes de la chirurgie contemporaine. Mais la nouvelle édition est remarquable à un autre point de vue. Les livres de médecine opératoire ne sont ordinairement qu'une compilation des différents procédés, groupés avec un ordre plus ou moins parfait; mais, s'ils peuvent servir à guider la main du chirurgien, ils ne lui apprennent pas quel est le meilleur moyen à employer, quelles chances de succès ou d'insuccès attendent le procédé choisi. La vaste érudition de l'auteur, ses recherches laborieuses sur les résultats statistiques des opérations, lui ont permis d'ajouter à la description des méthodes et des procédés une appréciation raisonnée de leur valeur, appréciation à laquelle nous avaient déjà initié les brillantes leçons du professeur.

Ainsi, après l'histoire des amputations, M. Malgaigne nous montre que la mortalité, dans les hôpitaux de Paris, est de 56 pour 100, tandis qu'elle n'est à Londres, et dans les mêmes conditions, que de 30 pour 100. Déjà nous avions montré l'année dernière, dans un mémoire *sur la résection du genou* lu à la Société de chirurgie, que la mortalité, après les amputations de cuisse, est à Londres de 32 pour 100, tandis qu'elle est de 62 à Paris. C'est là un résultat qui mérite d'attirer fortement l'attention, d'autant plus qu'on ne peut ici arguer de l'incertitude des statistiques en général, puisque celle-ci embrasse toutes les opérations de quelques hôpitaux pendant une certaine période. L'influence des lésions qui déterminent à pratiquer l'amputation, de l'époque à laquelle elle est faite, du mode de pansement, de l'étendue des salles et du nombre des lits, des procédés opératoires, etc., tout cela est étudié avec soin.

Des recherches semblables ont été faites par l'auteur pour les anévrysmes, les résections, la taille, la lithotritie, etc. Quoique cette partie de l'histoire des opérations puisse à quelques-uns paraître surajoutée, elle ne nous paraît pas moins une des plus intéressantes de l'ouvrage, car elle nous fournit des documents et une base d'appréciation qu'on ne trouve nulle part ailleurs.

La médecine opératoire ne consiste pas seulement dans l'art de couper et trancher *tuto, cito et jucunde;* elle doit comprendre l'étude des indications et des résultats des opérations. La nouvelle édition du manuel de M. Malgaigne nous en apprend les résultats, nous espérons que la prochaine nous en apprendra les indications et que l'auteur consignera dans son ouvrage une partie au moins de ce qu'il expose si bien dans son cours.

Léon Le Fort,
Prosecteur de la Faculté.

VII

VARIÉTÉS.

D'après des renseignements que nous avons lieu de croire exacts, une commission de professeurs est chargée d'étudier l'organisation à donner au service des chefs de clinique. L'institution d'un concours y a rencontré des objections. Il a paru à quelques membres qu'il importait que le chef de clinique fût du goût et du choix du professeur. La même question a été soulevée au sujet des services de clinique chirurgicale; mais on a objecté que, ces services ne pouvant se passer d'internes, l'introduction d'un chef de clinique pourrait y amener des conflits d'attributions.

Nous avons dit, dans le dernier numéro, que le désir de voir établir un concours pour les fonctions dont il s'agit s'était manifesté (nous aurions pu dire *renouvelé*) *à l'occasion* de la nomination de M. Dumontpallier. Nous espérons qu'on ne se sera pas mépris sur le sens de nos paroles. Toutes les nominations de ce genre pourraient *occasionner* l'expression d'un vœu favorable à l'établissement du concours; aucune ne la *motiverait* moins que la nomination de notre distingué confrère; car le concours ne saurait donner un chef de clinique plus capable et plus digne.

A. D.

M. le professeur Rouget vient de faire, à la Faculté de Montpellier, sa leçon d'ouverture devant un nombreux auditoire. Après avoir rendu hommage aux brillantes qualités professorales de son prédécesseur, le vénérable M. Lordat, il a exposé avec une grande netteté quels sont les principes et les méthodes auxquels la physiologie moderne doit tous ses progrès. Il a montré que l'anatomie comparée, l'observation et la critique personnelle des faits, l'expérimentation variée et l'induction, avaient été les instruments de toutes les découvertes réelles depuis Harvey jusqu'à nos jours. Sans repousser les secours que la physiologie peut attendre de la pathologie, il a fait voir que, en général, c'est la connaissance des fonctions normales qui explique les désordres de la maladie. C'est donc plutôt la physiologie qui s'applique à la médecine que la médecine à la physiologie.

« Étudier l'activité propre de chaque élément de l'organisation, y rattacher tous les phénomènes de la vie, déterminer la corrélation de ces phénomènes eux-mêmes avec les manifestations des grandes forces de la nature; montrer, par exemple, que la lumière et la chaleur qui rayonnent des mondes stellaires sont pour l'homme et tous les êtres organisés les sources de la vie, et que ce n'est pas là seulement une poétique métaphore, mais la rigoureuse expression d'une vérité scientifique, tel est le but le plus élevé que les recherches physiologiques puissent se proposer... »

« Ennemi des entraves qu'impose toute doctrine, tout système, a dit encore M. Rouget, je ne vous parlerai au nom d'aucune école, d'aucun dogme, et la seule autorité sur laquelle je m'appuierai, c'est celle de ce mouvement scientifique universel qui entraîne aujourd'hui dans une direction commune tous ceux qui se vouent aux études physiologiques, à Édimbourg, à Vienne, comme à Paris, à Londres, à Berlin ou à Philadelphie. »

Des applaudissements unanimes ont prouvé au jeune professeur qu'il avait été compris et qu'il trouverait de fervents disciples dans la jeunesse studieuse de Montpellier.

— M. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera son cours de pathologie générale le samedi 8 décembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants.

— M. le docteur Marcé commencera son cours public sur les maladies mentales le lundi 3 décembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Joulin commencera son cours d'accouchements le vendredi 30 novembre, à sept heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, pour continuer les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Mallez commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le mercredi 28 novembre, à onze heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VIII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par *A. Trousseau*. Tome I. In-8 de 824 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

De la guérison complète et rapide des rétrécissements de l'urètre autrefois réputés incurables, avec divers documents sur un procédé de cathétérisme pour éviter la ponction de la vessie, sur quelques cas remarquables de lithotripsie, et sur un appel a l'Académie de médecine contre une décision erronée, par le docteur *G. Guillon*. 2e édition, avec 2 planches. In-8 de 152 pages. Paris, Victor Rozier. 3 fr.

De l'uréthrotomie interne, observations recueillies à la clinique de M. le professeur Sédillot, par le docteur *G. Gaujot*. In-8 de 140 pages, avec planche. Paris, Victor Rozier. 3 fr.

Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra, par *Henri Hamel*. In-8 de 32 pages. Paris, Victor Rozier. 1 fr.

Préparation a l'exercice de la médecine, par le docteur *Félix Schneider*. Ouvrage destiné spécialement à initier les jeunes médecins aux réalités de la carrière. In-12 de 216 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Molekulære Vorgænge in der Nervensubstanz (Procès moléculaires dans la substance des nerfs), par *E. Harless*. 3e monographie : *Force de l'irritabilité*. In-4. Munich, Franz. 4 fr.

Anatomische Untersuchungen (Recherches anatomiques), par *W. Krause*. Grand in-8. Hannovre, Hahn. 4 fr.

Chemistry in its Relations to Physiology and Medicine (La chimie dans ses rapports avec la physiologie et la médecine), par *G.-E. Day*. In-8, avec 5 planches. Londres, Baillière. 28 fr.

Further Observations in Several Parts of Surgery; to which is appended an Original Memoir or Review of the Nature and Treatment of some Unusual Forms of Eye Disease (Observations sur diverses parties de la chirurgie auxquelles est annexé un mémoire original ou une revue sur la nature et le traitement de quelques formes non usuelles de maladies de l'œil), par *B. Travers*. In-8. Londres, Longman. 9 fr.

On the Reparative Process in Human Tendons after subcutaneous Division for the Cure of Deformities, with an Account of the Appearances presented in fifteen Post-mortem Examinations on the Human Subject; also a series of Experiments on Rabbits, and a Resumé of the English and foreign Literature of the Subject (Sur le procédé réparateur dans les tendons de l'homme après la division sous-cutanée pour la guérison des difformités), par *W. Adams*. In-8, avec 7 planches et des figures dans le texte. Londres, Churchill. 8 fr. 50

On the Signs and Diseases of Pregnancy (Sur les signes et maladies de la grossesse), par *T.-H. Tanner*. In-8. Londres, Renshaw. 17 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger,
Le port en sus suivant
les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. — PARIS, 7 DÉCEMBRE 1860. — N° 49.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 6 décembre 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE LA RÉSECTION COXO-FÉMORALE; ÉLECTION DE M. JACQUEMIER.

Chercher dans les annales de la chirurgie étrangère le complément de notre art classique, prendre le bon où il se trouve, sans distinction de temps ou de lieu, rassembler, en un mot, tous les matériaux nécessaires à la constitution d'une science chirurgicale prudente et efficace, telle semble être la voie qu'adoptent en ce moment les jeunes représentants de la chirurgie française, désireux de suivre la marche du progrès.

Jusqu'au moment où il leur sera permis d'apporter à la grande œuvre le contingent de leurs travaux propres et de leurs découvertes originales, ils étudient, commentent, comparent, vulgarisent enfin les travaux et les découvertes des autres; ils s'arment ainsi de pied en cap pour combattre plus tard les maux nombreux qui affligent notre pauvre espèce.

C'est dans la direction indiquée plus haut que s'est engagé M. Léon Lefort, l'un des prosecteurs de notre Faculté. La presse étrangère renferme, depuis plusieurs années, le récit des succès obtenus en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, par la résection des deux plus grandes articulations du corps, celle de la hanche et celle du genou. A l'aide de ces opérations, on sauve, dit-on, des malades condamnés à la mort; on conserve des membres qu'on amputait impitoyablement autrefois, et ces membres reséqués sont d'un bon usage dans un très grand nombre de cas. On va même plus loin, et l'on affirme que la résection du genou est moins meurtrière que l'amputation de la cuisse. Enfin tout le monde est disposé à admettre, *à priori* même, que la résection coxo-fémorale laisse plus d'espoir de guérison que la désarticulation de la cuisse, cet épouvantail des chirurgiens passés. Si donc le malade gagne la partie quant à l'existence, il garde par-dessus le marché un membre inférieur sur lequel il a grande chance de pouvoir se soutenir et marcher.

Les chirurgiens français sont loin d'admettre l'exactitude de toutes ces assertions. S'ils ne les contestent pas résolument, ils doutent et, partant, ils s'abstiennent : ils doutent, parce qu'ils ne voient pas; ils ne voient pas, parce qu'ils ne font pas, et se meuvent ainsi dans un cercle vicieux évident. Ceci, soit dit en passant, suffirait pour démontrer qu'en France nous sommes beaucoup plus rebelles à l'enthousiasme et à l'entraînement qu'on ne le dit généralement. Notre chirurgie n'est point hasardeuse, et l'on pourrait dire d'elle qu'elle est essentiellement sage et modératrice du progrès. Heureux les cas où elle n'est pas réactionnaire!

Mais enfin chacun a ses qualités et ses défauts, et nous ne songerons jamais à blâmer ceux qui exigent, pour être convaincus, des démonstrations multipliées et des preuves vraiment probantes. Reste uniquement à savoir si les faits satisfont oui ou non à ces exigences si légitimes.

Sans prévention comme sans propension, M. Lefort a cru utile de se livrer à une enquête sérieuse sur la question importante des résections du membre inférieur, et, pour s'éclairer plus parfaitement, il a appelé la vue des sens à l'aide de la vue de l'esprit; il est parti pour le pays berceau des résections, et, après cinq mois passés en Angleterre, après avoir regardé, vu et touché, il est revenu prosélyte décidé.

Pour commencer la propagande, il a rédigé une note substantielle sur la résection coxo-fémorale et l'a lue dans la dernière séance de l'Académie (voy. p. 787).

Nous trouvons au début de cette communication un court exposé historique de l'opération en Angleterre. Les deux White ouvrent la marche, l'un pour l'idée, Charles White (de Manchester), 1769, l'autre pour l'exécution, Anthony White, de l'hôpital de Westminster, à Londres, 1821. Un beau succès couronna cette première tentative, qui avait cependant été condamnée d'avance par les chirurgiens de l'hôpital Saint-Georges.

L'exemple ne porta tout d'abord que peu de fruits, puis

qu'il faut arriver jusqu'en 1845 pour qu'une impulsion nouvelle soit donnée par M. Fergusson, imité bientôt par MM. Smith, Jones, Erichsen, etc.

Cependant, dans l'intervalle compris entre 1821 et 1845, la question avait fait d'immenses progrès. La théorie des résections avait été fondée, en quelque sorte, sur la triple base de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de l'expérimentation, soit sur les animaux, soit sur l'homme. C'est aux chirurgiens allemands qu'à coup sûr on doit le plus, et il est impossible d'écrire l'histoire de ces opérations sans citer les noms de Jæger, de Heine, de Textor, de Ried, etc. Au dire de M. Fock (*Archives générales de médecine*, numéro de novembre 1860, p. 574), un chirurgien de Pirna, Schmalz, aurait même précédé Anthony White dans l'exécution (1817). Nous n'avons pas sous les yeux les documents nécessaires pour trancher ce point d'historique. Nous regrettons que M. Lefort n'ait pas fait aux chirurgiens allemands la part qu'ils méritent. Il donne, pour justifier cette omission, des motifs qui ne sont pas sans valeur, mais qu'il devra faire disparaître s'il continue, comme tout l'annonce, à faire des résections en général une étude approfondie.

La chirurgie française n'a pas grand'chose à réclamer dans cette distribution : des expériences de Chaussier, un bon article de M. Bonino (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1844, t. X, p. 385, et t. XI, p. 123), une résection pratiquée par Roux, quelques projets d'opération, quelques approbations plus ou moins timides, tel est notre maigre bilan. Nous pensons que les Américains, au contraire, marchent sur les traces de leurs confrères de la Grande-Bretagne.

Quoi qu'il en soit de l'historique, la résection coxo-fémorale a été combattue et l'est encore à l'aide d'objections assez sérieuses en apparence. L'une des plus sérieuses est la difficulté où l'on serait d'enlever tout le mal lorsque la cavité cotyloïde et les portions avoisinantes de l'os iliaque sont atteintes par la carie. Puis on objecte encore le siége de l'opération, qui confine aux cavités viscérales, la longueur de la cicatrisation, l'abondance de la suppuration, la durée prolongée du séjour au lit et l'épuisement qui résulte de ces causes congénères. Puis on rappelle les exemples de guérison spontanée dans certains cas désespérés de coxalgie. Enfin on se demande toujours à quoi servira un membre pesant attaché au bassin si l'on n'obtient pas cette fausse articulation qu'on espère et qui doit faire de la cuisse un support convenable.

M. Lefort examine successivement ces fins de non-recevoir qui peuvent être et qui sont déjà amplement réfutées par des faits nombreux. Espérons que sa réponse mettra définitivement un terme, dans notre pays et ailleurs, à ces objections incessamment répétées, à ces condoléances banales qui annoncent certainement chez ceux qui les reproduisent sans cesse plus d'apathie et d'insouciance que de prudence et de circonspection véritables.

Pour notre part, nous sommes tout à fait désintéressé : jamais nous n'avons pratiqué la résection fémorale, et, si nous nous déclarons très catégoriquement en sa faveur, c'est que nous trouvons valables les raisons qui ont guidé ses partisans actifs, c'est que les faits, ou au moins un certain nombre d'entre eux, nous paraissent tout à fait sans réplique. Qu'il nous soit donc permis, dans la condition d'indépendance où nous sommes, de poser la question d'un point de vue élevé :

Un sujet est atteint d'une coxalgie grave avec carie confirmée, fistules multiples, suppuration abondante, état général grave, tendance nulle à la guérison spontanée. Tout bien examiné, le pronostic est des plus sombres, et la mort dans un délai plus ou moins long est à peu près certaine. Ces cas ne sont pas très rares; tous les chirurgiens en ont observé; on peut en voir souvent dans nos hôpitaux consacrés à l'enfance, et j'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de donner mes soins infructueux à deux enfants qui offraient tout le cortége symptomatique énuméré plus haut. Tous deux sont morts.

Dans ces conditions, que faut-il faire? — On peut laisser mourir les malades sous prétexte qu'il vaut mieux cela que les tuer; on décore son inertie du titre de sagesse, *primum non nocere*, et tout est dit. — On peut cependant implorer la nature médicatrice et attendre patiemment un miracle. Le miracle, je le concède, peut se faire; mais on ne compte pas les cas fort nombreux où la force vitale fait la sourde oreille. — On peut désarticuler la cuisse et ruginer au besoin la cavité cotyloïde. Cela a été fait; mais les résultats ne sont guère meilleurs que ceux de l'expectation. Il faut, pour sauver l'amputé, un nouveau miracle. Or, puisque, dans les deux cas, la guérison dépend d'un grand effort de la nature, mieux vaut attendre celui-ci en conservant la cuisse. — Reste une dernière ressource : *la résection des parties malades.*

Comme exécution, elle n'offre pas de difficultés sérieuses, capables du moins de faire hésiter un seul instant le chirurgien tant soit peu habile. L'étendue du champ opératoire ne dépasse pas celui de la résection du coude, l'emporte à peine sur celui de la résection de l'épaule, reste bien au-dessous des plaies produites par la résection du genou et les amputations de la cuisse et du foyer des fractures compliquées du membre pelvien.

La suppuration est longue et abondante, ni plus ni moins que si l'on garde la maladie à sa dernière période; le retentissement sur l'économie est donc à peu près équivalent.

L'expectation, avons-nous dit, laisse le champ ouvert à deux terminaisons, l'une infiniment probable, la mort plus ou moins lente; l'autre infiniment rare, la guérison lentement obtenue et d'ailleurs relative, car le membre gardera une déviation à peu près constante et ne reprendra, du reste, ses fonctions imparfaites qu'après des incertitudes et des oscillations nombreuses. Après l'action, les ressources sont plus variées et les résultats plus tranchés. En supposant seulement que la mort et la guérison s'équilibrent à peu près, l'intervention serait légitime; mais les résultats sont sans contredit plus favorables, et il convient de les classer en cinq catégories.

1° La terminaison funeste peut être prompte et suivre de près l'opération, qui doit en prendre par conséquent la responsabilité : c'est, si je puis ainsi dire, la *mort traumatique*.

2° Mais aussi elle peut être tardive, survenir après des semaines et des mois, amenée par la récidive du mal dans les os, par l'abondance et la perpétuation des accidents consécutifs des plaies, par la persistance, en un mot, de l'état local que l'opération a modifié sans le changer radicalement : *c'est la mort organique locale*. L'opération, sans être utile, n'a point été nuisible : les conditions restent les mêmes, on a donné, diront les uns, un coup d'épée dans l'eau; ***Melius est anceps remedium quam nullum***, répliqueront les autres.

3° La mort peut arriver aussi par la détérioration de tout l'organisme, par la continuation de la diathèse avec des manifestations sur d'autres points, par les lésions viscérales, tuberculisation pulmonaire, abdominale, etc. La plaie de l'opération est cicatrisée ou peu s'en faut; elle n'est évidemment pas le point de départ immédiat des complications ultimes, le but

chirurgical proprement dit est atteint, l'art est et doit être absous. Les opérés sont *morts guéris*, pour employer une locution dont on a beaucoup abusé, mais dont l'emploi est parfois justifiable. *C'est la mort organique générale*, ou, si l'on veut, une qualification plus consolante, la *guérison temporaire non confirmée*.

Cette catégorie sert de transition aux suivantes, qui renferment les guérisons, à deux degrés il est vrai.

4° Dans le premier, la plaie se cicatrise, le foyer morbide est éteint, la santé générale se rétablit, la vie désormais n'est plus dans la balance, mais la cuisse reste flottante, imparfaitement attachée au bassin; elle ne peut supporter le poids du corps, elle est impropre à la station et à la marche.

Le membre a perdu, par bonheur son mal, par malheur son usage : c'est un invalide qui se porte bien. Je dis la cure incomplète, c'est *la guérison organique sans restitution fonctionnelle*. Le résultat est imparfait, j'en conviens; mais à la rigueur, plus d'un s'en contenterait : quand on n'a pas ce que l'on aime, il faut aimer ce que l'on a, diraient les optimistes. Quant aux chirurgiens, ils n'ignorent pas que la prothèse, singulièrement perfectionnée de nos jours, peut pallier l'inconvénient. Un appareil prenant son point d'appui sur le bassin permettra la marche comme dans les cas d'amputation de la cuisse au quart supérieur ou de désarticulation coxo-fémorale. Au pire, restent toujours les béquilles. Pour prix de sa vie sauve, l'opéré traînera son membre avec lui et en supportera le poids. Le galérien mis en demeure de choisir entre la vie et son boulet n'hésiterait pas longtemps, pensons-nous.

5° Les opérés qui composent enfin la cinquième catégorie réunissent les bénéfices d'une bonne santé récupérée et d'un membre qui leur rend des services utiles. Les uns peuvent faire plusieurs lieues à pied, d'autres vaquer seulement à des occupations tranquilles. Ces différences ne sont pas assez tranchées pour motiver de nouvelles divisions. La cure est complète, car il y a *guérison organique avec rétablissement de la fonction*.

M. Lefort, qui a cité des chiffres statistiques dans son travail, fera bien de les répartir dans les cinq cadres que nous venons d'établir; il le pourra beaucoup mieux que nous, qui n'avons pas entre les mains les pièces originales : il arrivera, je crois, à des données numériques précises et aussi rapprochées que possible de la vérité clinique, qui doit exercer une influence si prépondérante sur les indications et l'avenir de la résection coxo-fémorale.

Plaçant en première ligne et à bon droit les chances que l'opération donne de SAUVER LA VIE, M. Lefort, se montrant un moment et à dessein partial contre l'opération, arrive encore à prouver que la résection coxo-fémorale fournit plus de 50 pour 100 de guérisons qui, presque toutes paraissent appartenir à notre dernière catégorie.

Avant la lecture du travail important de M. Lefort, nos idées étaient déjà fixées : nous admettions formellement en principe l'excellence de l'opération qui nous occupe. Nous sommes heureux d'être raffermi encore dans nos croyances, et si, comme cela n'est guère douteux, la note lue à l'Académie éveille l'attention des chirurgiens français, décide les hésitants, convertit les dissidents, ébranle les sceptiques, le service rendu sera très méritoire.

Pour notre part, et plusieurs de nos collègues sont à notre connaissance dans les mêmes intentions, pour notre part, dis-je, nous n'attendons, pour appliquer nos résolutions, qu'une occasion favorable, et aussi des indications formelles.

Occasion favorable! indications formelles! grandes expressions par malheur trop élastiques, et auxquelles il faut s'efforcer de donner un sens précis et des limites nettes. Tout est là.

Porter un diagnostic local et général aussi complet que possible, en déduire un pronostic réfléchi et rigoureux, compter et peser les chances avec froideur et probité, puis mettre en jeu à la fois son honneur d'homme et de chirurgien, la vie et l'avenir de son semblable. Voilà le problème. On ne doit pas le dissimuler, la résection coxo-fémorale est une des opérations dont il est et sera toujours très difficile et très délicat de poser les indications certaines, et même l'opportunité de temps. Il est incontestable que souvent elle a été pratiquée trop tard et dans des conditions trop désespérées. Il est aussi très manifeste qu'elle a été exécutée trop tôt et dans des cas où elle n'était pas indispensable. M. Lefort a effleuré cette partie du sujet. Il ne s'y est point arrêté. On a accusé les étrangers d'opérer trop tôt et d'obtenir ainsi des succès plus nombreux. Je crois cette imputation fondée en me plaçant au point de vue de notre pratique française, qui pèche plutôt par le défaut contraire, et qui porte ainsi le poids de statistiques malheureuses qu'on ne manque pas de lui reprocher.

Où est la limite entre l'expectation opératoire trop prolongée (qui en chirurgie n'est pas l'inaction thérapeutique) et l'intervention sanglante prématurée, qui la précisera dans les hernies étranglées, les amputations, les kystes de l'ovaire, les tumeurs bénignes, etc.; qui nous dira si les statistiques étrangères sont plus favorables que les nôtres par rapport au nombre total des malades atteints de telle affection et non par rapport au nombre des opérés pour cette même affection; et pourtant, qui ne comprend l'immense différence de ces deux statistiques?

Mais ce n'est pas le lieu de développer en ce moment des réflexions qui nous entraîneraient trop loin; d'ailleurs, les occasions ne nous manqueront pas au besoin pour agiter de nouveau cette matière et pour dire ce que nous en pensons.

AR. VERNEUIL.

Avant que l'Académie de médecine n'entendît la lecture du mémoire de M. Lefort, elle avait nommé membre titulaire, à une grande majorité, un autre de nos collaborateurs. Nous serions mal à l'aise pour louer à notre gré M. Jacquemier. Qu'il nous soit seulement permis de dire que le nouvel élu appartient à cette phalange de savants dont le mérite, voilé par une invincible modestie, rebelle à toute agitation, n'est justement apprécié que par un petit nombre d'esprits sérieux. Étranger jusqu'ici à toute position officielle comme à toute distinction honorifique, il n'a reçu mardi que le prix légitime d'une instruction des plus solides, d'un jugement exquis, d'une grande indépendance de caractère et d'une probité scientifique à toute épreuve.

A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA RÉSECTION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE DANS LES CAS DE COXALGIE ET DE PLAIES PAR ARMES A FEU. — Résumé d'un mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 4 novembre 1860, par M. LÉON LEFORT, prosecteur à la Faculté.

L'opération de la résection de la hanche, pratiquée pour la première fois en Angleterre, par Filkin, en 1762, et par White, en

1769, avait été presque oubliée, lorsque M. Fergusson attira de nouveau sur elle, en 1845, l'attention du monde médical; son exemple a été suivi par beaucoup de chirurgiens, à la tête desquels se placent MM. Smith, Jones de Jersey, Ericksen, Bowman, Hancock, Price, etc.

Pratiquée pour la première fois en France, en 1847, par Roux, elle n'a pas été répétée depuis, car l'opération faite par M. Maisonneuve n'est pas une résection, c'est une section au niveau du grand trochanter pour remédier à une ankylose, en créant une fausse articulation.

La résection de la hanche est repoussée en France et on lui fait un grand nombre d'objections, dont nous citerons les principales et auxquelles nous répondrons brièvement.

1° La guérison de la coxalgie n'exige pas l'intervention directe de la chirurgie opératoire, elle peut suivre l'application de moyens thérapeutiques moins dangereux que la résection.

Sans doute si la maladie n'est pas arrivée à une période avancée, tout espoir d'obtenir une guérison qu'on pourrait appeler spontanée n'est pas perdu, les cas cités dans ce travail d'élimination de la tête fémorale nécrosée peuvent être invoqués comme exemples; mais pour un cas de guérison inespérée combien de malheureux voués irrévocablement à la mort. Du reste, personne ne propose la résection comme le traitement ordinaire de la coxalgie: cette opération n'est proposée que dans les cas graves et dans lesquels une carie articulaire, l'épuisement qu'amène une longue suppuration, ont mis dans un danger imminent la vie du malade.

2° La cavité cotyloïde est toujours plus ou moins affectée.

Quoique l'on ait prétendu le contraire, il faut reconnaître que la cavité cotyloïde est malade dans la plupart des coxalgies anciennes, et si la science doit tenir compte des faits exceptionnels, le chirurgien ne doit pas oublier que l'art est basé sur la règle et non sur de rares exceptions. Si la cavité cotyloïde est presque toujours affectée l'opération ne doit donc pas être tentée? Répondre par l'affirmative ce serait tirer d'une vérité des conséquences fausses et contredites par les faits.

De nombreux exemples consignés dans notre travail montrent qu'après la luxation spontanée, la cavité cotyloïde cariée peut guérir. La guérison peut encore avoir lieu, même si dans l'opération qui a retranché la tête du fémur, le chirurgien a respecté l'acetabulum malade, laissant ainsi dans la plaie une portion osseuse affectée de carie.

Mais ce qu'il importe, et c'est une question que nous avons examinée avec l'importance qu'elle mérite, c'est de savoir si le chirurgien peut enlever de la cavité cotyloïde les parties cariées, si cette opération peut être suivie de succès, et si elle n'augmente pas outre mesure les dangers de la résection.

Comme manuel opératoire, rien de plus facile que d'atteindre la partie pelvienne de l'articulation en faisant son incision dans la région fessière en arrière et en dedans du grand trochanter. La difficulté de porter les instruments jusque sur l'acetabulum a été à peine mentionnée.

Quant au succès qui peut suivre la résection ou au moins la rugination de la cavité cotyloïde, les observations nous montrent que cette opération faite 23 fois avec extirpation de la partie supérieure du fémur, a donné pour résultat 16 guérisons et 6 morts. Sur les 6 cas mortels il y eut un décès par hémorrhagie le jour même de l'opération, par suite de l'ouverture par ulcération de la veine fémorale qui se trouvait comprise au milieu d'un vaste abcès. Dans un septième cas il y eut récidive un an après l'opération. Le chirurgien fit la désarticulation, le malade mourut.

Ce qui peut du reste montrer combien l'implication de la cavité cotyloïde n'a pas l'importance qu'on lui attribue, c'est que la guérison a suivi fréquemment la rugination et même la résection de la cavité cotyloïde, de la crête iliaque, de l'ischion, de la branche horizontale du pubis, dans 3 cas même, tous trois suivis de guérison, une perforation de l'acetabulum a permis au chirurgien de plonger le doigt dans le bassin et de donner issue à un abcès contenu dans la cavité pelvienne.

Chez une petite fille de neuf ans, M. Sayre coupa la tête du fémur au niveau de son col, et enleva la partie supérieure du cotyle, l'épine iliaque antérieure et supérieure et la partie avoisinante de la crête iliaque. Six mois après, la malade se promenait et jouissait d'une bonne articulation.

M. Ericksen reséqua l'acetabulum, l'ischion et la tête du fémur, l'opérée guérit parfaitement. Deux autres malades traités par MM. Jones et Hancock guérirent également. Mais un second malade de M. Hancock, et un autre de M. Bowmann succombèrent à la suite de la résection complète avec perforation du bassin.

Nous ne dirons rien de l'hémorrhagie dont on a voulu faire aussi une objection. Dans un seul cas que nous rapportons il y eut une hémorrhagie, mais elle ne doit pas être mise sur le compte de l'opération, il y avait ulcération de la veine fémorale.

Dans presque toutes les observations on mentionne même l'inutilité de toute espèce de ligature.

3° La résection, a-t-on dit, ne laisse après elle qu'un membre trop court et par cela même inutile.

Cette objection n'est pas plus fondée que la précédente. Sur 32 cas de guérison, 21 fois l'utilité complète du membre est mentionnée dans l'observation. Beaucoup d'opérés marchaient facilement sans s'aider même d'une canne.

Un malade opéré par M. Fergusson a été revu huit ans après par M. Henri Price. C'est, dit-il, un beau, fort et vigoureux garçon de vingt et un ans, pouvant travailler beaucoup, et faire à pied jusqu'à 32 kilomètres (20 milles). On lui avait reséqué 11 centimètres du fémur.

Un petit garçon, que nous avons vu opérer par M. Fergusson, en 1858, était guéri deux mois et demi après. Nous avons pu alors le faire marcher pieds nus dans la salle, sans aucun soutien et presque sans claudication.

Sur une petite fille de treize ans, M. Ericksen reséqua la tête du fémur, l'acetabulum, la branche du pubis, la tubérosité de l'ischion, une partie de la crête iliaque.

La malade guérit en quelques mois. M. Ericksen la revit trois ans après; le membre était droit, mobile sur le bassin et l'opérée marchait avec facilité.

Quoique résolue très affirmativement en faveur de la résection, cette question de l'utilité du membre est moindre que pour la résection du genou : ce qu'il importe ici c'est avant tout de sauver la vie du malade. Or dans ces cas si graves où l'opération est proposée et pratiquée, lorsqu'il y a carie du fémur et même de la partie pelvienne de l'articulation, abcès, suppuration abondante, fièvre hectique, qui menace prochainement la vie du malade, il ne reste au chirurgien d'autre alternative que l'expectation qui se terminera presque fatalement par la mort, et une opération sur la gravité de laquelle je n'ai pas besoin d'insister, la désarticulation de la hanche.

Or, lorsque les os du bassin se trouvent envahis, la désarticulation n'enlève qu'une partie du mal, et il faudra encore, comme dans la résection, recourir à la rugination de l'acetabulum.—Il est difficile d'établir une statistique exacte de la désarticulation coxo-fémorale, cependant on peut admettre que presque tous les cas heureux au moins ont été publiés; or, en consultant les annales de l'art, nous n'avons trouvé que 19 cas de guérisons bien authentiques sur un nombre assez considérable d'opérations.

On a cherché à infirmer d'avance les résultats fournis par les résections articulaires, en disant qu'elles avaient été pratiquées sans raisons suffisantes; mais cela importe peu au point de vue de la mortalité. Si, pour un accident qui le saisit au milieu de la santé la plus prospère, on lui ampute primitivement la cuisse, par exemple, guérit-on pour cela son opéré? Le contraire est malheureusement la vérité. La cause de l'opération, quoiqu'elle y contribue, ne constitue pas tout le danger que cette opération fait courir au malade.

Quant à l'exactitude des observations et des renseignements qu'elles renferment, nous devons dire, parce que cela est vrai pour celles du moins, et c'est le plus grand nombre, qui proviennent des hôpitaux de Londres, que ces observations présentent des garanties qui manquent souvent aux nôtres.

Presque tous les hôpitaux d'Angleterre possèdent une statistique complète et exacte des opérations pratiquées dans les services de

chirurgie, et cette statistique, donnant brièvement l'âge du malade, la cause, la nature et le résultat de l'opération, est publiée tous les trois mois dans le MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Sur les 69 observations qui font la base de ce travail, 8 appartiennent à l'histoire des plaies par armes à feu; une (obs. VIII) est une opération faite pour fracture comminutive du bassin; une autre (obs. VI), due à Gluge, n'est pas acceptée comme authentique, même en Allemagne, ce n'est, du reste, qu'une simple mention.

Il reste donc 57 observations. Dans deux cas, l'opération est seulement mentionnée; 9 fois les renseignements sont insuffisants, la guérison n'était pas encore tout à fait complète. Sur ces 9 observations, 4 fois la guérison était presque assurée, 4 fois elle était encore incertaine, 1 fois il y avait crainte de récidive.

Les 48 observations complètes et pouvant servir de base statistique se partagent de la manière suivante :

32 fois il y eut guérison complète;

15 fois la mort suivit l'opération à une date plus ou moins éloignée;

1 fois il y eut récidive.

Le chiffre des guérisons serait donc de 62,5 pour 100, et celui de la mortalité de 35,4 pour 100.

Mais si l'on veut, pour ne pas être accusé de partialité, compter au chiffre des insuccès tous les cas où la guérison n'est pas donnée comme complète et définitive, compter comme morts les malades dont la guérison est donnée non-seulement comme probable, mais comme presque assurée, deux cas où l'opération seule est mentionnée (obs. LX, LXI), trois cas dans lesquels les opérés guéris moururent de maladie du cœur, de phthisie et de dysenterie (obs. XXV, XXXVIII, XLIV), faire enfin de la partialité contre l'opération, on trouve que le chiffre des succès certains dépasse celui des insuccès réels ou supposés.

Sur 59 cas, nous aurions, en effet, 30 guérisons et 29 insuccès. Mais il suffit de lire les observations qui toutes sont jointes à ce travail pour se convaincre que les résultats sont beaucoup plus favorables, et que la mortalité n'entre que pour un tiers dans la statistique de l'opération.

Si l'on cherche à faire le point de départ entre les opérations dans lesquelles on fit la résection de l'articulation et celles où l'on enleva seulement la tête du fémur luxée pendant la durée de la maladie, on trouve 24 cas de résection articulaire complète pour lesquels il y eut 17 guérisons, 5 décès et une récidive. Une des observations est insuffisante, elle s'arrête au dixième mois, la guérison n'était pas encore complète. Si on l'ajoute au chiffre de la mortalité, et si l'on y fait rentrer également trois cas dans lesquels les malades moururent d'affections viscérales, après la guérison complète de l'opération, on ne trouvera encore que 10 insuccès pour 14 guérisons complètes dans les cas les plus graves, ceux où le chirurgien porta les instruments sur le fémur et l'os iliaque, et même dans le bassin.

Si on comparait le chiffre ainsi exagéré à dessein de la mortalité après la résection avec celui de quelques opérations réputées moins graves, l'amputation de la cuisse par exemple, l'avantage serait pour la résection, qui donne 50 ou plus justement 35,4 décès sur 100 opérés, tandis que l'amputation de la cuisse donne à Paris 75 pour 100 de mortalité, d'après la statistique de M. Malgaigne.

Mais il ne faut pas oublier que les résections ont été faites presque toujours sur des enfants ou des adolescents, et que les opérations sont beaucoup plus souvent suivies de succès à Londres qu'à Paris. Pratiquée dans nos hôpitaux et sur des adultes, la résection donnerait un chiffre de mortalité supérieur à celui qu'établissent les observations que nous avons rassemblées.

Pour résumer brièvement les indications, nous dirons que l'âge doit être pris en sérieuse considération. Six fois la résection a été faite après l'âge de vingt ans; il y eut trois morts et trois guérisons; les malades qui succombèrent étaient âgés, l'un de trente-trois ans, les deux autres de cinquante-quatre.

La diathèse scrofuleuse, la phthisie au début, ne sont pas des contre-indications formelles à l'opération; elle peut même, en enlevant une cause d'épuisement, avoir sur l'état général une heureuse influence démontrée par plusieurs de nos observations. Sans doute, après la résection, la perte journalière d'une abondante suppuration peut épuiser un malade déjà faible; mais tout ne se réduit pas à une question de quantité, et l'épuisement est bien plus rapide lorsque cette suppuration provient d'une lésion osseuse telle que la carie.

L'existence d'une luxation spontanée doit être regardée comme une circonstance favorable; souvent la cavité cotyloïde a pu guérir seule, et l'opération se borne à l'enlèvement de la tête du fémur.

L'absence de luxation n'est pas une contre-indication formelle, lorsque l'on a constaté la carie de la tête du fémur.

L'implication de la cavité cotyloïde doit être un motif de réserve dans le pronostic; elle ne constitue pas non plus une contre-indication, elle peut même quelquefois faire considérer l'opération comme nécessaire.

La résection ne doit pas être tentée lorsque la carie envahit une trop grande longueur du corps du fémur; le membre, après guérison, serait beaucoup trop nuisible.

Les lésions, même étendues, des parties molles, ne sont pas une contre-indication.

La résection de la hanche n'est pas un mode de traitement de la coxalgie, c'est une opération de nécessité applicable à des cas exceptionnels, lorsque les surfaces articulaires sont cariées, lorsque la vie du malade est en danger, et que la constitution du sujet ne paraît pas pouvoir faire les frais d'une élimination spontanée des parties osseuses affectées.

Nous ne pouvons entrer dans les détails des procédés opératoires et du traitement consécutif à l'opération.

La résection de la hanche a été pratiquée par MM. Seutin et Oppenheim, pour des plaies par armes à feu; elle a été faite dans la guerre du Schleswig-Holstein, et surtout dans la campagne de Crimée, mais seulement dans l'armée anglaise; elle a donné une seule guérison sur huit opérés, chiffre très faible, mais qu'il faut comparer avec celui de la mortalité après les opérations faites pour plaies d'armes à feu. Nous n'avons trouvé, dans les annales de la science, que huit cas de guérisons, après la désarticulation de la cuisse, faite sur les champs de bataille.

Nous avons rapporté les observations de résections faites dans ces circonstances; nous avons cherché à préciser les cas où elle était applicable. Notre tâche sera remplie si nous avons pu, en attirant l'attention sur un point de pratique chirurgicale, contribuer à faire accepter une opération repoussée jusqu'à présent en France par presque tous les chirurgiens.

III

REVUE CLINIQUE.

SUR LES NÉOMEMBRANES DE LA DURE-MÈRE, A PROPOS D'UN CAS D'HÉMORRHAGIE INTRA-MÉNINGÉE; par MM. CHARCOT et VULPIAN.

(Suite. — Voir le numéro 45.)

I.

Lors de l'autopsie de cette femme, la première question que nous nous sommes posée a été celle du rapport entre l'hémorrhagie méningée et les produits membraneux dont la face profonde de la dure-mère était tapissée : c'est cette question qui va nous occuper tout spécialement ici, et l'examen anatomique auquel nous nous sommes livrés nous permettra, nous l'espérons, d'y répondre d'une façon très nette.

On peut invoquer trois hypothèses pour expliquer la présence simultanée de l'hémorrhagie et des néoplasmes membraneux dans la cavité arachnoïdienne : 1° l'hémorrhagie s'est faite tout d'abord, et les produits membraneux se sont développés ensuite; 2° ou bien ce sont les membranes qui se sont formées avant l'hémorrhagie;

3° ou bien enfin l'hémorrhagie et les produits membraneux datent de la même époque.

Pour apprécier ces hypothèses à leur juste valeur et se prononcer entre elles, il faut se rappeler plusieurs circonstances très importantes de notre observation. La malade avait eu une attaque d'une nature indéterminée trois mois et demi avant sa dernière entrée à l'hôpital ; à la suite de cette attaque, qui a été très courte, il ne paraît être resté aucun phénomène de paralysie, du moins si l'on s'en rapporte aux seuls renseignements qu'on ait pu obtenir ; enfin la dernière attaque, brusque comme la précédente, s'est déclarée treize jours avant la mort. Si l'on rapproche ces diverses circonstances de l'état dans lequel on a trouvé le sang épanché dans la cavité arachnoïdienne, on n'hésitera pas à admettre que l'hémorrhagie était de date très récente, et qu'elle s'était opérée au moment de la dernière attaque, c'est-à-dire treize jours avant la mort.

Ceci bien établi, admettra-t-on que les produits membraneux se sont développés après l'hémorrhagie ? Dira-t-on que c'est même à l'hémorrhagie qu'ils doivent leur origine? Si cette hypothèse était fondée, la membrane aurait pu se former de l'une ou de l'autre des deux façons suivantes. Ou bien, comme un très grand nombre d'auteurs l'admettent avec M. Baillarger pour des cas analogues, la membrane se serait développée par une modification des couches superficielles de l'épanchement, modification qui les aurait transformées en une lame pseudo-membraneuse susceptible de s'organiser par la suite; ou bien, suivant une opinion émise par d'autres auteurs, et que nous trouvons exprimée de la manière la plus nette dans l'ouvrage classique de MM. Hardy et Béhier, le sang épanché aurait excité le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et, par suite de cette excitation, il se serait fait une sécrétion plastique, laquelle, étendue en nappe sur la face interne de la dure-mère, aurait pris l'aspect membraneux et aurait été susceptible de s'organiser en véritable membrane. Or, nous n'hésitons pas à dire que la dernière théorie pourrait seule expliquer un fait qui a été observé très souvent, et que nous retrouvons dans notre observation, à savoir la présence d'un dépôt membraneux, non-seulement au niveau du siége de l'épanchement, mais encore sur la face inférieure de la dure-mère, du côté opposé; car il ne serait pas difficile de comprendre qu'il se fût fait une propagation de l'irritation inflammatoire jusqu'à une certaine distance du point de départ. Mais l'épanchement étant très récent, quelle que soit l'opinion à laquelle on se rattache, si la membrane doit naissance à cet épanchement, elle aurait dû être plus ou moins mince, n'offrir aucune organisation, ou du moins n'offrir qu'une organisation d'un degré très inférieur. La membrane que nous avons trouvée était loin, comme on l'a vu, de présenter ces caractères. Elle avait une épaisseur assez considérable; elle était composée, dans la plus grande partie de son étendue, de plusieurs lames ou feuillets, ayant une consistance, une ténacité qu'on ne rencontre pas dans les pseudo-membranes récentes, et, ce qui en constitue le caractère le plus important, elle était organisée, franchement organisée. Elle contenait, en effet, du tissu connectif, des éléments embryoplastiques et des vaisseaux. Comment croire qu'une pareille organisation aurait pu s'effectuer en quelques jours ? Assurément cela est impossible; et nous devons rejeter deux des hypothèses auxquelles on aurait pu demander l'explication de la présence simultanée du sang et des produits membraneux dans la cavité arachnoïdienne. En effet, si l'on ne peut pas admettre, et cela à cause du degré d'organisation de ces produits, qu'ils sont des suites de l'hémorrhagie, on doit également, et pour la même raison, se refuser à penser que le raptus sanguin et les néoplasmes datent du même moment. Si cette supposition, émise par Bayle et M. Calmeil pour rendre compte de certains faits, était fondée ici, l'exsudat fibrineux, extravasé en même temps que le sang, aurait montré tout au plus, au bout de treize jours, les traces d'une organisation naissante.

En dernière analyse, nous nous trouvons conduits à reconnaître que les néomembranes ont dû commencer à se développer à une époque antérieure à celle de l'hémorrhagie des derniers jours.

Ainsi, voilà deux faits qui nous paraissent entièrement certains : l'un, c'est que l'hémorrhagie méningée trouvée à l'autopsie est de date toute récente; l'autre que les néomembranes sont, au contraire, d'ancienne date.

Mais il convient actuellement de rechercher dans l'histoire de la maladie si la première période de la formation des néomembranes n'aurait pas été annoncée par quelque phénomène morbide saillant. Or, nous avons vu que plusieurs mois avant les derniers accidents, il y a eu une attaque dont les caractères ne peuvent pas être déterminés d'une façon précise, mais qui probablement présentait une certaine ressemblance avec celle qui a précédé l'entrée à l'hôpital. On pourrait, à cet égard, émettre une supposition qui ne ferait que reproduire la manière de voir de la plupart des médecins français sur les cas de ce genre. Cette première attaque, dirait-on, a été occasionnée par une hémorrhagie méningée : le sang, étendu sous forme de nappe à la surface des hémisphères, a passé par les modifications dont nous avons déjà parlé; et comme la malade a survécu, ces modifications ont parcouru toutes leurs phases, la partie liquide a entièrement disparu, et il n'est resté que la pseudo-membrane qui s'est organisée peu à peu. Comme les antécédents de la malade sont peu connus, on pourrait pousser plus loin l'hypothèse et admettre qu'il y a eu à une certaine époque une autre extravasation sanguine du côté gauche, ce qui expliquerait la néomembrane que l'on a trouvée de ce côté; enfin, les diverses lames qui, accolées les unes aux autres, constituent les néomembranes, pourraient bien tirer leur origine de plusieurs hémorrhagies successives. Que de suppositions nécessaires pour interpréter les diverses particularités offertes par ces néomembranes!

Les auteurs qui pensent que les néomembranes sont produites par un exsudat d'origine inflammatoire, déterminé, d'ailleurs, par l'hémorrhagie méningée, auraient encore ici, ce nous semble, l'avantage sur les partisans de la théorie de l'organisation des caillots. Ils n'auraient pas à déployer un semblable luxe d'hypothèses et l'hémorrhagie initiale étant démontrée, il ne leur serait pas difficile d'expliquer toutes les circonstances anatomo-pathologiques du fait. Mais encore faudrait-il qu'il eût existé une hémorrhagie initiale. En a-t-il été ainsi? la première attaque a-t-elle réellement coïncidé avec la formation d'un épanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne ? Nous ne le pensons pas. La perte de connaissance n'a duré que très peu de temps, peut-être quelques heures seulement, et n'a pas été suivie d'accidents de paralysie ou de contracture, car, après que la malade eut été transférée dans un service de médecine, on a désigné son affection sous le nom de chorée alcoolique. Il est donc probable que la perte de connaissance observée à cette époque et les accidents consécutifs ont été produits non par une hémorrhagie notable, mais par quelque autre cause.

Cette discussion nous conduit à conclure définitivement : 1° que la néomembrane, ainsi que cela a été dit déjà, ne doit certainement pas sa production à l'hémorrhagie méningée des derniers jours; 2° qu'il est à peu près sûr qu'elle ne provient pas d'une hémorrhagie de même forme qui aurait eu lieu lors de la première entrée à l'hôpital. Nous sommes donc forcés de chercher une autre explication, une autre origine, et nous ne faisons pas difficulté d'admettre que les néomembranes se sont développées sous l'influence d'une irritation inflammatoire et spontanée de la dure-mère. C'est là un premier fait qui nous semble hors de doute. D'un autre côté, relativement à l'hémorrhagie méningée, nous pensons que, loin d'avoir pris la moindre part à la production des néomembranes, elle a dû son origine à ces néomembranes elles-mêmes.

Nous émettons d'autant plus librement cette manière de voir concernant la pathogénie des néomembranes et de l'épanchement observés dans le cas actuel, que les choses paraissent se passer comme nous l'avons admis dans la majorité des cas d'hémorrhagie méningée; c'est du moins ce que tendent à démontrer des travaux nombreux déjà et d'une grande valeur, et dont nous croyons utile de donner rapidement l'exposé historique. Deux points surtout seront mis en lumière par cet exposé, à savoir : 1° qu'il peut se former des néomembranes sur la face profonde de la dure-mère sans que ces productions aient été nécessairement précédées ou accompagnées d'extravasations sanguines, et, en tout cas, sans qu'elles y trouvent leur cause génératrice; 2° que l'hémorrhagie méningée, d'après un grand nombre de recherches, paraît devoir

être considérée, le plus souvent, comme une sorte d'épiphénomène du développement des néomembranes ; qu'elle dépend, en termes plus explicites, de la rupture accidentelle des vaisseaux qui se sont produits dans ces membranes de nouvelle formation.

II.

M. Bayle (*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, Paris, 1826) et M. Calmeil (*De la paralysie considérée chez les aliénés*, Paris, 1826) [1] ont observé des membranes qui s'étaient produites sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, sans hémorrhagie, chez des individus atteints de méningite chronique ou de paralysie générale. Ces deux auteurs n'hésitent pas à attribuer le développement de ces membranes à un travail inflammatoire du feuillet séreux. Ces néoplasmes ont été rencontrés, du reste, par tous les médecins aliénistes, et, s'ils sont en général peu connus, cela tient sans doute à ce qu'on les trouve rarement, du moins dans la clinique ordinaire, à un haut degré de développement, en dehors des conditions spéciales présentées par les malades que ces médecins ont habituellement sous les yeux. Les écrits de MM. Baillarger, Lélut (*Gazette médicale*, 2 janvier 1836), Aubanel (*Annales médico-psychologiques*, 1843), Parchappe, etc., en offrent de nombreux exemples ; seulement, presque tous ces auteurs tendent à rattacher le développement des néomembranes à des hémorrhagies méningées antérieures. M. Cruveilhier, au contraire, incline à assigner à ces productions membraneuses une origine phlegmasique.

On peut dire, toutefois, que l'histoire pathogénique et anatomique des néomembranes n'a été faite d'une façon satisfaisante que dans ces derniers temps. M. Heschl le premier (*Pathol. Anat.*, 1855) a donné des renseignements précis sur le mode de formation des néomembranes. Elles doivent leur origine, suivant lui, à la production de tissu connectif sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde ; ce tissu acquiert bientôt des vaisseaux, et plusieurs couches peuvent se former successivement, de manière à constituer des lames superposées. On doit à M. Virchow (*Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg*, 1856) une description plus complète encore des néomembranes de la face profonde de la dure-mère. La dure-mère, cette membrane si impassible en apparence, est susceptible d'inflammation. M. Virchow appelle cette inflammation du nom de *pachymeningitis*. La pachyméningite est externe, si c'est la lame externe de la dure-mère qui se montre particulièrement atteinte ; elle est interne lorsqu'elle siége dans la lame interne de cette membrane. La pachyméningite interne doit seule nous occuper ici : elle est généralement chronique et exsudative. Dès les premières périodes se développe une couche mince d'un exsudat comme fibrineux, couche souvent difficile à apercevoir et qu'on ne parvient à mettre en évidence que par le grattage. Peu à peu cette couche augmente d'épaisseur, et, en même temps, elle s'organise de plus en plus. On y trouve du tissu connectif, des noyaux, des corps fusiformes, des vaisseaux. Plus tard, de nouvelles couches d'exsudat se déposent et se changent à leur tour en tissu cellulaire. On compte quelquefois de cinq à vingt de ces lamelles superposées ; ce sont les couches les plus rapprochées de la dure-mère qui sont les plus récentes, et par conséquent celles qui offrent l'organisation la moins avancée. En général, et il en était ainsi dans notre observation, il n'y a qu'une adhérence assez faible entre la dure-mère et le feuillet qui lui est immédiatement contigu. La dure-mère, au niveau des produits membraneux, est rarement altérée ; on peut cependant y constater parfois une notable injection.

En France, M. D. Brunet (*Thèses de Paris*, 1859 ; *Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde*) est arrivé à des résultats très semblables à ceux qu'avait exposés M. Virchow trois années auparavant. Il ne cite pas le travail de son devancier, mais bien évidemment il n'en a pas eu connaissance, car il est visible que ses recherches sont tout à fait personnelles et originales. Dans cette thèse remarquable, l'auteur expose de la façon la plus complète la structure et le mode de formation des néomembranes, et il donne plusieurs observations où ces produits ont été trouvés à l'autopsie de sujets morts de paralysie générale. Pour M. Brunet, les néomembranes se développent sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, feuillet qu'il admet après avoir discuté les opinions contradictoires émises sur ce sujet. Pour nous, nous pensons avec Kölliker que ce feuillet n'existe pas en réalité, au moins dans la très grande majorité des cas. Il n'est représenté que par une couche d'épithélium. M. Brunet pense que les néomembranes sont produites par un blastème organisable, sécrété par le feuillet pariétal en question, et cette opinion est encore controversable, car les éléments de la néomembrane proviennent très probablement d'une prolifération des éléments de la dure-mère.

(1) Voy. aussi Calmeil, *Dictionnaire* en 30 volumes, art. *Encéphale*.

M. Calmeil, dans son TRAITÉ DES MALADIES INFLAMMATOIRES DU CERVEAU, 1859, a consacré à l'étude des membranes interméningées plusieurs chapitres très étendus dans lesquels on trouve les documents les plus précieux sur l'histoire de ces néoplasmes. Fidèle à ses premières opinions, il regarde les membranes de la cavité arachnoïdienne comme des produits inflammatoires. Il les a rencontrées dans les cas de péri-encéphalite diffuse. Il a parfaitement vu leur organisation, et, sauf quelques points, ses descriptions s'accordent complétement avec celles qui ont été données par MM. Heschl, Virchow, Brunet et les auteurs dont nous avons encore à signaler les travaux. M. Calmeil range les faits qu'il a observés en plusieurs séries ; ceux de la première série sont à peu près dégagés de toute circonstance accessoire (1), et, comme tels, ils se rapportent très directement au point dont nous parlons en ce moment.

Les idées de M. Virchow ont été développées en Allemagne par M. Schuberg (*Virchow's Archiv*, 1859, 5 et 6 Heft, et *Gaz. hebdomad.*, 1859, p. 621), qui insiste, entre autres points, sur les phénomènes symptomatologiques par lesquels se traduit le développement des néomembranes. Plus tard, M. Hasse (de Gœttingue) (*Handbuch der sp. Path.* de Virchow, 1859, p. 441 et suiv.) a donné une description très complète de la pachyméningite en s'appuyant, en grande partie, sur ses propres recherches. Les produits pachyméningitiques se rencontrent, suivant lui, le plus habituellement des deux côtés de la faux de la dure-mère, et la membrane qu'ils forment est d'abord extrêmement mince ; elle peut devenir très adhérente à la dure-mère, et même elle se recouvre parfois d'un nouvel épithélium. Nous rappellerons, à cette occasion, que, dans le cas dont nous rapportons l'observation, on trouvait des cellules épithéliales plus ou moins chargées de granulations graisseuses sur les lamelles de la néomembrane. Si, comme le dit Hasse, il s'établit parfois une adhérence intime entre la néomembrane et la dure-mère, et si, en même temps, un nouvel épithélium vient à se produire, il est évident qu'il pourra devenir bien difficile d'affirmer que la lame qui revêt la dure-mère a une origine pathologique. En pareil cas, on pourra croire à l'existence d'un feuillet pariétal de l'arachnoïde, alors qu'en réalité ce feuillet n'existe point. Il est possible que MM. Heschl, Calmeil, Brunet et les divers auteurs qui professent la même opinion aient eu sous les yeux des faits de ce genre, et c'est peut-être là ce qui les a portés à admettre l'existence au moins fort contestable de ce feuillet.

M. Hasse a rencontré la pachyméningite à son début sur des sujets morts de maladies les plus diverses : dans des cas de pleuropneumonie, de pleurite, de péricardite, de rhumatisme articulaire aigu, et aussi dans des cas, à la vérité très rares, de variole, de scarlatine et de typhus. Il pense que si les produits pachyméningitiques ont souvent une évolution progressive amenant plus ou moins sûrement des conséquences fatales pour le malade, ils peuvent, dans d'autres circonstances, disparaître sous l'influence d'un travail réparateur : les membranes s'aminciraient par une sorte de retrait, et c'est dans ces cas que, comme on l'a dit plus haut, elles pourraient contracter une adhérence très intime avec la dure-mère, et se couvrir même d'un nouvel épithélium.

(1) *Des cas où le cours de la péri-encéphalite chronique diffuse a été traversé par des attaques, soit comateuses, soit convulsives, et où l'on a trouvé, entre autres lésions intra-crâniennes, des concrétions pseudo-membraneuses, ou récentes ou anciennes, dans les cavités arachnoïdiennes*, t. I, p. 541.

Très récemment enfin, M. Guido Weber (*Arch. für Phys. Heilkunde*, 1860, 5e Heft) a traité le sujet qui nous occupe d'une façon complète au point de vue de l'anatomie pathologique, et dans le même sens que les précédents auteurs.

Tous ces travaux concourent donc à nous enseigner le mode réel suivant lequel se développent ordinairement les produits membraneux que l'on trouve étalés sur la surface interne de la dure-mère(1). Les néoplasmes une fois développés ont une grande tendance à devenir le siége de mouvements fluxionnaires, ce qui s'explique tant par l'état phlegmasique des parties voisines que par la riche vascularisation de ces membranes de nouvelle formation. Parfois, sous des influences le plus souvent insaisissables, le mouvement fluxionnaire devient plus violent, et la néomembrane passant elle-même à l'état inflammatoire, peut devenir, à son tour, le point de départ d'exhalations et de productions diverses. C'est ainsi que, dans certains cas, il se fait entre les lamelles de la néomembrane une exsudation séreuse pouvant être plus ou moins abondante, et pouvant constituer même de véritables kystes séreux. M. Virchow donne à cette forme de la maladie le nom d'*hydrocéphale externe pachyméningitique*. Ces exsudations séreuses ont été souvent observées. MM. Bayle, Calmeil (2), Hasse et autres les ont étudiées. M. Hasse a vu, et assez fréquemment, chez des sujets avancés en âge, des kystes séreux formés dans les néomembranes comprimer le cerveau et lui faire subir un certain degré d'atrophie (3). M. Calmeil, de son côté, a vu la sérosité exhalée non-seulement entre les feuillets de la néomembrane, mais encore entre celle-ci et l'arachnoïde viscérale. On a observé aussi des exsudations fibrineuses de siége variable et fournies par les néomembranes.

Quelquefois l'irritation inflammatoire des néomembranes devient plus vive, et, dans ces cas, du pus a pu se produire. MM. Calmeil (4), Guido Weber, ont rapporté des exemples de ce genre (5).

Tout succinct qu'il est, l'exposé qui précède prête, nous l'espérons, un point d'appui suffisamment solide à notre première proposition ; en effet, il rend évident, ce nous semble, que souvent, le plus souvent peut-être, les néomembranes de la dure-mère se développent par le fait d'un travail inflammatoire, et sans qu'il y ait eu préalablement une hémorrhagie méningée. Nous allons maintenant chercher à établir que, dans un bon nombre de cas, sinon dans la plupart, l'hémorrhagie intra-méningée a son origine dans la néomembrane dont les vaisseaux souvent très nombreux, relativement très volumineux, et, en général, doués de parois très ténues, sont disposés à se rompre très facilement sous l'effort de la pression du sang.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Observation de paralysie progressive localisée dans les muscles de la langue, du voile du palais, du pharynx et de l'orbiculaire des lèvres, suivie de mort. — Travail lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur Costilhes, médecin titulaire de Saint-Lazare, etc., etc.

La maladie dont je vais entretenir la Société, hier encore méconnue, vient d'être l'objet d'une monographie aussi complète que possible, grâce à l'étude spéciale qu'en a faite notre excellent collègue M. Duchenne (de Boulogne).

C'est en 1852 que, pour la première fois, notre confrère eut occasion d'observer cette grave maladie avec le professeur Chomel. Depuis cette époque, quinze cas se sont offerts à son examen, au nombre desquels se trouve le fait que j'ai recueilli.

Toutefois, je dois à la vérité de dire que M. le docteur Duménil (de Rouen) a déjà publié dans la Gazette hebdomadaire (24 juin 1859) une observation de paralysie de la langue, du voile du palais, etc., mais qui s'était compliquée d'une atrophie musculaire graisseuse progressive. C'était donc un cas complexe. Mais il n'en est pas de même de celui dont je vais donner lecture, et qui est exempt de complication ; aussi peut-il servir de *type* et ressemble-t-il en tous points à ceux de M. Duchenne.

Bien que cette affection soit fatalement mortelle, un jour viendra peut-être où les maladies des centres nerveux, plus connues et mieux étudiées à leur début, ne seront plus, comme maintenant, au-dessus de nos ressources thérapeutiques.

Madame T..., âgée de quarante-deux ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, en apparence d'une bonne constitution, mère de deux enfants bien portants, a été pendant quinze ans dévideuse de laines à Chantilly. Ce travail, à ce qu'il paraît, est pénible pour une femme.

En mai 1858, elle a été affectée d'une ophthalmie assez intense qui a duré un mois et s'est accompagnée de larmoiement.

Cependant cette maladie est revenue trois mois après. Était-ce déjà le début de cette grave affection ou un commencement de cachexie exophthalmique ? Je l'ignore ; toujours est-il qu'elle fut forcée de quitter son état et prit celui de lingère en venant habiter Paris.

Le premier symptôme qui ait étonné la malade, c'est la difficulté de la déglutition et non de digestion, comme elle le prétendait.

A la même époque, en janvier 1860, elle est prise de difficulté dans l'articulation des mots et de nasonnement. Ces deux phénomènes ayant encore augmenté vers le 15 février, son mari, inquiet, se décide à consulter. Il conduit sa femme chez un médecin des hôpitaux ; mais, n'examinant pas sans doute avec tout le soin nécessaire en pareil cas madame T.., notre confrère se contente de lui ordonner deux bouteilles d'eau de Sedlitz à prendre en trois jours.

Les deux premiers verres ayant été rejetés par le nez, elle refuse de continuer cette purgation.

C'est alors que son mari est venu me demander mes soins : c'était le 18 février 1860. Voici quel était son état actuel :

Amaigrissement général, peau pâle, décolorée, yeux saillants, comme dans la cachexie exophthalmique ; face pâle, à part cependant les pommettes, qui sont légèrement colorées. Ses fonctions générales paraissent s'accomplir normalement ; elle est parfaitement réglée. Habituellement apyrétique, elle se plaint depuis janvier (six semaines environ) d'une douleur assez intense au sinciput et à l'occiput. Lorsqu'elle marche, ses jambes vacillent ; mais on est frappé de la singulière attitude de son corps. Dans la progression, la malade s'efforce de redresser ses muscles sacro-lombaires, de tenir son cou roide et en arrière pendant que sa tête penche en avant.

Langue large et plate ; elle est fixée derrière l'arcade dentaire inférieure ; une salive épaisse, filante et abondante s'échappe de sa bouche. Elle salit plusieurs mouchoirs ou serviettes chaque jour, ou remplit une cuvette presque entière. Quand elle veut parler, elle nasillonne tellement qu'on ne la comprend pas, surtout quand les mots commencent par des *b* et des *p* ; mais en pinçant son nez, la malade peut souffler une chandelle et articuler les syllabes ; et comme il y a, en effet, chez elle un défaut de contraction des lèvres, elle ne peut également prononcer les voyelles *o* et *u* ; elle ne peut pas siffler.

Elle fait exécuter assez péniblement les mouvements latéraux et d'abaissement de la langue ; mais il lui est impossible de porter la langue vers le palais, malgré tous ses efforts pour y arriver ; aussi les lettres palatines ne peuvent être prononcées. La langue est sensible au toucher. La luette est déviée de droite à gauche,

(1) Le plus souvent, comme nous l'avons dit, les néomembranes occupent la dure-mère des deux côtés de la faux, et dans une très grande partie de son étendue. Dans d'autres cas, la production membraneuse est assez limitée. (Aubenel, obs. I.)

(2) 5e série, *Des cas où l'on a trouvé, entre autres lésions intra-crâniennes, des poches pseudo-membraneuses remplies de sérosité dans les cavités de l'arachnoïde cérébrale*, p. 598.

(3) Ne faudrait-il pas invoquer un mécanisme analogue pour expliquer un certain nombre de cas d'atrophie, dite congénitale, du cerveau ?

(4) 6e série, *Cas où l'on a trouvé, entre autres lésions intra-crâniennes, du pus ou des concrétions floconneuses dans les cavités de l'arachnoïde cérébrale*, t. I, p. 616.

(5) Nous pouvons rappeler ici un cas que nous avons observé, et dans lequel, sous l'influence d'une pachyméningite déterminée par une affection des os du crâne, une collection abondante de pus s'était formée dans la cavité arachnoïdienne. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1854, p. 76 et suiv.)

mais le voile du palais est insensible à tel point qu'on peut le toucher sans provoquer des nausées ; la déglutition est pénible et difficile ; aussi, lorsqu'elle a mastiqué, le bol alimentaire reste-t-il entre les arcades dentaires et les joues, et ne peut arriver au pharynx pour être ensuite avalé.

Je constatai aussi qu'elle mettait pour avaler un certain intervalle entre chaque gorgée de liquide, et que souvent le liquide revenait par le nez.

J'ajouterai que la nuit elle est régulièrement réveillée par une toux opiniâtre, occasionnée sans doute par l'accumulation de la salive dans l'arrière-gorge, puis elle rend une grande quantité de mucosités filantes, ce qui la soulage beaucoup. Dans ces accès de dyspnée, elle se sent, dit-elle, mourir.

A part le sens du goût, qui est un peu émoussé, les autres sens paraissent intacts.

La puissance dynamo-musculaire est diminuée de moitié, les urines sont normales et ne présentent rien à l'analyse (chaleur, acide nitrique et potasse).

Remontant de l'effet à la cause, je me suis demandé alors si je n'avais pas affaire à une affection de la moelle allongée; une tumeur, par exemple, ou bien une atrophie de cet organe. Malheureusement, l'anatomie pathologique n'est pas encore venue éclairer la nature de cette affection. M. Duchenne (de Boulogne), qui a observé quinze cas semblables, y compris le mien, n'a pu faire aucune nécropsie. Quoi qu'il en soit, voici quel fut mon traitement :

Une cuillerée à bouche matin et soir, au moment du repas, d'une solution de 6,00 d'iodure de potassium pour 150,00 d'eau distillée.

Une macération de 4,00 de copeaux de quassia-amara par litre d'eau qui est remplacée plus tard par une infusion de quinquina jaune concassé ; deux pilules tous les deux jours, composées d'aloès succotrin, de calomel et de jalap ; régime tonique ; se tenir levée et faire le plus d'exercice possible dans la chambre. Après quatre jours de ce traitement, une amélioration sensible se manifeste, puis vient une légère rechute. Je fais alors appliquer à la nuque un large vésicatoire que l'on entretiendra. Enfin, après des alternatives de mieux et de pire, et après avoir fait part au mari de la gravité de l'état de sa femme, je désire avoir l'avis de notre confrère M. Duchenne (de Boulogne), afin qu'il fasse l'examen physiologique et électro-physiologique des muscles qui président à la déglutition.

C'était le 30 mars ; j'avoue que mon étonnement fut grand quand, après examen de la malade et après avoir constaté la maladie telle que je viens de la décrire succinctement, il m'annonça sa fin prochaine avant quinze ou vingt jours.

Il constata avec son appareil électrique la paralysie des muscles releveurs de la langue (stylo-glosse), ceux du pharynx et ceux du voile du palais. Le génio-glosse et l'hyo-glosse n'étaient pas paralysés ; les muscles de la face, l'orbiculaire des lèvres, étaient sensibles à l'électricité. Nous fûmes d'avis de continuer la solution d'iodure et d'ajouter à ce traitement une préparation hydrargyrique (le proto-iodure de mercure), si, par aventure, cette affection était sous la dépendance d'un vice syphilitique. Pendant six à sept jours, elle parut également se trouver bien de ce nouveau mode de médication ; puis bientôt elle fut prise d'accès de suffocation de plus en plus intenses chaque fois qu'elle avalait un liquide quelconque ; la difficulté d'articuler les mots devint de plus en plus marquée, et, le 14 avril 1860, dans la nuit, elle succomba dans une syncope, conservant jusqu'à son dernier souffle l'intégrité de son intelligence.

Ainsi voilà une maladie qui, en moins de quatre à cinq mois, et sans cause connue, fait subitement mourir notre malade dans une syncope occasionnée, soit par le défaut d'alimentation, soit par l'affaiblissement résultant de l'expuition d'une grande quantité de salive. Cette dernière cause, sur laquelle M. Duchenne n'a peut-être pas assez insisté, est capable assurément de hâter le terme fatal.

Cette affection diffère essentiellement de la paralysie générale progressive ; c'est ainsi que celle-ci, que nous observons habituellement, parcourt lentement, dans l'immense majorité des cas, ses diverses périodes, et qui est, du reste, jusqu'à présent, plus fréquente ; la paralysie progressive localisée, au contraire, se termine fatalement en un temps variable entre cinq mois et trois ans au plus, dernier terme que M. Duchenne ait observé sans qu'aucun signe n'ait pu encore faire prévoir l'imminence de cette cruelle maladie.

A cette occasion, je rappellerai que, d'après M. Baillarger, le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque pouvaient, longtemps avant qu'elle n'éclate, faire diagnostiquer la paralysie générale progressive. Bien plus, M. Brierre de Boismont, d'après ses nombreuses observations et à certains signes de perversion des facultés morales et affectives, a pu prévoir son imminence six ou sept ans et plus avant l'explosion de la folie.

Au point de vue de diagnostic, je ferai remarquer que cette affection paralytique de la bouche a été traitée par des médecins du plus haut mérite, tantôt pour une stomatite ou angine, tantôt pour une pharyngite, et cependant un simple examen local, aidé d'un examen électro-physiologique des muscles qui président à la déglutition, eût bientôt dissipé toute erreur de diagnostic.

J'aurais bien voulu dire un mot du siége et de la nature de cette affection ; mais en l'absence d'examen nécropsique, des hypothèses seules pouvant être faites, je crois plus prudent de ne hasarder aucune opinion avant que l'anatomie pathologique n'ait parlé. En attendant, les nerfs lésés paraissent être le grand hypoglosse, la branche motrice de la cinquième paire, qui se rend aux muscles du palais, les filets moteurs de l'orbiculaire des lèvres, et peut-être le pneumogastrique, selon M. Duchenne.

Quant au traitement, on peut considérer tous les moyens dont on a fait usage comme négatifs, voire même la faradisation localisée qui, comme les autres agents employés, a paru avoir produit dans presque tous les cas, une amélioration qui ne s'est pas soutenue.

En définitive, en appelant l'attention de la Société, et surtout celle de mes collègues qui s'occupent de physiologie et d'anatomie pathologique, sur cette affection encore peu connue, mais si grave, j'ai cru faire une chose aussi utile qu'humanitaire (1).

(1) Cette communication a été, de la part de M. Duchenne (de Boulogne), l'objet de quelques remarques qui trouveront leur place au compte-rendu de la séance.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

CHIRURGIE. — *Du porte à faux à deux leviers, pour résoudre la troisième partie du trinôme lithotriptique :* extraction, démolissement, pulvérisation, par M. *Heurteloup*. — L'acte de démolir une pierre est un acte simple ou à peu près simple, dit M. Heurteloup ; la pierre prise et convenablement chargée étant soumise à la percussion fixe, tout est dit, la démolition est opérée ; mais l'acte de pulvériser les fragments est un acte multiple, aussi multiple qu'il y a de fragments, et surtout aussi composé que ces fragments affectent de formes réfractaires et se nuisent l'un à l'autre.

C'est pour accomplir ce temps difficile de l'opération que M. Heurteloup a imaginé un instrument qu'il nomme *porte à faux*, et qui, depuis douze ans qu'il s'en sert, lui a rendu les plus grands services. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

HYGIÈNE. — *Nouveaux faits à l'appui d'un précédent travail concernant l'influence du plomb dans la production de la colique sèche des pays chauds*, par M. *Lefèvre*. — Dans ce mémoire, après avoir fait ressortir le danger de l'opinion généralement accréditée, il y a peu d'années, au sujet de l'innocuité du plomb et des composés plombiques dans la production de la colique sèche des pays chauds,

et avoir indiqué les sources multipliées d'empoisonnement saturnin qui se trouvent sur les navires de guerre, l'auteur s'est appliqué à exposer les précautions qui doivent être prises pour mettre les marins à l'abri de ces accidents graves qui, chaque année, depuis près de trente ans, ont fait périr ou rendu infirmes un grand nombre d'entre eux.

C'est sur ces indications que le ministre de la marine a prescrit d'apporter des modifications importantes dans plusieurs parties du service, et notamment dans celles concernant les appareils distillatoires, les étamages et le titre de l'alliage des vases d'étain en service dans la marine.

La nécessité de ces modifications est démontrée de nouveau par la constatation de quantités sensibles de plomb dans les étamages des cuisines distillatoires, dans l'eau qu'ils avaient produite, dans diverses matières qui avaient été imprégnées par cette eau, soit dans les ports, soit sur des navires en cours de campagne.

A l'appui de son opinion, M. Lefévre cite des faits récents qu'il a observés lui-même à la station navale des Antilles, et qui démontrent par les signes les plus évidents la pénétration du plomb dans l'organisme des malades atteints de colique sèche.

Pour répondre à l'objection tirée des cas qui se développent à terre, loin des navires, et parmi les personnes étrangères aux habitudes des marins, l'auteur a provoqué de nouvelles recherches, et dans la plupart de nos colonies occidentales, où les industries qui s'occupent de la préparation et de la conservation des substances alimentaires et des boissons ne sont l'objet d'aucune surveillance, il a appris que les eaux pluviales servant à l'alimentation contiennent souvent du plomb provenant, soit des toitures où on les recueille, soit des rigoles et des tuyaux qui les amènent dans des réservoirs où de nouvelles causes d'altération saturnine se rencontrent fréquemment. La plupart des poteries communes sont couvertes en vernis plombifères, les eaux gazeuses contiennent presque toujours du plomb, les vinaigres sont presque toujours plombifères, les vins étrangers en contiennent parfois. Pour expliquer l'augmentation progressive des cas de colique sèche constatés récemment parmi les transportés de la Guyane, M. Lefévre fait observer que l'usage d'une vaisselle de fer-blanc à soudure plombifère est généralement répandu parmi ces malheureux qui se servent des vieilles caisses d'endaubage pour façonner les vases qui leur servent de gobelets, d'assiettes, et où ils conservent leurs réserves d'aliments et de boissons.

L'auteur termine en rappelant les opinions émises dans le siècle dernier par Backer, John Hunter et B. Francklin au sujet de l'origine saturnine de la colique du Devonshire et du mal de ventre sec des pays chauds. (*Comm. :* MM. Andral, Pelouze, Payen, Rayer.)

Thérapeutique. — M. *le Ministre de l'instruction publique* transmet un mémoire ayant pour titre : *Essai d'un moyen prophylactique à employer contre le scorbut*, proposé par M. *Soyer*. (*Comm. :* MM. Serres, Velpeau, Rayer.)

Électricité. — M. *Despretz* présente, au nom de M. le docteur *Trippier*, un appareil électro-médical.

Cet appareil, que M. Trippier destine à la comparaison des effets physiologiques produits par les extra-courants, par les courants d'induction de haute ou de faible tension, a été construit par M. Gaiffe.

Les trois parties principales de l'appareil sont mobiles, et peuvent être soumises ou soustraites à l'action du courant de la pile. (*Comm. :* MM. Despretz, Cl. Bernard.)

Pathologie. — *De l'emploi du sphygmographe dans le diagnostic des affections valvulaires du cœur et des anévrysmes des artères*, extrait d'une note de M. *Marey*. — Dans ce travail, M. Marey expose le résultat des applications cliniques qu'il a faites de son sphygmographe.

Une série de figures représentant, la pulsation artérielle pendant un espace de dix secondes, reproduit artificiellement la forme du pouls : 1° dans les anévrysmes des membres ; 2° dans le rétrécissement de l'orifice aortique du cœur ; 3° dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes ; 4° dans les lésions de l'orifice mitral.

L'affaiblissement du pouls qui s'observe sur une artère anévrysmatique ou sur ses collatérales se traduit par une ligne à sinuosités régulières et à peine marquée.

Dans le rétrécissement aortique, la ligne d'ascension du levier est très oblique, à cause de la durée considérable de l'expansion du vaisseau.

L'insuffisance valvulaire est caractérisée, au contraire, par l'amplitude très grande et la verticalité presque parfaite de l'ascension du levier. En outre, cette ligne d'ascension se termine, en général, par un angle ou par une *pointe aiguë* caractéristique.

Tandis que les lésions des valvules aortiques s'accompagnent ordinairement de régularité du pouls, les affections de la valvule mitrale ont pour caractère dominant l'irrégularité des battements du cœur et leur intensité inégale, ce qui se traduit, à l'aide du sphygmomètre, par des zigzags très bizarres.

M. Marey termine son travail par les considérations suivantes : 1° Personne n'a le tact assez fin pour sentir avec le doigt les détails minutieux que révèle le sphygmographe dans une seule pulsation, détails dont chacun a certainement sa valeur, et pourra servir un jour à préciser le diagnostic. 2° Les indications du sphygmographe semblent avoir plus de constance que les signes d'auscultation, et chez les vieillards, par exemple, la forme du pouls est, à certains moments, le seul indice qui révèle une lésion des orifices du cœur. 3° Dans un grand nombre de cas, les bruits pulmonaires, les épanchements de la plèvre ou du péricarde rendent l'auscultation du cœur difficile et quelquefois impossible ; ils ne changent rien à la forme graphique du pouls. 4° Toutes les fois que les battements du cœur sont fréquents et tumultueux, on a peine à distinguer, à l'auscultation, le premier et le second bruit, on est souvent forcé d'ajourner le diagnostic. Le sphygmographe saisit, pour ainsi dire, au passage les pulsations qui ont quelque chose de caractéristique, et l'on peut discuter la signification du tracé. 5° Enfin, un tracé du pouls se conserve indéfiniment, et fixe un souvenir que la mémoire ne saurait garder ; mis sous les yeux d'un élève, il constitue la meilleure définition des caractères du pouls, et les fait comprendre avec une lucidité que le langage ne saurait atteindre. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Rayer, Delaunay.)

Médecine. — *Traitement de la diphthérie, angine couenneuse et croup, par le perchlorure de fer à haute dose et à l'intérieur*, par M. *Aubrun*. — « Je fais mettre, dit l'auteur, de 20 à 40 gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau froide, suivant la gravité de la maladie et l'âge du malade. Ce dernier devra boire une gorgée (environ la valeur de deux cuillerées à café) de cinq en cinq minutes pendant l'état de veille, et de quart d'heure en quart d'heure pendant le sommeil. Immédiatement après chaque dose de perchlorure, on administrera une gorgée de lait froid et sans sucre.

» Ce traitement devra être continué avec une régularité scrupuleuse pendant plusieurs jours, sans même respecter le sommeil des trois premiers jours. L'expérience m'a appris que ce n'est qu'à la fin du troisième jour que les fausses membranes commencent à se ramollir et à se détacher.

» Cette solution perchloroferrique doit toujours être administrée dans un verre ou une tasse de porcelaine, afin d'éviter la décomposition qui ne manquerait pas d'avoir lieu au contact d'un métal. J'éloigne également toutes les boissons et aliments susceptibles de décomposer le perchlorure de fer. En général, pendant les trois ou quatre premiers jours, je ne donne rien autre que ma solution de perchlorure de fer et du lait froid.

» Le traitement local est secondaire, et peut même être négligé complétement. Le traitement interne suffit dans le plus grand nombre de cas. Administrée dès le début de l'affection diphthérique, cette médication guérira le plus souvent sans opération.

» Si la marche du croup est très rapide, ou si la médication n'a été employée qu'à une période avancée de la maladie, la trachéotomie peut devenir nécessaire, mais on devra continuer le perchlorure de fer, et c'est lui qui procurera la guérison. Sur trente-neuf cas traités au moins pendant trois jours, trente-cinq ont été guéris ; deux cas seulement ont nécessité la trachéotomie dès le

début de la médication; elle a été continuée scrupuleusement, et la guérison a été obtenue dans les deux cas, malgré la gravité de la maladie, puisque les enduits diphthériques avaient envahi les bronches dans une grande étendue. » (*Comm.* : MM. Serres, Velpeau, Rayer.)

CHIRURGIE. — *De l'application de la cautérisation linéaire et destructive au traitement de l'enchondrome*, par M. *Legrand*. — L'auteur rapporte deux cas d'enchondrome du genou traités par la cautérisation linéaire combinée avec la cautérisation destructive. Cette méthode a complétement échoué dans le premier cas; elle paraît avoir réussi dans le second. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. *Longet*, une nouvelle livraison de son *Traité de physiologie*. Cette livraison a pour objet l'*influence du système nerveux sur les mouvements du cœur*.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. *Aug. Schilling*, un ouvrage sur l'orthopédie.

L'ouvrage est écrit en allemand, mais une note manuscrite, jointe à l'envoi, en donne en français l'analyse. M. J. Cloquet est invité à prendre connaissance de cet ouvrage et à en faire l'objet d'un rapport verbal.

PHYSIOLOGIE. — *Résultats de la section des canaux semi-circulaires*, extrait d'une lettre de M. *Czermak* à M. *Flourens*. — M. Czermak annonce à M. Flourens qu'il vient de vérifier par de nouvelles expériences les phénomènes résultant de la section des canaux semi-circulaires.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Albert* (de Parthenay) sur les revaccinations qu'il a pratiquées en 1860. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Picon*, médecin-inspecteur, sur le service médical des eaux minérales de Molitz (Pyrénées-Orientales) en 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note sur le traitement du croup par les insufflations d'iode métallique porphyrisé, par M. le docteur *Goin* (de Roanne). (*Comm.*: M. Trousseau.) — *b*. La suite d'un mémoire sur les épizooties et les maladies enzootiques observées en Algérie, par M. *Camoin*, vétérinaire de l'armée. (*Comm.*: MM. Leblanc, Delafond et Bouley.) — *c*. Un travail intitulé : *Études sur les causes de la mélancolie*, par M. le docteur *Cortieu* (de Charly-sur-Marne). (*Comm.*: M. de Kergaradec.) — *d*. Une note de M. le docteur *J. Bernard*, ayant pour titre : *Essai d'une théorie de l'action thérapeutique de l'iode*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e*. Une note sur un moyen d'assainir la fabrication des allumettes phosphorées, par M. *Hoffmann*, pharmacien à Paris. (*Comm.*: M. Poggiale.) — *f*. Un paquet cacheté renfermant la description d'un nouveau procédé de réduction pour les luxations, par M. le docteur *Dupré*. (*Accepté.*)

M. le *Président* annonce que l'Académie tiendra sa séance annuelle, mardi prochain.

M. le *Secrétaire perpétuel* offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le *Président*, deux gravures, dont la première représente l'ancien amphithéâtre d'anatomie, sous Louis XV, et la seconde un beau portrait d'Hippocrate, dessiné d'après l'antique par P. Rubens et gravé par Pontius, en 1633. M. le Secrétaire perpétuel croit se rendre l'interprète des sentiments de l'Académie en adressant à M. le Président des remercîments publics. (*Applaudissements.*)

M. *Velpeau* dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, la topographie médicale du Finistère.

M. *Depaul*, présente au nom de M. *Dumas*, professeur d'accouchement à la Faculté de Montpellier, le deuxième volume des Actes des comités d'hygiène et de salubrité publique de cette ville.

M. *Bouley* met sous les yeux de l'Académie un brise-pierre, de l'invention de M. le docteur *Guillon*, et destiné à pratiquer la lithotritie chez les chevaux.

M. le *Président* fait part à l'Académie d'un accident arrivé à M. Ferrus, mardi dernier, à l'issue de la séance.

Élection.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la Section d'accouchements.

La liste de présentation porte : *en première ligne*, M. Jacquemier; 2° M. Blot; 3° M. Laborie; 4° M. Devilliers. Candidat adjoint par l'Académie, M. Félix Hatin.

Le nombre des votants étant 72, M. *Jacquemier* obtient 44 voix; M. *Devilliers*, 17; M. *Laborie*, 7; MM. *Blot*, *Hatin* et *Pajot*, chacun une. Un bulletin blanc.

M. *Jacquemier*, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

M. *Gibert* s'étonne de ce que, au lieu de désigner M. Hatin sous le titre de *candidat de l'Académie*, ainsi que l'usage s'en était établi, on l'ait désigné sous le titre de *candidat adjoint* par l'Académie.

M. le *Secrétaire perpétuel*, à la suite de quelques explications, proteste contre les insinuations de M. Gibert et déclare que cette désignation, qui n'a rien de malveillant pour le candidat, est parfaitement conforme aux règlements et aux usages de l'Académie.

Sur la réclamation de plusieurs membres, l'Académie passe à l'ordre du jour.

Lectures.

MÉDECINE. — M. *Aran*, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, donne lecture d'un travail intitulé : *De la nature et du traitement de l'affection connue sous le nom de goître exophthalmique, cachexie exophthalmique, maladie de Basedow, etc.* Dans ce travail, M. Aran fait connaître l'observation d'une jeune demoiselle de vingt ans, qui lui fut adressée au mois d'août 1857, et qui présentait une exophthalmie très prononcée et un goître volumineux, des battements violents du cœur et des artères du cou, des palpitations et de l'oppression.

OBS. — Fille d'une mère très nerveuse, affectée elle-même, pendant huit ans, d'une maladie hystériforme avec suppression des règles, douée d'un tempérament lymphatique, cette jeune personne avait été bien portante jusqu'à l'âge de douze ans, époque du premier établissement de ses règles, qui furent toujours assez peu abondantes et assez peu colorées. État de malaise depuis ce moment; syncopes fréquentes, petite toux sèche, éclatante; plus tard, respiration un peu courte, gêne dans la marche et pour monter les escaliers. Vers la fin de l'été de 1856 l'état de malaise augmente; la respiration devient plus fréquente et le pouls s'accélère. Au mois de novembre suivant, troubles nerveux, parole brève, tremblement dans les membres, faiblesse dans les membres inférieurs, irritabilité de caractère, et, à très peu de temps de là, gonflement de la face et du cou; yeux saillants et hagards; palpitations plus fréquentes et plus répétées; malaise plus prononcé; oppression respiratoire. Considérés surtout comme chlorotiques, ces accidents sont traités sans succès par les préparations ferrugineuses et par un voyage dans les montagnes; l'iode ne réussit pas mieux. Ce fut alors que M. Aran, appelé, reconnut chez cette jeune fille les signes de la maladie étrange décrite par Basedow, à savoir, une exophthalmie double avec conservation de la vue; le gonflement du corps thyroïde, des battements frémissants et visibles à l'œil, dans les artères du cou et à la région précordiale, avec fréquence considérable et sans fièvre; une respiration également précipitée, et, de plus, les signes plessimétriques et stéthoscopiques ne purent laisser aucun doute sur l'existence d'une dilatation avec hypertrophie du cœur.

Application continuelle de glace sur la région précordiale, pendant neuf mois; administration à doses croissantes de la vératrine et de la digitale jusqu'à intolérance, à différents intervalles, pendant huit mois; diminution dans la quantité des aliments et des boissons; plus tard, douches froides et tous les moyens propres à congestionner l'utérus et à régulariser la fonction menstruelle; plus tard, enfin, administration du perchlorure de fer à l'intérieur, pendant deux mois.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration était déjà marquée en quelques jours; la matité précordiale avait baissé de 2 centimètres en tous sens après huit jours; après deux mois surtout, l'amélioration géné-

rale était très notable, et la matité précordiale avait repris des proportions très ordinaires. L'accélération des battements vasculaires ne disparut cependant qu'un an après l'écoulement du traitement. Depuis ce moment, la guérison a pu être considérée comme définitive. Toute trace de la maladie ancienne a disparu, et il y a lieu de croire, après deux années écoulées sans accidents, que la maladie ne récidivera pas.

S'attachant à mettre en relief la dilatation avec hypertrophie du cœur, qu'il considère comme constante, et la présence des troubles nerveux coïncidents avec le développement des phénomènes dits *caractéristiques* ou les précédant, M. Aran cherche à démontrer, d'une part, que des trois phénomènes dits caractéristiques il n'y a d'absolument indispensable que les troubles cardiaques et artériels, et, d'autre part, que la dilatation qui les accompagne ne saurait être considérée cependant comme le fait primordial de l'affection. L'exophthalmie lui paraît inexplicable dans l'ordre d'idées généralement reçues, et il place, suivant toute probabilité, le siége primitif de la maladie dans une lésion du grand sympathique. Enfin, il justifie le traitement qui a été suivi en le rapprochant des lésions morbides, et fait la part de l'utilité de ces différents moyens en rapport avec les phases diverses de la maladie.

M. Aran termine son travail par les conclusions suivantes :

1° L'affection connue sous les noms de *goître exophthalmique*, *cachexie exophthalmique*, *maladie de Basedow*, n'est essentiellement constituée ni par l'exophthalmie ni par le gonflement du corps thyroïde, mais bien par un état d'irritabilité du cœur et des artères du cou, auquel s'ajoute dans un temps extrêmement rapproché (car il est impossible de préciser l'intervalle qui sépare la production de ces deux ordres de faits), une dilatation avec hypertrophie du cœur et des gros vaissseaux du cou ;

2° Cette dilatation avec hypertrophie, non plus que l'augmentation d'irritabilité du système circulatoire qui paraît la régir, ne peut être considérée comme étant la base, le point de départ de la maladie ;

3° Précédant ces phénomènes ou coïncidant avec eux, il existe des troubles variés vers le système digestif, les appareils sécréteurs et le système nerveux qui ne peuvent laisser aucun doute sur le lien commun qui les unit et qui les généralise : ce lien paraît être un trouble du grand sympathique ;

4° L'existence de ce trouble du grand sympathique est encore démontré par le fait de la production de l'exophthalmie, qui, inexplicable par des dilatations vasculaires que l'anatomie pathologique n'a pas retrouvées, inexplicable également par l'hypothèse d'une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, hypothèse inconciliable elle-même avec la production rapide dans certains cas de ce phénomène, avec son absence dans d'autres, avec sa manifestation plus tranchée vers un œil que vers l'autre, s'explique, au contraire, très bien par l'influence du grand sympathique, telle que l'ont montré les belles recherches de M. Cl. Bernard, influence qui se traduit par la contraction du muscle orbitaire, que les recherches d'Henri Müller ont montré exister chez l'homme comme chez les animaux, et dont l'action est bien certainement de porter le globe de l'œil en avant.

5° L'affection nerveuse appelée *goître exophthalmique*, *cachexie exophthalmique*, etc., est une affection curable par un traitement suffisamment long et convenablement dirigé, ayant pour but à la fois de réveiller la contraction des parois cardiaques et artérielles, de faire tomber l'irritabilité exagérée du cœur et des vaisseaux du cou, et de combattre l'état névropathique général qui lui sert de base en même temps que l'altération du sang lorsqu'elle existe. Parmi les moyens thérapeutiques, ceux sur lesquels on peut le plus compter sont les applications de glace sur la région du cœur, l'administration à doses réfractées et croissantes de la vératrine ou de la digitale, l'hydrothérapie, le séjour à la campagne, et à une certaine époque de la maladie les préparations ferrugineuses et plus particulièrement de perchlorure de fer. (Commissaires : MM. Chatin, Bouvier, Baillarger et Trousseau.)

Chirurgie. — M. le docteur *Lefort*, prosecteur de la Faculté, donne lecture du résumé d'un mémoire *sur la résection de l'articulation coxo-fémorale dans les cas de coxalgie et de plaies par armes à feu*. (Voir aux *Travaux originaux*, p. 787.)

— A cinq heures moins un quart l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

Ordre du jour de la séance du vendredi 7 décembre 1860.

Communication par le docteur *de Langenhagen*.

Nomination d'un vice-président, d'un secrétaire particulier, et d'un membre du conseil d'administration.

Société de chirurgie.

Séance du 5 décembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Anévrysmes traités et guéris par la compression digitale. — Grossesse gémellaire. — Plaie de la moelle épinière suivie de guérison.

M. *Bouvier* communique, au nom d'un des correspondants les plus distingués de la Société, M. *Mirault* (d'Angers), deux cas d'*anévrysme traumatique guéris par la compression digitale*.

Le premier fait est relatif à un cas d'anévrysme produit par une saignée ; à la suite de cette opération, le malade, qui était âgé de vingt-trois ans, vit se développer graduellement une petite tumeur. La compression digitale fut faite pendant trente et une heures. Guérison.

L'autre anévrysme siégeait à l'origine de la temporale, dans la parotide ; il s'était développé chez un enfant de neuf ans, à la suite d'une blessure faite par le bec d'un coq ; la tumeur était grosse comme une petite pomme d'api. Comme il était impossible de comprimer l'artère entre le cœur et la tumeur, M. Mirault fit établir la compression sur la tumeur elle-même ; elle fut faite pendant quatre-vingt-cinq heures à diverses reprises, en interrompant pendant la nuit, et la guérison fut également obtenue par ce moyen.

— M. *Prestat* (de Pontoise), membre correspondant de la Société, présente le délivre d'une *grossesse gémellaire ;* une particularité assez rare est signalée par l'auteur : à côté d'un placenta normal et de ses membranes, on trouve une poche plus petite, contenant un fœtus paraissant âgé de trois mois environ, tandis que l'autre était parvenu au terme de la grossesse.

Plusieurs membres de la Société font connaître quelques cas analogues : M. Depaul en a vu plusieurs ; M. Danyau, trois ; M. Laborie cite un cas dans lequel le fœtus était mort à quatre mois et demi ou cinq mois ; M. Béraud rappelle une observation qu'il a publiée ; enfin M. Cloquet cite le fait le plus remarquable en ce genre : il a vu en Allemagne une pièce anatomique représentant l'utérus d'une femme morte enceinte. Il y a quatre fœtus dans l'utérus : trois d'entre eux sont morts et aplatis contre les parois, l'autre se développait régulièrement.

— Une deuxième communication de M. *Prestat* est écoutée avec faveur par la Société ; c'est un cas de guérison de *plaie de la moelle épinière :*

A. B..., enfant de quinze ans, reçut un coup de couteau au bas de la région dorsale, et tomba immédiatement ; il ne put se relever, et resta longtemps sur l'endroit où il fut blessé. M. Prestat vit ce jeune homme quatre heures après, et reconnut une plaie transversale entre la dixième et la onzième vertèbre dorsale ; le coup avait pénétré entre les lames vertébrales. La plaie paraissait avoir fourni très peu de sang, mais il s'écoulait une grande quantité de liquide séreux, limpide, incolore.

Le pouls était petit, la peau froide, la physionomie du jeune blessé exprimait la plus vive anxiété. L'intelligence était nette ; les mouvements des muscles respiratoires persistaient complétement ; les membres supérieurs ne présentaient rien de particulier. Il y

avait eu un vomissement, mais pas de défécation ni d'émission d'urine involontaire. Les membres inférieurs étaient paralysés : le membre gauche complétement, le membre droit moins profondément atteint.

Le soir du même jour la chaleur était revenue, le pouls était plein ; on sonda le malade, et on pratiqua une saignée de deux palettes, qui fut répétée le lendemain. Pendant plusieurs jours il fallut sonder le malade. Le sixième jour on provoqua une selle par un lavement purgatif.

Pendant ce temps la plaie ne se fermait pas, et il s'écoulait une quantité très considérable de liquide rachidien.

Enfin le malade put uriner spontanément, la plaie commença à se cicatriser ; ce ne fut que plus tard que la défécation devint facile. Mais la paralysie persistait toujours dans les membres inférieurs ; la jambe gauche commençait à s'atrophier ; elle était moins grosse que l'autre. M. Prestat eut recours à l'électricité environ un mois après la blessure ; tout d'abord l'emploi de ce moyen n'amena aucun phénomène ; mais au bout de cinq à six jours il amena des contractions, qui devinrent de plus en plus prononcées. La sensibilité avait reparu avant la myotilité.

Enfin peu à peu la guérison se compléta et toute trace de la lésion disparut.

Après avoir lu cette observation, M. Prestat entre dans quelques considérations pleines d'intérêt sur le siége de la blessure, sur l'étendue de la lésion ; il discute également quelques questions de physiologie qui peuvent être éclairées par ce fait pathologique ; et compare enfin ce fait à quelques autres cas consignés dans la science. Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Prestat dans le développement et la discussion de ces différentes questions ; et nous ne pouvons que nous associer aux félicitations qui lui ont été adressées par la Société.

JULES ROUYER.

V

BIBLIOGRAPHIE.

De l'évidement des os, par M. le professeur SÉDILLOT, 1 vol. in-8 avec planches. Paris, Victor Masson et fils, 1860.

M. Sédillot vient de réunir en un volume ses diverses publications sur l'opération qu'il a heureusement désignée sous le nom d'évidement. Les observations qu'il avait présentées à l'Académie des sciences y sont complétées et accompagnées de commentaires. Elles sont même précédées d'un court aperçu historique, et nous apprécions d'autant plus ce dernier complément que nous en avions regretté l'absence lorsque nous eûmes à examiner une première fois dans ces colonnes la valeur pratique de l'évidement. Les résections sous-périostées, que M. Sédillot avait jusqu'ici condamnées d'une manière un peu trop sommaire, ont été longuement examinées, et si aujourd'hui nous nous trouvons encore en désaccord sur plusieurs points, ce n'est pas pour avoir puisé nos informations à des sources opposées. Nous avons lu son travail avec la plus grande attention, et nous pouvons ajouter avec le plus grand intérêt, quelque différente que fût notre manière d'interpréter les faits. Ce n'est pas précisément au sujet de l'évidement que nous sommes d'une opinion contraire à celle de l'éminent chirurgien de Strasbourg ; c'est à l'égard des résections sous-périostées et de l'ostéoplastie. Loin d'être un adversaire de l'évidement, nous pouvons dire que nous en sommes un ancien partisan, et nos lecteurs nous permettront de leur rappeler dans un instant ce que nous écrivions sur ce sujet il y a deux ans. (*Gaz. heb.*, p. 900, 1858.)

Il y a dans la thèse de M. Sédillot une idée dominante qui en inspire les prémisses et qui en régit les conclusions. Cette idée, c'est celle de la rivalité et de l'antagonisme des résections sous-périostées et de l'évidement. Or c'est là, ce nous semble, une erreur qui a sa source, comme beaucoup d'autres, dans une question mal posée.

« Nous n'avons pas mis en parallèle l'évidement avec les résections sous-périostées, disions-nous dans le travail cité plus haut, parce que ces deux opérations ne doivent pas s'appliquer à des cas identiques. Là où finit le pouvoir curateur de l'une, l'efficacité de l'autre commence ; on ne devra pas réséquer dans les cas où l'évidement paraîtra suffisant ; mais lorsque l'affection sera trop avancée pour que cette dernière opération ait chance de réussir, et, à plus forte raison, lorsque l'évidement aura échoué, il ne faudra pas songer pour cela à l'amputation du membre. La résection sous-périostée nous reste alors, etc., etc. »

Nous ne croyons donc pas qu'il soit juste de mettre en parallèle ces deux opérations ; les cas où l'on aura à hésiter entre elles ne nous paraissent pas les plus nombreux, tant s'en faut. Pour le tibia, par exemple, qu'on peut considérer comme le terrain classique de l'évidement, on aura peut-être vingt fois l'occasion de mettre cette dernière opération en pratique avant de rencontrer un cas où l'ablation de l'épaisseur totale de l'os paraisse nécessaire. Or, il nous semble que si M. Sédillot eût fait cette distinction, il ne se serait pas cru dans la nécessité de combattre des erreurs qu'aucun chirurgien français n'a commises, à notre connaissance du moins. La manière d'envisager la question nous paraît donc peu acceptable, et il n'est peut-être pas dans son livre une seule proposition qui ne soit influencée par la circonstance que nous venons de signaler.

Comme à l'époque où nous avons publié les lignes que nous venons de citer, nous sommes partisan de l'évidement, et nous applaudissons aux tentatives de M. Sédillot pour étendre les indications de la méthode et la faire accepter dans les cas où elle eût paru jusqu'ici impuissante ou dangereuse. Mais nous croyons, dans l'intérêt de cette opération, ne pas devoir en faire un tableau plus séduisant que la réalité, afin d'éviter une réaction en sens contraire de la part de ceux qui s'attendraient à réussir toujours. Il est de règle d'enlever exactement et exclusivement tout ce qui est malade ; or, cette opération constitue souvent une difficulté sérieuse si l'on ne veut pas se créer des dangers d'un autre genre. La fréquence des récidives, les lenteurs de la réparation de l'os et la nécessité de recourir plus tard à des opérations plus radicales, sont des inconvénients auxquels il faut s'attendre et qu'on ne pourra pas toujours prévenir. C'est lorsqu'il s'agit des os courts surtout qu'on sera exposé à des récidives et à la propagation de la maladie aux os voisins, et ce sont là des complications que le traitement général le plus persévérant et le plus actif n'arrêtera pas toujours. Ces inconvénients s'attachent à toutes les opérations, résections sus- et sous-périostées, évidement, rugination, etc., pratiquées dans les régions à os courts (tarse et métatarse, par exemple), que limitent des surfaces articulaires de plusieurs côtés ; mais ils doivent s'attacher surtout aux tentatives qu'inspire une idée conservatrice. Là est l'écueil de ces opérations, et l'on comprend jusqu'à un certain point que quelques chirurgiens aient hâte d'en venir à des opérations radicales. Nous avons vu plusieurs cas d'évidement du calcanéum avec ou sans cautérisation, et, il y a plusieurs années déjà, nous avions constaté la difficulté de la guérison et la lenteur de la cicatrisation définitive. Mais, malgré cela, nous en sommes resté partisan, car nous croyons qu'on ne saurait acheter trop cher la possibilité d'éviter une mutilation. C'est au tibia surtout et à l'humérus que nous avons vu des résultats définitifs et promptement obtenus. Les observations de M. Sédillot nous indiquent, du reste, que la cicatrisation nécessite généralement plusieurs mois, quatre, six, quelquefois même dix-huit (observation I). Quoi qu'il en soit, malgré cette longueur des suites de l'opération, malgré même les trois cas de mort survenus parmi les dix malades dont l'observation avait été communiquée à l'Académie des sciences pendant qu'ils étaient encore en traitement, nous croyons qu'en attaquant la carie et la nécrose, surtout avec la hardiesse qu'a montrée M. Sédillot, on doit s'attendre à réussir souvent ; mais, nous le répétons également, on ne devra pas s'étonner si l'extension de la lésion osseuse et la lenteur ou l'absence de l'acte réparateur nécessitent ultérieurement une opération plus radicale. L'observation VII de M. Sédillot, qui se rapporte à une jeune fille atteinte de carie de l'extrémité inférieure du fémur, est un des plus beaux exemples attestant l'ef-

ficacité de la méthode; mais l'observation qui précède indique que l'affection osseuse peut s'étendre malgré l'opération et devenir mortelle. La propagation de l'affection jusqu'à l'extrémité supérieure de l'os évidé, et, par suite, une arthrite plus ou moins grave, sont des accidents que le chirurgien doit toujours craindre. Et quoique, dans le cas de M. Sédillot, ce soit malgré l'évidement et non à cause de l'évidement, que cette complication soit survenue, il n'en sera pas moins difficile de persuader aux opérateurs qu'ils peuvent sans danger aucun aller fouiller jusque sur la limite des grandes articulations.

Les dix premières observations de M. Sedillot sont celles qu'il avait déjà communiquées à l'Académie et que nos lecteurs connaissent; elles ont été suivies de quelques autres empruntées à des sources diverses. Il y en a en tout dix-huit; mais les dernières sont loin d'avoir généralement l'importance des premières. Quelques-unes même pourraient prendre place dans une série commencée sous un tout autre titre; telles l'observation XV, qui a trait à un projet d'évidement, et l'observation XVIII, qui se rapporte à une désarticulation sous-astragalienne. Parmi les autres, quelques-unes ont été communiquées à M. Sédillot par différents chirurgiens. Il ne tenait qu'à lui, du reste, d'en augmenter le nombre en puisant dans les recueils français et étrangers. Hey, MM. Jobert et Ferguson, pour ne citer que les noms qui se présentent les premiers à notre plume, ont publié plus d'un fait qui pourrait corroborer les théories invoquées en faveur de l'évidement.

Ces réflexions faites sur l'évidement, nous allons examiner la question des résections sous-périostées que M. Sédillot, nous l'avons déjà fait remarquer, a traité au moins aussi longuement que celle dont nous venons de nous occuper. Nous ferons remarquer tout d'abord que M. Sédillot a employé contre plusieurs des faits de résection sous-périostée un mode d'argumentation qui ne laisserait debout aucune observation, et auquel ne résisteraient pas longtemps les observations d'évidement.

On voit qu'il est peu disposé à ajouter foi aux résultats, très nettement annoncés cependant, obtenus par les chirurgiens qui ont pratiqué des résections sous-périostées. L'objection qu'il leur fait généralement, c'est de n'avoir obtenu que des reproductions incomplètes, et le reproche qu'il leur adresse, c'est d'avoir opéré quand il ne fallait pas intervenir ou quand il fallait intervenir autrement, et enfin d'avoir annoncé des résultats impossibles. Nous sommes loin de croire que tous les faits qu'on a invoqués en faveur de la méthode soient probants; il en est que nous avons accueillis avec la plus grande réserve; il en est même dont nous n'avons pas tenu compte, tellement ils étaient incomplets ou insignifiants. Mais, sur le nombre, nous en avons regardé six comme répondant victorieusement à ceux qui niaient que la reproduction osseuse pût aller assez loin pour rétablir la forme et les fonctions du membre. Nous aurions été bien aise d'avoir sur chacun de ces cas l'appréciation de M. Sédillot. Malheureusement sur ces six cas il en passe deux sous silence et en interprète un troisième d'une manière tout à fait inexacte. Nous avions toujours regardé comme des plus probants les faits de reproduction du tibia et de la branche montante du maxillaire inférieur, publiés dans notre article du 9 décembre 1858. Le premier appartient à M. Larghi; le second à M. Maisonneuve. Or, nous avons eu beau fouiller parmi les observations de M. Larghi, que M. Sédillot examine, nous n'avons pu trouver la première (1), et nous n'avons vu citer M. Maisonneuve que pour invoquer une opinion qu'il nous avait exprimée avant qu'il eût découvert chez un infirmier de son service un exemple de la réalité dans la reproduction après les ablations sous-périostées. Quant au fait que M. Sédillot interprète d'une manière inexacte, c'est celui qui nous intéresse personnellement et dont il a été plus d'une fois question dans nos colonnes.

Sur ce point, nous l'avouons, nous nous trouvons dans un véritable embarras. Nous avons déjà prié M. Sédillot de vouloir bien nous lire attentivement avant de nous critiquer, et, malgré cette prière, que nous espérions devoir être écoutée, nous voyons aujourd'hui encore notre contradicteur nous attribuer des assertions que nous n'avons jamais émises, et trouver dans nos observations ce qui n'y a jamais existé. S'il s'agissait d'un détail insignifiant, nous le laisserions passer inaperçu; mais il s'agit d'une observation que nous avons publiée avec l'assentiment de notre ami M. Verneuil, qui avait lui-même pratiqué l'opération, et que nous considérons toujours comme très importante. M. Sédillot, veut nous mettre en contradiction, M. Verneuil et moi : « M. Ollier, dit-il, a adressé à l'Académie des sciences l'observation de ce malade et a cru que l'allongement des os avait été de 11 centimètres. C'était évidemment une erreur, puisque M. Verneuil, qui avait pratiqué la résection, suivi les progrès de la cure, constaté par la mensuration l'état du membre et soumis le malade à l'examen de la Société de chirurgie, n'avait constaté qu'une augmentation de 3 centimètres. Une différence aussi considérable n'aurait pu lui échapper, et les détails dans lesquels il est entré et tout ce que l'on conçoit des suites des résections. » (Sédillot, *Évidement des os*, p. 62.)

Nous répondrons seulement à M. Sédillot qu'il nous est bien difficile de discuter de pareils arguments. Nous n'essayerons pas de lui répliquer, pressé que nous sommes de sortir d'une question personnelle dans laquelle nous avons été engagé malgré nous, et sur laquelle nous espérons bien ne plus avoir à réclamer.

Quant aux trois autres faits sur lesquels nous attendions avec impatience la critique de M. Sédillot, ils appartiennent à MM. Larghi et Borelli, et se rapportent à des ablations partielles de l'humérus. Le rétablissement de la forme et des fonctions du membre est nettement indiqué dans ces observations, et, malgré quelques critiques de détails que nous leur avions adressées autrefois, nous les avions regardées comme concluantes. M. Sédillot les range sous le titre de : *Faits présentés à tort comme exemples de succès.* Nous regrettons que l'espace ne nous permette pas de reproduire *in extenso* la critique qu'il en fait; nous allons cependant en extraire ce qu'il y a de plus saillant. M. Sédillot y expose une théorie nouvelle pour expliquer la persistance de la forme du membre sans qu'il soit besoin de la reproduction de l'os.

« M. Larghi n'ayant pas indiqué les dimensions de la portion qui fut enlevée, nous les fixerons approximativement à 8 ou 9 centimètres de longueur. Ne serait-il pas possible que, sous l'influence de la contraction musculaire, l'intervalle correspondant se fût comblé, du moins en partie, *par le rapprochement des extrémités osseuses, dont la consolidation aurait eu lieu d'après le mode habituel des fractures?*

» On comprendrait alors l'augmentation de volume du nouvel os, puisque le cal offre ordinairement cette disposition. La conservation des usages du membre n'aurait plus rien de surprenant, et la rapidité de la consolidation, quoique encore fort remarquable, n'aurait rien d'absolument contraire aux lois de la pathologie. »

Il nous semble que si la consolidation avait eu lieu d'après le mode habituel des fractures, l'humérus n'aurait guère retrouvé les 8 à 9 centimètres qu'il avait perdus. Nous ne sachions pas, en effet, que l'allongement du membre soit la suite habituelle des fractures; c'est, ce nous semble, un accident tout contraire que le chirurgien s'efforce de prévenir. Et, dans les cas où les fragments osseux tendent à s'écarter, personne n'ignore avec quelle difficulté on obtient un cal osseux intermédiaire. Du reste, nous craindrions par nos commentaires d'altérer la portée des explications de M. Sédillot, nous préférons les laisser telles que à l'appréciation de nos lecteurs.

Pour ce qui est des conclusions générales de M. Sédillot sur la valeur et l'utilité des résections sous-périostées, on devine, par ce que nous venons d'exposer, qu'elles ne sont pas celles que nous avons plusieurs fois soutenues dans ces colonnes. Malgré quelque restriction, elles sont à peu près ce qu'elles étaient il y a un an; nous ne les rappelons donc pas ici, les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE ayant vu, d'ailleurs, passer sous leurs yeux les principales pièces du procès. Malgré notre manière différente d'interpréter les faits, malgré les dissidences qui nous séparent sur les conclusions, nous n'en recommandons pas moins la lecture du livre de M. Sédillot. Plusieurs des observations d'évidement sont on ne peut plus importantes et montrent une fois de plus l'habileté chi-

(1) Il en est seulement fait mention dans un relevé appartenant à M. Eissen.

rurgicale de l'éminent professeur de Strasbourg. Quant aux faits de résections sous-périostées, bien que nous ayons regretté l'absence de quelques-uns et déploré l'interprétation de celui que nous avons publié, il en reste assez pour que le lecteur puisse être édifié, et sur la valeur propre des observations, et sur les critiques de notre savant contradicteur. Nous ne demandons, dans l'intérêt de notre cause, que la publicité de ces observations. Malgré les critiques les plus sévères, il en restera toujours assez pour démontrer ce que M. Sédillot ne veut pas y voir encore, c'est-à-dire la reproduction de l'os avec conservation de la forme et des fonctions. Du reste, depuis la publication de M. Sédillot, de nouveaux faits ont été portés devant l'Académie des sciences, et (s'il en était encore besoin) nous espérons en avoir bientôt une série suffisante et assez authentique pour achever de convaincre ceux qu'une défiance exagérée des faits anciens ou étrangers tiendrait encore en suspend au sujet de la réalité de ces régénérations osseuses.

M. Sédillot consacre un court article à l'appréciation de l'ostéoplastie; mais il ne la traite guère avec plus de faveur que les résections sous-périostées. Il ne lui prédit pas un grand avenir; il croit cependant qu'on peut encore se livrer à de nouveaux essais, « nous serions d'avis cependant de recommencer ces essais d'ostéoplastie, si quelque indication favorable s'en présentait, quoique rien n'autorise, *comme on le voit, à en espérer le succès.* » (Sédillot, *Evidement des os*, p. 105.) M. Sédillot a été réellement malheureux dans ses informations; il connaît parfaitement la tentative de M. Langenbeck, il sait dans quelles conditions elle a été faite; mais où a-t-il appris qu'elle n'a pas réussi? Nous avons eu de plusieurs côtés des renseignements; nous en avons trouvé dans les journaux américains, anglais et allemands, émanés de sources différentes. Nos lecteurs ont pu voir dans un des précédents numéros (5 octobre) ce qu'était ce prétendu insuccès de M. Langenbeck. Non-seulement le succès a été des plus encourageants, mais on a constaté par tous les moyens d'observation possible, et entre autres par l'analyse microscopique, qu'il y avait du tissu osseux reproduit. Nous n'insisterons pas là-dessus, et nous espérons que la connaissance de ce fait rendra M. Sédillot plus favorable aux opérations de ce genre, et à ce sujet nous aurions eu une reconnaissance toute particulière à l'honorable et savant professeur s'il eût indiqué dans quel écrit de M. Flourens se trouvent les expériences qui peuvent servir de base à l'ostéoplastie. Nous en aurions été d'autant plus satisfait que le célèbre physiologiste de l'Académie des sciences n'ayant jamais réclamé pour lui la transplantation du périoste, nous ne la lui avons jamais attribuée. Aujourd'hui encore nous croyons que le premier fait expérimental qu'on puisse invoquer en faveur de l'ostéoplastie périostique a été publié dans ces colonnes le 5 novembre 1858, et toutes nos recherches ont été infructueuses pour trouver dans les écrits de nos prédécesseurs une expérience analogue.

L. Ollier.

Exercices anatomiques et physiologiques, par M. Eugène Giraudet; Paris, 1860.

M. Giraudet, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Tours, a publié un petit livre ayant pour but d'appeler, dit-il, l'attention des étudiants et des médecins sur les services réels qu'une connaissance plus intime des phénomènes organiques a déjà rendus ou qu'elle promet de rendre à la médecine ou à la chirurgie. Le livre est une sorte de catéchisme par demandes et par réponses. L'élève lit la question 1re : « *Quels sont les os qui n'ont pas de nerfs?* » Il court à la fin du volume, et répond : « *Les os dans lesquels on n'en a pas encore découverts sont : les os sésamoïdes et les osselets de l'oreille.* » Ou encore, D. 13 : *Quel est l'os le plus spongieux du corps de l'homme?* R. : *C'est sans contredit le sternum.* »

Nous voudrions que cette sorte d'ouvrage eût l'utilité pratique que l'auteur s'en promet, mais nous ne pouvons nous empêcher d'en douter. On n'apprend pas l'anatomie comme le catéchisme; on ne l'apprend que dans un seul livre, qui est le cadavre; il n'est même pas bien certain, à nos yeux, que de tels exercices soient exempts de dangers. Quelques élèves, dont le nombre diminue heureusement tous les jours, se bornent à étudier l'anatomie sur les atlas; plusieurs, ne travaillant cette partie de la science qu'au point de vue de l'examen, se bornent à aller dans les salles de l'École, écouter les demandes des examinateurs et les réponses des candidats; ils les notent avec soin et apprennent ainsi par cœur ce qu'ils n'auraient dû apprendre qu'à l'amphithéâtre. Le catéchisme de M. Giraudet leur facilitera, nous le craignons, cette tâche funeste pour eux. Puissions-nous être dans l'erreur! Nous le désirons en proportion de l'estime que nous professons pour le savoir de l'auteur.

Léon Le Fort.

VI

VARIÉTÉS.

Parmi les services publics que le décret du 5 décembre distrait du *Ministère de l'instruction publique* pour les attribuer au *Ministère d'Etat* se trouvent : l'Institut, l'Académie de médecine, les bibliothèques impériale, Mazarine, Sainte-Geneviève et de l'Arsenal, le Journal des savants, les souscriptions aux ouvrages scientifiques et littéraires, enfin les subventions et encouragements pour voyages et missions scientifiques.

Au moment où M. Ricord quitte le service des hôpitaux, quelques-uns de ses anciens élèves et amis ont pensé que le corps médical accueillerait avec faveur le projet de lui offrir un banquet en souvenir d'un enseignement célèbre de trente années, Le banquet aura lieu le jeudi 20 décembre, à sept heures et demie précises du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre. Le prix de la souscription est fixé à 20 francs.

On souscrit dans les bureaux de la *Gazette hebdomadaire* et des autres journaux de médecine. La souscription sera close le 18 décembre.

Un concours pour trois emplois de professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sera ouvert, le 5 avril 1861, à l'hôpital du Val-de-Grâce. Ces trois emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants : hygiène et médecine légale, clinique chirurgicale, anatomie topographique. L'entrée en exercice des candidats nommés aura lieu le 1er novembre 1861. La demande d'admission au concours devra être adressée au ministre avant le 1er février.

— MM. les docteurs Muel et Gerrier viennent d'être mis à l'ordre du jour par M. le général commandant en chef l'expédition de Chine.

L'ambulance, dit M. le général de Montauban, a été, comme toujours, digne des plus grands éloges.

— Un modeste praticien des environs de Toulouse, feu Augustin Lasserre, officier de santé à Verdun (Tarn-et-Garonne), a légué à notre École de médecine une somme de 9,000 francs, dont les intérêts doivent être donnés en prix à celui des élèves qui, après avoir étudié pendant trois années consécutives dans la dite école, aura, lors de sa réception, le mieux satisfait ses juges examinateurs. Le prix Lasserre, pour l'année 1860, a été décerné à M. Burgalat (Louis-Hippolyte), de Saint-Lary (Hautes-Pyrénées). (*Journal de méd. de Toulouse.*)

— M. le docteur François Broussais, dernier fils du professeur dont les travaux ont illustré le nom, a succombé le 1er décembre, à une endocardite, à l'âge de soixante ans.

François Broussais a laissé de nombreux articles de médecine, de chirurgie, de psychologie, de philosophie; il a été le collaborateur d'un grand nombre de publications scientifiques, et entre autres du *Dictionnaire universel des connaissances humaines*, publié sous la direction du docteur B. Lunel.

— Un des plus honorables médecins de Bruxelles, M. le docteur Van de Laer, vient de mourir dans cette ville à un âge fort avancé.

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

VII

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Journal of the Franklin Institute of the State of Pennsylvania (Sciences mécaniques et physiques; rédacteur en chef, M. le professeur *Frazer*. Prix de l'abonnement : 5 dollars par numéro). — 1860. — N° 1.

The Journal of Materia Medica. — 1860. — Janvier. Sur les toniques, par *Lee*.

The Dental Cosmos. — N° 6. Moyen d'élargir l'arcade alvéolaire supérieure, par *White*. — Sur l'inflammation, par *Snesserott*. — Sur les cavités dentaires suite de carie, par *Woodnut*. — Hémorrhagie alvéolaire, par *Robertson*. — Anesthésie galvanique dans les opérations chirurgicales, par *Oliver*. — Dents de première dentition à l'âge de vingt ans, par *Pense*.

The Pacific Medical and Surgical Journal. — N° 23. Ambiguïtés médicales, par *Holderness*. — Diphthérie, par *Kunkler*. — Occlusion du vagin, par *Toland*. — 24. Plaies articulaires, par *Toland*. — 25. Forme non décrite de hernie péritonéale, par *Toland*. — 26. Emploi de l'électricité contre les maladies de l'oreille, par *Coureillon*. — Induration et tumeurs des corps caverneux, par *Toland*. — 27. Diagnostic différentiel de la pyurie, par *Trark*. — Littérature médicale en Californie, par *Stillman*. — Sur les céphalématomes, par *Wooster* — Cas extraordinaires d'abcès chroniques du tibia, par *Toland*.

The New-York medical Press. — N° 25. Traitement des fractures de jambe, par *Fisher*. — Nouveau traitement des hydropisies, par *Wilkinson*. — 26. Affections malignes du bras, par *Mott*. — III° volume (1860). — N° 1. Discussion sur la valeur comparative de l'éther et du chloroforme (Académie de médecine de New-York). — 2. Cliniques. — 3. Diphthérie et scarlatine, par *Dorsey*. — Remarques sur le traitement radical des hernies, par *Noll*. — 4. Sur le tic douloureux, par *Carnochan*. — 5 à 7. (Manquent.) — 8. Amputation du pied par la méthode de Hoy; acupressure, par *Carnochan*. — 9. Sur la syncope sénile, par *Wilson*. — Ethnologie, par *M'Elheran*. — 10 à 12. Revues et cliniques. — 13. Éclampsie puerpérale, par *Wilson*. — 14. Des hypophosphites dans quelques maladies des enfants, par *Gibbs*. — Empoisonnement par l'arsenic des papiers de tenture, par *Kirkland*. — 15. (Manque.) — 16. Sur l'extraction des corps étrangers mobiles du genou, par *Carnochan*. — Remarques sur l'opération des fistules périnéales, par *Mott*. — 17. Version du fœtus par manœuvres externes, par *Langer*. — 18. Corps étrangers du genou, etc. (suite). — Sur les propriétés et l'emploi médical du chanvre indien, par *Owen*. — 19. Corps étrangers du genou, etc. (suite). — 20. (Manque.) — 21. Version du fœtus par manœuvres externes, par *Barrett* et *Barker*. — Statistique et géographie de la phthisie, par *Millard*.

The North American Medico-Chirurgical Review. — 1860. — Janvier. Clinique chirurgicale, par *Fischer*. — Guérison d'un goître énorme, par *Knode*. — *Stomatitis materna* guérie par le sirop de phosphates, par *Fountain*. — Amputation spontanée au-dessous du genou, par *Kerr*. — Réduction d'un renversement de l'utérus, par *Irvin*. — Mars. Cliniques, par *Fischer* et *Lopez*. — Mai. Tumeurs de l'ovaire, par *Wylies*. — Anévrysme de l'artère crurale guéri par la compression, par *Clapp*. — Extirpation de la rotule, par *Knode*.

The Peninsular and Independent Medical Journal (Journal mensuel, rédigé par MM. *Palmer*, *Gunn* et *Stearns*; prix de l'abonnement, 2 dollars). — 1858. — Volume I, n° 1. Rapport sur le rhumatisme, par *Du Bois*. — Rapport sur les maladies et la topographie des comtés de Livingston et Ingham (Michigan), par *Corbin*. — Rapport sur la vaccination, par *Axford*. — Physiologie des métastases, par *Allen*. — Curabilité de la phthisie, par *Williams*. — Valérianate d'ammoniaque, par *Stearns*. — Rapport sur les maladies zymotiques, par *Hipolite*. — Rapport sur les maladies des enfants, par *Palmer*. — Anomalies anatomiques, par *Helmer*. — 3. Sur l'analyse qualitative de l'urine, par *Erni*. — Rapport sur les maladies de divers districts de l'État de Michigan, par *Stockwell* et *Beech*. — Remarques sur le rhumatisme, par *Gibbs*. — 4. Analyse de l'urine (fin). — Vins indigènes, par *Stearns*. — Épilepsie et amaurose, par *Corbin*. — Sur l'inanition, par *Lothrop*. — 5. Sur l'inanition (fin). — Fractures de l'olécrâne, par *Hamilton*. — Remarques sur les extraits liquides, par *Stearns*. — 6. Sur les extraits liquides, par *Thayer*. — Abcès osseux simple, par *Brodie*. — Sur la glycérine, par *Balch*. — Observations obstétricales, par *Haughton*. — 7. Tumeurs particulières, par *Bugbee*. — Soudure des doigts et des orteils, par *Potter*. — Usage médical de la millefeuille, par *Dorsch*. — Abcès osseux, par *Rynd*. — Observation d'une maladie extraordinaire, par *Comfort*. — Réduction du renversement de l'utérus ancien, par *Palmer*. — 8. Plantations de menthe poivrée dans le Michigan, par *Stearns*. — Obstruction intestinale guérie par des injections copieuses, par *Gibbs*. — Rupture de veines variqueuses, par *Merriman*. — 9. Adultération des liqueurs alcooliques avec la strychnine, par *Erni*. — Métro-phlébite suivie de guérison, par *Christinn*. — Spina-bifida avec hernie congénitale de l'utérus, par *Leach*. — 10. Sur l'ellébore vert, par *Patterson*. — 11. Ellébore vert (suite). — Insertion vicieuse du placenta, par *Boheimer*. — Vomissements laiteux, par *Waggoner*. — 12. Tétanos idiopathique, par *Fairbank*. — Ellébore vert (suite). — 1859. — Volume II, n° 1. Vomissements laiteux (suite). — Recherche des alcaloïdes, par *Erni*. — Sur le chanvre indien, par *Alden*. — Affection cérébrale remarquable, par *Gibbs*.

The Medical and Surgical Reporter. — 1859.— 1er octobre. Anatomie médico-chirurgicale, par *Agnew*. — Émotions morales comme cause de difformité du fœtus, par *Woodward*.— 8 octobre. Sur les nævus vasculaires, par *Suesserott*. — 15 octobre. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Avortement produit par un polype du cul de l'utérus, par *Lodge*. — Renversement de l'ongle du gros orteil, par *Wilson*. — 22 octobre. Nouveau mode de compression pour arrêter l'épistaxis, par *d'Arcy*. — 29 octobre. Excision du calcanéum et du cuboïde, par *Waller*. — Rapports des ulcérations de l'urèthre avec la *stomatitis materna* et les vomissements des femmes enceintes, par *Woodward*. — 5 novembre. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Remarques sur le principe digestif, par *Morrio*. — 1860. — 7 avril. Anatomie médico-chirurgicale (suite). — Extraction par la lithotomie d'un fragment de sonde resté dans la vessie, par *Robarts*. — Corps étranger de la trachée, par *Ferry*. — Version du fœtus par manœuvres externes, par *Langer*. — 28 avril. Traitement des verrues syphilitiques par le collodion, par *Hunt*. — Version du fœtus par manœuvres externes, par *Langer*. — 19 mai. Remarques sur la docimasie pulmonaire, par *Lehlbach*. — Cas de succès de la méthode de Marshall-Hall, par *Hoyt*. — Teinture acétique de valériane, par *Bland*.

Aerztliches Intelligenz-Blatt. — 1859. — N° 48. Remarques sur l'hydrothérapie. — 50. Diagnostic des troubles de l'accommodation, par *Dorsch*.

Archiv fuer Anatomie Physiologie and Wissenschaftliche Medicin. — 1860. — N° 2. Sur l'irritabilité musculaire, par *Volkmann*. — Influence du curare sur les nerfs moteurs, par *de Bezold*. — Sur la saveur électrique, par *Rosenthal*. — Sur la vitesse de propagation du mouvement musculaire, par *Aeby*. — Sur une méthode d'observer directement et pendant longtemps les mouvements du cœur chez les oiseaux, par *Wagner*. — Sur l'historique de la découverte de l'arrêt du cœur par l'excitation du nerf vague, par *Budge*. — Note sur l'histoire du diabète artificiel, par *Kühne*. — Sur l'excitation chimique des muscles, par *Schelske*. — Sur l'os unguis accessoire, par *Mayer*.

Archiv fuer pathologische Anatomie. — Nouvelle série, tome VIII. — Livraisons 1 et 2. Les critiques de la pathologie cellulaire, par *Virchow*. — Action des principes les plus importants du *semen contra*, par *Rose*. — Recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur l'organe de l'ouïe, par *Voltolini*. — Recherches sur la structure et le développement des tumeurs du sein, par *Billroth*. — Sur la structure des tumeurs médullaires, par *le même*. — Sur les cancroïdes avec kystes muqueux, par *le même*. — La glande anale de l'homme, par *Luschka*. — Contributions à la pathologie du diabète sucré, par *Leubuscher*. — Recherches historiques sur la lèpre, par *Virchow*. — Goître kystique guéri par les injections iodées, par *Seuftleben*. — Les fossettes glandulaires et les villosités arachnoïdiennes de la fosse moyenne du crâne, par *Luschka*. — Sur l'atrésie congénitale des fosses nasales, par *le même*. — Sur la possibilité d'isoler les corpuscules des os, des cartilages et du tissu cellulaire, par *Förster*. — Sur l'action locale de la sabine, par *Eisenmann*. — Livraisons 3 et 4. Empoisonnement saturnin, par *Scholten*. — Sur les follicules clos de la base de la langue, par *Boettcher*. — Sur les corpuscules sanguins, par *Zimmermann*. — 1° Cas d'helminthiase; 2° cas d'éclampsie, par *Mosler*. — Description anatomique d'un monstre acarde, par *Spliedt*. — Recherches historiques sur le traitement de la syphilis par le mercure, par *Haeser*. — Historique de la lèpre, par *Virchow*. — Recherches sur le *trichina spiralis*, par *Virchow*. — Remarques sur la périostite et la nécrose du maxillaire inférieur, par *Senftleben*. — Recherches chimiques sur les capsules surrénales, par *Seligsohn*. — Influence de la chaleur et de l'électricité sur la moelle épinière, par *Kunde*. — Sur l'influence qu'un traitement mercuriel employé chez les parents exerce sur la santé des enfants, par *Faye*. — Sur la composition chimique des membranes d'échinocoques, par *Lücke*. — Recherches sur le sang, par *Sacharjin*. — De la présence du mercure dans les os, par *Virchow*. — Recherches sur la physiologie du nerf vague, par *Joseph*. — Livraisons 5 et 6. Action du contact du chlore sur les tissus, par *Bryk*. — Sur l'excitabilité nerveuse, par *Budge*. — Prosopalgies guéries par des avulsions de dents, par *Friedberg*. — La physiologie des valvules du cœur, par *Joseph*.— Recherches sur l'élimination de l'eau par les reins, par *Westphal*. — Notices helminthologiques, par *Virchow*. — Cas d'oblitérations vasculaires, par *Rauchfuss*. — Extirpation d'un goître, par *Model*. — L'*argas reflexus* comme parasite de l'homme, par *Boschulte*.— De l'exploration de la bouche et de l'arrière-gorge, par *Spengler*. — Sur le *trichina spiralis* chez l'homme, par *Zenker*. — De l'arrêt de la respiration produit par l'irritation du bout central du nerf vague, par *Owsjannikow*.

Archiv der Heilkunde (faisant suite au précédent; rédacteur en chef, M. le professeur *Wagner*). — 1860. — 1re livraison. Remarques sur l'ictère grave, par *Wunderlich*. — La nature spécifique de la pyémie, par *Roser*. — Remarques sur le diagnostic des affections cérébrales, par *Griesinger*. — Sur la ligature médiate des artères, par *Roser*. — Pneumonie chez un sujet affecté de diathèse hémorrhagique, par *Wunderlich*. — Nouvelles remarques sur le diabète, par *Griesinger*. — 2e livraison. Sur la nécessité de tenir un compte exact de la constitution générale pour le diagnostic et le traitement des maladies, par *Wunderlich*. — Sur la fermentation dans l'estomac, par *Schottin*. — La doctrine de l'irritation spinale dans les dix dernières années, par *Mayer*. — Sur la métamorphose muqueuse du cancer, par *Wagner*. — Recherches sur l'efficacité du copahu, par *Weikart*. — Sur l'étranglement herniaire, par *Roser*. — Cas d'ulcères simples du duodénum, par *Dudensing*. — Cas de ramollissement primitif du cœur, par *Wagner*. — Cas de ramollissement de la moelle épinière, par *Hennig*. — Cysticerque du *tænia mediocanellata*, par *Küchenmeister*. — 3e livraison. Histoire naturelle de la pyémie, par *Roser*. — Ictère grave, par *Wunderlich*. — Forme lente de l'affection rhumatismale du cerveau, par *Griesinger*. — Sur la structure du foie, par *Wagner*.

Livres.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions, par *Aug. Vidal* (de Cassis). *Cinquième édition*, revue, corrigée, avec des additions et des notes, par le docteur *Fano*. Illustrée de 761 figures intercalées dans le texte. 5 vol. in-8. Paris, J.-B. Baillière et fils. 40 fr.

Die Lungenentzuendung, ihr Wesen und ihre rationelle Behandlung auf Grund pathologisch-anatomischer und mikroskopischer Untersuchungen (La phthisie pulmonaire, sa nature et son traitement rationnel basés sur des recherches pathologico-anatomiques et microscopiques), par *H. Pause*. Leipzig, Engelmann. 4 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr,
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.

Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 14 DECEMBRE 1860. N° 50.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décrets impériaux, en date du 8 décembre 1860, rendus sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Monneret, docteur en médecine, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Duméril, décédé.

M. Wolf, docteur ès-sciences, est nommé professeur titulaire de la chaire de physique à la Faculté des sciences de Montpellier.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I

Paris, le 13 décembre 1860.

ACADÉMIE DE MÉDECINE ; SÉANCE ANNUELLE : ÉLOGE D'ACHILLE RICHARD. — COALTAR SAPONINÉ DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES. — HUILE DE FOIE DE MORUE DÉSINFECTÉE. — VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS ALOÈS.

M. le secrétaire perpétuel était plein de J.-J. Rousseau quand il a composé l'*Éloge d'Ach. Richard*, dont nous avons entendu la lecture à la séance annuelle de l'Académie de médecine. On le devinerait, s'il ne le montrait lui-même par ses citations, au ton fleuri, aux coquettes images de quelques parties du discours et à certaines figures fort en usage chez l'auteur des *Rêveries*. « Verdoyantes prairies, riches moissons, murmurantes forêts, vous aviez (dans Richard) un chantre digne de vous ! » N'est-ce pas la phrase jumelle de celle qui est dans la mémoire de tous les amateurs de jardins : « Brillantes fleurs, émail des prés, ombrages frais, ruisseaux, bosquets, verdure, venez purifier mon imagination... » Tant mieux ; car nous sommes loin de vouloir dissimuler sous cette remarque le moindre reproche Si, à l'exemple des plus grands écrivains, M. Dubois a cru bon de teindre son esprit des couleurs du sujet avant de saisir la plume — ou le pinceau, — le procédé ne lui a pas mal réussi. Le charme ne manque pas dans son exposition, consacrée à mettre en relief le contraste des scènes douloureuses où l'a souvent conduit, dans ses fonctions de panégyriste, la vie des chirurgiens et des physiologistes vivisecteurs, avec

FEUILLETON.

Histoire du merveilleux dans les temps modernes; par M. LOUIS FIGUIER, t. III et IV, 2 vol. in-12. Paris, 1860. Chez Hachette.

Étude philosophique, historique et critique sur le magnétisme des médecins spagiristes au XVIe siècle; par le docteur Postel (de Caen). Broch. in-8.

Si nos lecteurs ont bonne mémoire, ils se souviennent, sans doute, que nous avons laissé l'HISTOIRE DU MERVEILLEUX, le 20 janvier de la présente année, à la *baguette divinatoire* et aux *prophètes protestants*. Dans les deux derniers volumes de cet ouvrage, M. Figuier traite du *magnétisme animal*, des *tables tournantes*, des *mediums* et des *esprits*. C'est, à proprement parler, le bilan du supernaturalisme au XVIIIe et au XIXe siècle.

Jamais épopée, pas même l'ILIADE, ne mit en ligne une plus nombreuse et plus brillante phalange de dieux, de demi-dieux et de héros. L'Olympe d'Homère et de Virgile n'est quasi qu'une pétaudière en comparaison de l'Olympe de l'illuminisme. Là règne, dans toute la pompe de sa gloire et dans tout l'éclat de son immortalité, le *Dieu des croyants*, plus généralement connu ici-bas sous le modeste pseudonyme de comte de Saint-Germain. A sa droite est assis son précurseur, le *séraphique* Swedenborg ; à sa gauche, son très humble serviteur et disciple, le *divin* Cagliostro. Autour de cette auguste trinité, viennent se ranger, ornés des insignes de leur puissance et des emblèmes de leur spécialité : le sorcier dauphinois Jacques Aymar, l'homme à la baguette ; Barthélemy Bleton, autre rabdomante ; l'incomparable souffleur Lascaris ; le toucheur Valentin Greatrakes ; l'exorciste Jean Gassner ; l'étole au cou et le goupillon à la main ; Antoine Mesmer, les pieds dans son baquet et touchant de l'harmonica comme l'aveugle du pont des Arts ; le régent Deslon ; le père Hervier ; le marquis de Puységur trônant à la façon de saint Louis, sous son arbre de Busancy ; l'abbé Faria, le somnambule Victor, l'avocat Bergasse, le banquier Kornmann ;

le tranquille et agréable tableau que l'éloge d'un botaniste l'amène à dérouler aujourd'hui. C'est une manière heureuse d'entrer *in medias res*. Ailleurs encore, çà et là, se rencontrent des traits, ou riants ou émus, qui réflètent un sentiment vrai de la nature.

Ce n'est là, dans le discours, comme on le pense bien, que le vêtement de certaines pensées accessoires. Il s'agit, au fond, d'une science, et celui qui l'enseignait, s'il était artiste, était encore plus savant. M. Dubois ne l'a pas oublié; il a tenu même formellement à consacrer cette distinction, jusque-là qu'il a sévèrement réprimandé Rousseau pour ses boutades contre la botanique de pharmacie. Était-ce bien la peine? Rousseau ne croyait pas à la médecine : c'est assurément un tort irrémissible et que nous déclarons digne d'anathème; mais aussi aucune plante ne l'avait guéri de sa maladie de vessie, et quand il écrivait le passage (*septième promenade*), auquel évidemment l'orateur a fait allusion, il penchait vers la tombe. Dans plusieurs autres écrits, notamment dans l'introduction du *Dictionnaire de botanique*, la même pensée, exempte d'aigreur, a un sens moins paradoxal, moins hostile surtout à la médecine. M. Dubois, d'ailleurs, n'a-t-il pas un peu excusé le misanthrope, en traçant un si triste tableau de la botanique médicale du XVIIIe siècle? Quand il s'est moqué de toutes les plantes usuelles, dont les vertus répondaient si à point aux indications de toutes les maladies, qu'a-t-il ajouté? « Dans un pareil état de choses, c'était, *comme on l'a dit*, malice pure aux malades de l'être. » Or, qui a dit cela? Rousseau lui-même. Sa répugnance pour les plantes *en lavements* n'avait donc, pour l'époque, rien d'absolument déraisonnable.

On serait honteux de chercher une aussi petite querelle, si cela même ne marquait la difficulté d'exercer autrement sa critique. Disons néanmoins encore qu'on a trouvé un peu sommaire l'appréciation des problèmes scientifiques que le sujet amenait naturellement. Mais, à dire vrai, l'orateur ne pouvait suivre Richard bien avant dans le détail des questions de botanique. Cette tâche avait été parfaitement remplie par M. Bouchardat à la Faculté de médecine, il y a sept ans. M. Dubois était plus à l'aise, et nous ajoutons plus dans le goût de son public, en demeurant dans les généralités. Ce qu'il a dit de l'influence de Richard sur les progrès de la physiologie végétale est pensé avec élévation. En montrant comment, avec les travaux modernes, la botanique était sortie de l'empirisme pour s'élever à l'état de science; comment de la surface des plantes elle tendait à pénétrer de plus en plus profondément dans le mystère de leur organisation et de leurs fonctions, il a fait en quelque sorte l'histoire de la médecine de nos jours. Peut-être même eût-ce été le sujet d'un rapprochement instructif. On a aussi entendu avec plaisir les passages relatifs aux centres primitifs de végétation, à la permanence des espèces et à la longévité de certains individus. « Il y a, dans les forêts de l'Angleterre, des chênes qui ont pu voir la marche triomphale des armées romaines; on a découvert en Afrique des *boababs* qui datent du dernier cataclysme, et si le Psalmiste passait de nouveau sur le Liban, il y verrait encore le cèdre altier

Qui cachait dans les cieux
Son front audacieux. »

Mais c'est la péroraison qui a touché le plus au vif la fibre de l'auditoire, parce qu'elle s'adressait au cœur plutôt qu'à l'esprit, dans un langage approprié à la pensée commune. On ne pouvait songer à la fin si calme et si courageuse de Richard sans songer aux autres vides faits par la mort dans sa propre maison, mais aussi, heureusement, sans reporter son souvenir vers le fils qui soutient son nom avec honneur dans une autre carrière. Tout le monde s'est associé, et nous nous associons avec ferveur à ce double sentiment de regret et d'espérance (1).

A. Dechambre.

— Dans ces derniers temps on a proposé de remplacer les divers désinfectants, jusqu'alors employés dans le pansement des plaies, par des mélanges de coaltar et de substances inertes; mais on reprochait à ces divers mélanges d'être d'un emploi très difficile dans certains cas, et pour obvier à cet inconvénient, un pharmacien de Bayonne, M. Lebœuf, ayant reconnu que la saponine permet de faire des émulsions stables par son addition à la solution alcoolique des substances insolubles dans l'eau, eut l'idée de faire un *coaltar saponiné*. Pour cela, il mêle 24 parties de teinture de *quillaya saponaria* à 10 parties de goudron de houille, et pour l'usage médical il forme une émulsion par le mélange de 1 partie de teinture de coaltar saponiné et de 4 parties d'eau de fontaine. Ce liquide, dont M. J. Lemaire a fait une étude attentive, a l'avantage de pouvoir être employé, dans tous les cas, comme le serait un liquide quelconque. D'après les observations recueillies par M. Lemaire, ou qui lui ont été communiquées,

(1) L'orateur nous permettra de lui donner avis que, sur l'épreuve remise aux journaux, le vers de Virgile relatif au chant du rossignol est reproduit comme il suit : « *Latè loca* quæstibus *implet*. » *Quæstus* veut dire *demande*, et c'est *questibus* qu'il faut lire.

---

le baron Dupotet traçant des cercles et des miroirs magiques; MM. Toussaint Benoit et Biat-Chrétien jouant aux escargots sympathiques; enfin les chœurs des fluidistes, des électro-biologistes, des spiritistes et des médiums, ayant à leur tête MM. Home, Philips, Victor Hennequin, Henri Carion, Cabagnet, le baron de Guldenstubbé, le marquis de Mirville et deux autres immortels qui ont, à ce qu'on assure, substitué à leurs noms patronymiques les noms passablement cabalistiques d'Éliphas-Lévi et d'Allan-Kardec.

Point ne croyez surtout que notre Olympe soit dépourvu de déesses. On y voit dame Martine de Bertereau, baronne de Beausoleil; la belle et séduisante Lorenza Feliciani, comtesse de Cagliostro; Jenni Lisley ou la jeune Anglaise, mademoiselle Paradis, les demoiselles Fox, mademoiselle Léonide Pigeaire, et toute la gracieuse pléiade des somnambules lucides et extra-lucides des temps passés et présents.

S'il fallait, à la manière de maints théologiens, regarder ces messieurs et ces dames comme des suppôts de Satan, on serait bien forcé de convenir que le diable possède là une assez belle cour et qu'il n'a pas usurpé le sobriquet de *légion*, qu'il se donne quelquefois dans l'Écriture.

Mais n'est-ce pas chose très surprenante de voir tant de gens à la merci de Lucifer, dans un siècle qui a proclamé l'émancipation de l'esprit humain et la suprématie de la raison? Doit-on, à l'exemple de M. Figuier, chercher la cause de cet engouement pour le surnaturel, au XVIIIe siècle, dans une espèce de révolte « des instincts du sentiment, réagissant contre la raison, devenue ennuyeuse et impuissante à captiver davantage les esprits? » Il peut y avoir du vrai dans cette explication; mais, outre qu'elle a le tort de médire un peu de la raison, elle nous paraît encore insuffisante; et nous allons essayer de la compléter, en évitant de blesser les justes susceptibilités de l'intelligence humaine.

Le XVIIIe siècle avait accueilli avec ardeur l'avénement d'une philosophie tolérante, facile et quelque peu épicurienne, qui secouait le joug des anciennes croyances, reniait la foi naïve de nos pères, brûlait ce qu'on avait adoré jusqu'alors et permettait de se livrer sans remords à la pratique d'une foule de péchés mignons et de

l'émulsion au cinquième de coaltar saponiné désinfecte rapidement les plaies et ne laisse plus que l'odeur du médicament moins désagréable que celle du goudron : la plaie prend un aspect rosé, et cela souvent très vite; les enduits pultacés et les lambeaux mortifiés se détachent plus facilement; l'application du topique est sans douleur, et, dans les circonstances très rares où la douleur se fait sentir, il suffit d'étendre d'eau l'émulsion pour que la sensation cesse. Insecticide par excellence, le coaltar saponiné détruit les *pediculi* et autres insectes; mais son action sur les *acarus* n'est pas aussi bien démontrée jusqu'à présent. En dehors de la thérapeutique, le coaltar saponiné peut rendre aussi des services à l'hygiène et à l'histoire naturelle. En effet, il jouit de la propriété de mettre rapidement arrêt aux fermentations putride et alcoolique, et même à la germination; on peut aussi l'employer avantageusement pour la conservation des pièces anatomiquos, dont il empêche, d'après les expériences de M. Gratiolet, l'altération sans nuire aux effets de la macération. Un fait curieux à signaler, c'est que son action semble restreinte seulement aux émanations putrides et de fermentation, car du musc, de la valériane, de l'acide butyrique, ont eu d'abord leur odeur masquée par celle du coaltar; mais, après quelque temps, elle reparaît très nette et très franche. (Lemaire, *Du coaltar saponiné*, broch., 1860.)

— L'huile de foie de morue, dont l'usage est si généralement répandu, a l'inconvénient de posséder une saveur infecte et nauséabonde qui répugne à tous les malades, au moins dans les premiers temps de son administration, et qui, dans quelques cas, leur cause un dégoût insurmontable. Pour obvier à cet inconvénient, on a eu recours à divers mélanges qui devaient masquer le mauvais goût; on a cherché à fairo une gelée, on a enfermé l'huile dans des capsules gélatineuses, à l'imitation de ce qui se fait journellement pour le copahu et le cubèbe; mais ces divers procédés, tout en palliant dans une certaine mesure le défaut de l'huile, ne remplissaient pas toutes les indications voulues. Aussi, dans ces derniors temps, plusieurs procédés ont-ils été indiqués pour désinfecter l'huile de foie de morue. Sous le nom d'*huile cyanhydrée*, M. Sauvan (d'Agen) a proposé une huile de foie de morue désinfectée par l'essence d'amandes amères qui jouit de la propriété, comme on le sait, de détruire certaines odeurs fortes, telles que le musc. Depuis, M. Jeannel (de Bordeaux) a indiqué un procédé dans lequel il désinfecte l'huile de foie de morue au moyen de l'eau de laurier-cerise. Par l'agitation avec ce corps, qui ne détruit pas la rancidité de l'huile, mais qui agit seulement sur l'odeur et la saveur particulières de l'huile, l'huile brune de morue acquiert une saveur douce d'amande qui permet aux malades les plus impressionnables de la prendre sans dégoût. Des expériences faites sur diverses personnes ont démontré que la présence d'une petite quantité d'eau de laurier-cerise n'exerçait aucune influence fâcheuse sur l'économie. D'autre part, M. Chevrier prépare une huile de foie de morue, sans saveur ni odeur désagréables, que les malades prennent également sans répugnance. Après avoir fait usage, pour désinfecter l'huile, de l'essence de mirbane ou nitrobenzine, sans qu'il résultât aucun inconvénient de l'emploi de cette substance, dont l'action sur l'économie n'a pas encore été bien étudiée, il est arrivé par des procédés purement physiques au même résultat, ce qui lui permet d'éviter le sentiment d'acreté à la gorge dont se plaignaient quelques malades. Aujourd'hui la désinfection de l'huile de foie do morue paraît donc un problème résolu, et, par suite, l'administration d'un médicament très généralement employé (quoique cependant rejeté par quelques médecins) sera singulièrement facilitée. (*Journal de médecine de Bordeaux*, septembre 1860.)

— L'aloès est un purgatif fourni, comme on sait, par plusieurs plantes de la famille des Asphodélées, et l'énergie de son action varie en raison même de son origine multiple. Dans un mémoire présenté à la Société de pharmacie de Londres, M. Giles de Gliston établissant la comparaison entre l'aloès succotrin et celui des Barbades, pense que l'on doit accorder la préférence à ce dernier, parce qu'il contient 80 pour 100 d'extrait aqueux, tandis que le premier n'en donne que 56 pour 100, et parce qu'il fournit plus facilement l'*aloïne*, qui est le principe purgatif de l'aloès. En présence de ce fait, il se demande pourquoi la pharmacie anglaise (en France on n'emploie pas l'aloès succotrin, mais celui du Cap) donne une préférence exclusive à l'aloès succotrin. Pereira, qui n'admettait pas qu'il y eût de différence dans la valeur de ces divers aloès, explique la préférence donnée à l'aloès succotrin par un arome plus agréable. Quant à la valeur plus grando, comme purgatif, que M. Giles accorde à l'aloès des Barbades, en raison de la plus grande quantité d'aloïne qu'il renferme, avant de se ranger à cette opinion, il faudrait que des expériences thérapeutiques fussent instituées pour éclaircir la question de savoir si, comme l'ont dit les frères Smith, l'aloïne est vraiment l'élémont purgatif; car il résulte d'expériences faites par E. Robiquet et M. Vigla que l'action purgative de ce principe est tardive et presque nulle. Il serait

---

vices charmants. Mais en dégageant les esprits de toute entrave religieuse, en les affranchissant de tous les préjugés qui gênaient autrefois les passions, cette philosophie dissolvante et démolisseuse ne songeait ni à remplacer les traditions séculaires qu'elle avait ébranlées, ni à rien édifier de nouveau sur les ruines qu'elle avait faites, ni à substituer d'autres idoles aux idoles qu'elle avait brisées. En n'imposant aucun dogme, elle flattait habilement la vanité de la raison dont elle reconnaissait ainsi la souveraineté; mais en supprimant toute espèce de culte, elle négligeait de satisfaire ce que M. Figuier nomme les instincts du sentiment, l'appétit du merveilleux. Or, ce que n'avaient fait ni Voltaire, ni Rousseau, ni d'Alembert, ni Diderot, il était réservé à Swedenborg, au comte de Saint-Germain, à Cagliostro, à Mesmer et à d'autres *ejusdem farinæ* de l'accomplir.

Quelque paradoxale que puisse paraître notre assertion, nous ne craignons pas d'avancer que les philosophes et les encyclopédistes ont été, sans le savoir, les précurseurs de tous ces nouveaux messies, et qu'en faisant table rase des prodiges de la Bible et de l'Évangile, ils ont déblayé le terrain et préparé les voies aux thaumaturges modernes. En effet, dans ce temps de scepticisme universel, on vit bientôt les esprits indécis, agités d'une inquiétude vague, las de douter de tout et tourmentés du besoin de croire à quelque chose, donner, tête baissée, dans toutes les extravagances de l'illuminisme et dans toutes les farces d'une arrogante charlatanerie. Obéissant à une impulsion instinctive et ne pouvant se passer plus longtemps de merveilleux, on vit ceux qui niaient la révélation et les prophéties, ceux qui se raillaient des miracles du Christ et des apôtres se prendre tout à coup d'un bel enthousiasme pour les oracles de Swedenborg, pour les prouesses du comte de Saint-Germain, pour les prodiges de la baguette divinatoire, pour les jongleries de Cagliostro, pour les baquets mesmériens, pour l'arbre de Buzancy et pour tous les faits et gestes des fluidistes, de magnétiseurs et des somnambules.

Et il ne faut point s'étonner de ces égarements et de ces contrastes à une époque où la société présentait le plus singulier mélange d'esprits forts et d'imaginations frivoles, de raison et de folie, de sagesse et de débauche. N'oublions pas que le siècle de

très intéressant d'étudier comparativement l'action des deux principes contenus dans l'aloès, pour savoir au juste auquel on doit rapporter son action, et d'éclairer l'histoire de ce purgatif que les anciens tenaient en si haute estime, qu'ils le disaient le seulami de l'estomac (1). (*Dublin Medical Press*, nov. 1860.)

J. Léon Soubeiran.

II

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Étude historique et critique sur l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire, par le Dr Jules Worms.

(Suite et fin. — Voir les numéros 40, 41, 44 et 46.)

Méthodes opératoires.

Parmi les procédés auxquels on pourrait avoir recours si l'on se décidait à extirper une tumeur cystique de l'ovaire, il en est qui ont été proposés sans avoir jamais été exécutés ; d'autres n'ont été employés que très rarement ; enfin, quelques-uns sont très généralement usités et éprouvés surtout par la pratique étendue des chirurgiens anglais; c'est à l'examen de ceux-ci qu'il est le plus important de s'attacher. Du reste, en Allemagne on s'est servi des mêmes procédés, et M. Langenbech, qui a le plus souvent pratiqué l'ovariotomie dans ce pays (2), a mis en usage le manuel employé en Angleterre, et qui est le suivant.

Quand l'opération n'est pas très urgente, la malade est soumise pendant quelque temps à un régime fortifiant.

(1) Au sujet de notre dernière note sur l'élimination du mercure. M. Louis Orfila a bien voulu nous rappeler que, dans sa *Thèse inaugurale* (1851), il était arrivé aux mêmes conclusions que M. Schneider. On lit, en effet, dans cette thèse : « 3° Sans pouvoir préciser le temps qu'il séjourne dans nos organes, je me crois autorisé à dire qu'il en est complétement expulsé au bout d'un mois.

» 4° Il se trouve dans l'urine cinq ou six jours après que son introduction dans l'estomac a cessé.

» 6° Les reins sont principalement les organes éliminateurs de ce métal. »

Nous n'avons qu'une remarque à faire, c'est que notre intention a été de signaler seulement le procédé mis en usage par le chimiste allemand pour arriver à déterminer des quantités minimes de mercure introduit dans l'économie. J. L. S.

(2) Il y a peu de jours, j'ai appris que M. Thiersch, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Erlangen (Bavière), a pratiqué l'ovariotomie trois fois depuis très peu de temps. Il a suivi la méthode opératoire de M. Langenbeck. Un témoin oculaire de la troisième opération m'a affirmé que l'une des deux malades opérée précédemment avait été guérie. Il n'a pu me renseigner sur le sort des deux autres.

Je n'ai pu obtenir jusqu'à présent des renseignements plus complets.

Les opérations de M. Thiersch, qui n'ont pas encore, il est vrai, été publiées, contredisent l'idée émise plus haut, que l'ovariotomie semblait avoir été délaissée en Allemagne depuis quelques années.

Quelques heures avant l'opération le gros intestin est débarrassé au moyen d'un purgatif doux ou d'un lavement.

Dans la pensée d'éviter le refroidissement de la cavité abdominale après la division des parois, quelques chirurgiens ont élevé considérablement la température de l'appartement dans lequel ils opéraient, ou le remplissaient de vapeur d'eau. M. Backer Brown et M. Spencer Wells jugent que ces précautions sont au moins inutiles.

Les extrémités inférieures et la poitrine de la malade sont suffisamment couvertes ; des morceaux de flanelle mouillés et chauffés destinés à repousser les intestins s'ils faisaient saillie, sont tout prêts. Les anesthésiques ont toujours été employés dans ces dernières années.

La majorité des opérateurs se placent sur le côté de la malade ; il y a quelques années, il était plus habituel que la malade fût couchée sur un plan incliné, les jambes pendantes ; le chirurgien procédait à l'opération, placé entre les genoux de la patiente.

L'incision de l'abdomen est toujours faite sur la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis ; le péritoine est ouvert sur une sonde cannelée ou avec des ciseaux mousses.

Il y a eu jadis une grande discussion parmi les chirurgiens anglais sur la longueur à donner à l'incision des parois : les uns la voulaient longue et les autres courte.

Cette querelle est maintenant parfaitement apaisée, et tous sont d'avis de faire d'abord une incision de 4 à 5 pouces à distance égale du pubis et de l'ombilic, et de ne l'agrandir en haut ou en bas qu'autant qu'il ne serait pas possible de continuer l'opération sans cela.

On pense aujourd'hui qu'une incision longue n'expose pas plus à la péritonite qu'une incision courte ; quelques opérateurs ont même émis l'opinion qu'en agissant librement sur la tumeur mise à découvert on avait moins de chances de léser des viscères abdominaux, et que, pour cette raison, la péritonite était moins fréquente après les longues incisions (1).

L'incision terminée, le chirurgien introduit la main dans la cavité péritonéale (2), examine la forme, les rapports de la tumeur, détruit les adhérences légères qui peuvent relier le kyste aux parois ou aux organes intra-abdominaux.

Quand le premier examen, qui est fait très rapidement, donne la certitude que la tumeur est libre, on fait saillir entre les lèvres de la plaie la portion du kyste mise à nu.

(1) Si la statistique devait trancher le point en litige, les chiffres suivants, empruntés à M. Clay, (de Birmingham), viendraient à l'appui de la dernière opinion :

	Incisions courte.	Incisions moyenne.	Incisions longue.
Extirpation suivie de guérison	36	38	102
— de mort	37	35	45
	73	73	147

(2) En Amérique, quelques chirurgiens trempent leur main dans du sérum artificiel chaud avant de l'introduire dans le ventre.

Voltaire et de Montesquieu, des libres penseurs et des encyclopédistes fut aussi celui des Pompadour et des Manon, du parc aux biches et de la régence, des soupers galants et des orgies officielles, des talons rouges et des freluquets, des marquis parfumés et des abbés muscadins, gens prédisposés par tempérament et par éducation à subir l'influence du merveilleux. Partout, à la cour et à la ville, dans les mœurs, dans les arts et dans les lettres, on voit Momus agitant les grelots de sa marotte autour du casque de Minerve. Est-il donc si étrange qu'au milieu de tant de contrastes on trouve aussi l'exagération du scepticisme à côté de l'excès de la crédulité ? D'ailleurs, dans les masses comme chez les individus, presque toujours le libertinage s'allie volontiers à la superstition, et la débauche donne fraternellement la main à la crédulité. Y a-t-il rien de plus crédule qu'un libertin et de plus superstitieux qu'une courtisane ? Ils se moquent des oracles sacrés et ils se rient des prophètes ; mais ils vont consulter les somnambules et les tireuses de cartes ; ils ne croient pas en Dieu, qui les gêne ; mais ils croient au diable, dont la morale est plus commode.

N'est-ce pas un peu là l'histoire du XVIIIe siècle, et n'est-ce point pour toutes ces raisons que nous le trouvons si bien disposé à faire un accueil favorable aux hommes étranges et aux faits bizarres dont s'occupe M. Figuier dans ces deux derniers volumes du Merveilleux ?

Depuis bientôt un siècle les histoires de magnétisme animal et de somnambulisme artificiel, les exploits des médiums, des esprits frappeurs et des tables tournantes ont si vivement occupé l'attention publique, et tellement défrayé les chroniques, les revues, les feuilletons, les romans, les théâtres, les séances des sociétés savantes, voire celles de la police correctionnelle, qu'il n'est point de Français, jeune ou vieux, fût-il de Saint-Flour ou de Pontoise, qui n'ait entendu parler ou qui n'ait été témoin des prodiges opérés par quelques-uns des mystérieux agents du monde surnaturel. Aussi M. Figuier n'a-t-il pas eu et ne pouvait-il avoir la prétention de raconter des événements inédits, en narrant les aventures de M. et de madame Cagliostro, les triomphes du grand cophte, les opérations de ses colombes, les miracles de la grande maî-

Le plus souvent on l'attire au moyen d'une ou de deux érignes, confiées à un aide. Un autre aide applique une main de chaque côté de la plaie abdominale, afin de maintenir les parois le plus exactement possible en contact avec la poche, et d'empêcher la sortie des intestins ou l'introduction du liquide cystique.

Ceci fait, on plonge dans la tumeur un gros trocart. M. Wells se loue beaucoup de l'emploi d'un trocart spécial; sur un des côtés de la canule se trouve une ouverture munie d'un rebord qui supporte un long tube en caoutchouc; l'extrémité libre de celui-ci plonge dans un bassin posé à terre; de cette façon le liquide s'écoule sans mouiller la malade et sans gêner l'opérateur.

Au fur et à mesure que le kyste se vide on l'attire hors de la plaie; s'il y a d'autres poches distendues, on les ponctionne successivement. Souvent le liquide est trop épais pour pouvoir s'écouler. Dans ce cas, on essaye de vider le kyste en transformant la piqûre produite par le trocart en une incision plus ou moins longue.

Quelquefois ce moyen est encore insuffisant, parce que les loges de la tumeur sont très petites, et que la faible quantité de liquide qui s'échappe ne diminue pas suffisamment le volume du kyste.

Alors il faut prolonger l'incision des parois en haut ou en bas, et chercher à extraire la tumeur non vidée.

Jusqu'à présent on a supposé le cas où il n'existe pas d'adhérences avec les parois abdominales, ou seulement des adhérences peu solides et qu'on a rompues par l'introduction rapide de la main.

Mais les choses se passent souvent autrement : on fait l'incision des téguments, on essaye d'introduire la main, et l'on est arrêté par l'union solide du kyste avec les parois de l'abdomen. Dans ces cas, on agrandit immédiatement la plaie, et on essaye de détacher le kyste en se servant du manche du scalpel; quelquefois cela ne suffit pas; il faut alors faire une véritable dissection; il y a de l'écoulement de sang, et on est obligé d'appliquer des ligatures (1).

Il est impossible de dire quel est le degré de résistance des adhérences avec les parois que l'on peut chercher à surmonter sans compromettre absolument la vie du malade; les observations précitées démontrent qu'on peut aller très loin dans cette voie, et espérer encore le succès.

Néanmoins, quand il devient nécessaire d'employer l'instrument tranchant pour séparer les adhérences, quand il faut placer des ligatures, on s'expose davantage à des accidents immédiats, et la proportion des heureuses chances diminue d'une façon évidente.

Enfin il est des cas dans lesquels il est impossible de séparer la tumeur des parois, et l'on est forcé alors de suspendre l'opération.

Les opérations incomplètes semblent devenir plus rares depuis quelques années. Cela tient-il à ce que les chirurgiens ont acquis la conviction que la tentative de la séparation d'adhérences très solides pouvait être justifiée par les résultats, ou bien à ce qu'ils ont rejeté avec plus de soin les cas dans lesquels des adhérences étendues avaient été reconnues avant l'opération?

Ainsi on remarquera que M. Clay (de Manchester) n'a dû laisser l'opération inachevée que 10 fois sur 103 fois;

M. Backer-Brown, 1 fois sur 20;

M. Spencer Wells, 1 fois pour 21 opérations achevées;

M. Langenbeck a pu terminer l'extirpation dans les 7 cas dans lesquels il l'a pratiquée.

Les adhérences qui unissent la tumeur aux parois de l'abdomen sont celles qui opposent le plus fréquemment une difficulté ou un obstacle absolu à l'accomplissement de l'opération.

Il est arrivé, dans d'autres cas, que le kyste étant libre ou retenu très légèrement par sa face antérieure, le chirurgien a rencontré des adhérences résistantes avec l'épiploon, les intestins, le foie, l'estomac, l'utérus, ou avec le plancher pelvien (obs. V).

Les adhérences épiploïques légères sont très fréquentes; elles consistent, le plus souvent, en des fausses membranes qui se détachent aisément; néanmoins, quelquefois l'opérateur a été forcé de disséquer l'épiploon, ou même d'en couper un morceau, et d'appliquer des fils sur les vaisseaux divisés.

Les adhérences solides avec l'estomac, le foie, la rate, l'intestin sont plus rares; on a donné le conseil, si on les rencontrait, de découper dans la paroi de la tumeur la portion adhérente, et de la laisser dans l'abdomen; mais, le plus souvent, l'opération a été abandonnée quand on a trouvé de pareils obstacles.

L'insertion de la tumeur sur le fond de l'utérus, et l'absence ou la brièveté du pédicule ont été assez souvent encore un empêchement à l'extirpation.

D'une manière générale, on ne peut déduire, sous ce rapport, aucune règle exacte de l'examen des faits; car dans des conditions analogues, on a compté des succès et des revers.

Du reste, il faut le répéter encore, l'existence inattendue d'adhérences inséparables constitue un point bien vulnérable dans la défense de l'ovariotomie. Aujourd'hui, pas moins qu'autrefois, l'opérateur peut être exposé à devoir s'arrêter dans l'exécution de l'opération, et tout ce que les faits ont appris se résume en ceci : que la séparation, même violente, d'adhérences assez étendues et assez solides n'exclut pas toujours les chances de succès.

Que faire, cependant, s'il est impossible de continuer l'opération? Quelques opérateurs se sont bornés à réunir la plaie abdominale sans chercher à toucher à la tumeur; d'autres ont tenté d'améliorer la situation de la malade par l'incision du kyste ou par l'excision d'une portion de ses parois.

Les conséquences de ces essais malheureux ont été approximativement déterminées par cette partie de la statistique de M. Clay qui a trait aux tentatives infructueuses d'extirpation, et qui a été rappelée plus haut (*Gazette hebdomadaire*, n° 40, p. 643).

Revenons au cas où l'opération peut être complétée, et à ce moment de son exécution où le kyste mis à découvert, ponctionné ou incisé, peut être extrait, soit qu'on l'ait trouvé primitivement

(1) M. Simpson a proposé d'employer l'acupressure dans les cas d'hémorrhagie par la surface interne des parois (*Medical Times and Gazette*, n° 508, 1860).

---

tresse, le banquet d'outre-tombe de la rue Saint-Claude, le joyeux souper des trente-six adeptes, les ineffables mystères du temple de la rue Verte, et la scandaleuse affaire du collier; — les grandeurs et la décadence de Mesmer, les effets surprenants de ses passes, de son harmonica et de son baquet de santé, l'ivresse délirante et les frénétiques ébats de la salle des crises, les conflits de l'illustre docteur avec les corps savants, ses négociations avec les ministres du roi de France et avec la reine Marie-Antoinette, ses bouderies calculées, son exil volontaire, sa feinte abnégation, son impudente rapacité, ses adroites mystifications, sa retraite définitive en Suisse, et sa mort digne d'un bon bourgeois du Marais; — les cures merveilleuses opérées à l'ombre du chêne de Buzancy et de l'orme de Beaubourg; — les homélies du P. Girard et les sermons du P. Hervier; — l'active propagande de la *Société de l'harmonie:* — les succès du magnétisme dans le monde et ses échecs devant les Académies; — les prophéties politiques du P. de Beauregard, de Suzanne Labrousse et de l'officier Delille; la vision de l'abbé Cazotte et de lord Londonderry; — enfin toute la série de ces phénomènes extraordinaires qui, de nos jours, ont fait revivre la croyance aux revenants, peuplé nos salons de spectres et de fantômes, et mis en action, sous des formes très diverses, les légendes fantastiques du moyen âge, les scènes du sabbat, les rêves d'Young, les contes d'Hoffmann, et les hallucinations de Berbiguier.

Tous ces faits, pris isolément, n'ont guère d'autre mérite que de piquer la curiosité des commères, des badauds et des gens désœuvrés. En les rassemblant dans un même ouvrage, M. Figuier a voulu mettre en évidence leur filiation, leur lien généalogique, et montrer qu'issus d'une commune origine, et subordonnés aux mêmes causes, ils peuvent être aisément dépouillés du merveilleux prestige qui les entoure, et rentrer prosaïquement dans la classe des phénomènes dont la science possède la clef, et dont elle fournit l'interprétation.

(*La fin prochainement.*)

Dr A. Linas.

libre, soit que les adhérences avec les organes voisins aient été séparées.

La tumeur est attirée hors de la plaie; elle ne tient plus que par un pédicule. Celui-ci est formé par le ligament large, auquel sont réunis souvent le ligament rond et la trompe; il existe de plus dans le pédicule des vaisseaux souvent nombreux et d'un fort calibre.

Ici nous touchons à un point qui a été considéré comme très important dans le manuel opératoire, et à la solution duquel on a attribué, dans ces dernières années, une grande part dans l'issue de l'opération.

Que fera-t-on du pédicule quand la tumeur aura été séparée? Autrefois on l'étreignait dans une ligature très solide quand il était mince, ou bien, s'il était épais, on le liait en plusieurs portions après l'avoir traversé en un ou deux endroits avec une aiguille portant un fil double.

On coupait la tumeur un peu au-dessus des ligatures; on faisait rentrer la portion fixe du pédicule dans l'abdomen; on se bornait à placer les fils dans la plaie, et on réunissait celle-ci.

Depuis sept à huit ans, presque tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'ovariotomie ont adopté une modification employée probablement pour la première fois par M. Langenbeck en 1851, et qui consiste à maintenir le pédicule dans la plaie abdominale. On évite ainsi, en premier lieu, les dangers des hémorrhagies internes qui étaient fréquemment causées par la chute prématurée des ligatures du pédicule; en second lieu, on éloigne une cause de péritonite ou de formation d'abcès que la présence du tronc du pédicule en suppuration dans la cavité abdominale avait souvent déterminés.

Aujourd'hui, cette partie de l'opération se pratique, d'une façon générale, on peut le dire, de la manière suivante :

Avant de le couper, on saisit le pédicule dans un instrument spécial dont l'idée primitive appartient à M. Hutchinson et qui a été modifié d'une façon avantageuse par M. Spencer Wells.

Le premier appareil se compose de deux morceaux de bois découpés en festons, sur un de leurs bords, à la façon de l'entérotome de Dupuytren, et réunis à un de leurs bouts par une charnière; à l'autre bout existe un écrou qui permet de les maintenir rapprochés.

M. Spencer Wells a substitué aux pièces en bois deux plaques en acier pouvant être maintenues plus ou moins serrées par deux écrous placés à chaque bout. De cette façon, l'écartement des deux lames est parallèle; le pédicule est serré également sur tous ses points, ce qui n'arrivait pas avec l'instrument à charnière, dont la compression se faisant par les côtés d'un angle, était incomplète et n'empêchait ni le glissement du pédicule, ni les hémorrhagies par le côté le moins serré de celui-ci.

Le pédicule est donc engagé entre les deux branches de cet appareil; s'il est suffisamment long pour pouvoir être maintenu au dehors sans qu'il faille opérer des tractions considérables, on le coupe à son point d'insertion avec le kyste (1); dans le cas contraire, on opère la séparation sur la portion inférieure de la tumeur elle-même, afin d'obtenir, par cet artifice, un pédicule plus long.

Si le compresseur doit être maintenu d'une façon définitive, on se borne à le placer en travers dans l'angle inférieur de la plaie, et l'on se dispense d'appliquer les ligatures sur le pédicule. On agit ainsi quand celui-ci est d'une certaine longueur; s'il est court, on est obligé de le fixer dans la plaie, à la hauteur de sa surface de section, et on ne peut conserver le compresseur. Dans ce cas, on applique une ou plusieurs ligatures (2).

La tumeur est donc séparée, et le pédicule mis à l'abri d'hémorrhagie par la compression ou par la ligature, repose dans l'angle inférieur de la plaie, avec l'extrémité des fils qu'on aura placés dans la cavité abdominale après la section d'adhérences solides. On s'assure alors qu'il n'existe ni sang ni liquide cystique épanché, ni autre impureté dans l'abdomen; quand cela arrive, on opère une véritable toilette de la cavité abdominale en la lavant avec des éponges fines imprégnées d'eau chaude (1).

(1) M. Atlée (de Philadelphie) a employé l'écraseur pour diviser le pédicule. Cet instrument doit être très précieux pour la section d'un pédicule très gros et très vasculaire.

(2) Dans un cas de brièveté extrême du pédicule, M. Langenbeck a fixé celui-ci contre la partie interne et inférieure de la paroi abdominale en la traversant avec une aiguille qui portait les fils dont était entouré le pédicule.

Il reste à fermer la plaie et à fixer le pédicule dans son angle inférieur.

On se sert le plus habituellement de sutures métalliques dont les unes sont superficielles et n'intéressent que la peau; les autres sont portées très profondément dans la plaie, de façon à comprendre les aponévroses et les muscles; M. Spencer Wells trouve même un avantage à traverser le péritoine avec les bords de la plaie, afin de fermer celle-ci aussi complétement que possible et empêcher que le pus qui va être sécrété ne s'introduise dans la cavité abdominale.

Les sutures les plus inférieures traversent le bout du pédicule, qui se trouve ainsi très solidement maintenu à la surface de l'abdomen.

Le pansement se fait de différentes façons. La plupart des chirurgiens appliquent des bandelettes de diachylon. M. Langenbeck a fait envelopper les malades dans des draps mouillés; M. Wells se borne à faire placer un grand cataplasme sur l'abdomen.

Ce point du procédé ne paraît pas avoir exercé une grande influence sur l'issue définitive de l'entreprise.

Il n'en est pas de même des précautions à prendre après l'opération.

On cherchait autrefois à prévenir la péritonite, le plus menaçant des dangers, en administrant l'opium à haute dose. Mais on semble craindre aujourd'hui beaucoup plus les inconvénients qui peuvent résulter de l'abus de ce médicament qu'on n'a confiance dans sa vertu prophylactique.

On ne donne de l'opium qu'en quantité suffisante pour obtenir de la constipation pendant quelques jours; encore est-ce le plus souvent sous forme de suppositoire; on fait sucer un peu de glace. S'il survient de la défaillance, les chirurgiens anglais usent avec libéralité de l'usage du vin et de l'eau-de-vie, et ne redoutent pas que l'excitation produite par ces stimulants puisse provoquer la péritonite.

Si les premiers jours se passent sans accidents, on ne tarde pas à permettre une alimentation très légère.

Un lavement laxatif est administré vers le cinquième jour; et les épingles sont enlevées du huitième au dixième jour.

La cicatrisation de la plaie se fait très promptement dans les cas heureux; quinze jours à trois semaines suffisent souvent pour qu'elle soit complète. En général, on éprouve un certain étonnement à voir avec quelle rapidité les femmes opérées reprennent leurs forces et leur santé quand elles ont traversé sans encombre les premiers jours qui suivent la terrible épreuve. Il y a peu de semaines, par exemple, je m'adressai à une dame anglaise âgée de cinquante-trois ans (2), à laquelle je savais que M. Spencer Wells avait enlevé un kyste multiloculaire très volumineux le 16 octobre 1860.

Le 22 novembre, cette dame m'indiqua, dans une lettre très détaillée, les circonstances principales de l'histoire de sa maladie et de l'opération qu'elle venait de subir; elle m'assura qu'elle est complétement guérie et qu'elle vaque à toutes les occupations domestiques.

C'est là à peu près le tableau de ce qui se passe dans les cas heureux.

Mais, quand au contraire, les accidents éclatent, quelques heures sont à peine écoulées après l'opération, et déjà l'on se trouve en face d'un cadavre.

Les causes de danger ou de mort sont, dans l'immense majorité des cas :

1° L'affaissement rapide (*shock*);

(1) On a trouvé l'an dernier, dans une autopsie faite à la suite d'une ovariotomie dans un des hôpitaux de Londres, une éponge oubliée dans l'abdomen.

(2) Par une raison de convenance, je ne puis me permettre de désigner publiquement les noms et adresses que j'ai pu connaître de femmes guéries par l'ovariotomie; mais je me ferai un devoir de les indiquer en particulier à ceux de mes confrères qui voudraient chercher à se rapprocher le plus possible de la vérité par un contrôle sévère, comme j'ai tenté de le faire moi-même.

2° La péritonite aiguë;
3° L'hémorrhagie.

Dans 131 cas funestes d'ovariotomie que M. J. Clay a étudiés au point de vue des causes de la mort, il a trouvé que celle-ci avait été déterminée 64 fois par la péritonite, 25 fois par le collapsus, 24 fois par hémorrhagie, 16 fois par des suppurations longues, 2 fois par le tétanos. Dans les 10 autres cas, la mort a été causée par des affections qui ne dérivent pas directement de l'opération.

La mort est survenue dans ces 131 cas, 23 fois pendant le premier espace de vingt-quatre heures après l'extirpation, 32 fois dans le deuxième, 18 fois dans le troisième, 10 fois dans le quatrième, 9 fois dans le cinquième, 11 fois dans le sixième. L'époque de l'issue fatale pour les 28 derniers cas est répartie entre le septième jour et la dixième semaine; encore, sur ce nombre de 28 cas de mort, 19 sont survenus du septième au quinzième jour après l'opération.

On peut donc dire d'une façon générale que l'issue heureuse ou malheureuse est promptement réalisée.

En étudiant les observations, on voit que l'affaissement survient dans les premières heures; c'est, avec l'hémorrhagie, la cause de mort la plus rapide. Le pouls tombe, la peau se refroidit, la mort survient sans qu'il y ait de douleurs abdominales. On ne trouve aucune lésion caractérisée à l'autopsie.

La mort par hémorrhagie est celle que le mode de fixation du pédicule externe pourra le mieux détourner. On est très autorisé à penser que dans des statistiques futures on ne trouvera pas comme ci-dessus 24 hémorrhagies mortelles dans 131 cas fatals.

La péritonite aiguë apparaît ici comme toujours avec sa formidable impétuosité; quand elle survient avec de grandes douleurs, beaucoup de ballonnement, des vomissements répétés, l'issue funeste est très prochaine; les lésions anatomiques n'offrent rien qui soit spécial à l'ovariotomie. (Obs. VI.)

Il y a beaucoup plus de ressources quand, au lieu de cette véhémence des symptômes qui annoncent une péritonite étendue, il n'y a que des signes d'inflammation circonscrite; un certain nombre de malades assez sérieusement menacées par des accidents de ce genre ont pu être guéries.

Voici un exemple intéressant d'une guérison obtenue dans ces conditions (1) :

Obs. IX. — Mademoiselle K..., âgée de trente-quatre ans, s'aperçut, il y a quatre ans, de la présence d'une tumeur intra-abdominale qui s'est incessamment développée depuis cette époque. Sa santé générale s'est altérée peu à peu.

Elle est admise dans le service clinique de M. Langenbeck, à la Charité de Berlin, le 4 novembre 1852.

La tumeur abdominale, du volume d'un utérus au neuvième mois de la grossesse, manifestement mobile et fluctuante, est évidemment un kyste de l'ovaire.

La malade demande expressément à en être débarrassée.

Le 5 novembre 1852, après avoir fait prendre, dans la matinée de l'huile de ricin, M. Langenbeck procède à l'extirpation de la tumeur.

On pratique sur la ligne blanche une incision de deux pouces et demi; la tumeur est mise à nu dans cette étendue, et ponctionnée. Il s'écoule environ 10 litres de sérosité jaunâtre. On attire une portion de la poche hors la plaie, et on donne issue au reste du liquide qu'elle renferme en incisant les parois; puis on complète l'extraction.

La poche était retenue par un pédicule mince et court.

On referme aussitôt la plaie de haut en bas jusque vers son angle inférieur, sur lequel repose le pédicule, au moyen de quatre points de suture qui n'intéressent pas le péritoine; cela fait, on traverse le pédicule par un dernier fil qui sert à l'étreindre en deux portions; les bouts de ce fil sont ensuite passés dans les bords de la plaie, et constituent en même temps, la suture inférieure, et le moyen de fixation du pédicule.

Enfin on divise celui-ci un peu au delà du niveau de la plaie.

La malade est enveloppée dans un grand drap trempé dans de l'eau froide.

Des douleurs abdominales médiocres et ressenties particulièrement dans la région iliaque gauche, surviennent presque immédiatement après que l'action narcotique du chloroforme est dissipée. Les douleurs, sans toutefois être continuelles, deviennent de plus en plus intenses. (0gr,20 d'acétate de morphine sont donnés en quatre doses jusqu'à dix heures du soir; une saignée de 500 grammes est faite à ce moment.) Il se manifeste un grand soulagement; assoupissement jusqu'au matin.

Douleurs abdominales légères reparaissant le lendemain; l'état général est néanmoins bon (acétate de morphine et lavement de camomille).

Pendant les quinze jours suivants, il y a presque toujours un peu de ballonnement du ventre et des douleurs sourdes. Cependant la malade mange un peu, dort, et la partie moyenne de la plaie est en voie de cicatrisation.

Mais il n'en est pas de même de l'angle supérieur et inférieur; le 4 décembre, on donne issue par ce dernier à une assez grande quantité de pus provenant de la cavité péritonéale elle-même; les jours suivants, on introduit une sonde en gomme dans le ventre et on facilite l'écoulement de ce pus.

Dans le courant de décembre, cette suppuration profonde a cessé; la pression de l'abdomen ne fait plus couler de pus par la portion de plaie qui est encore ouverte.

Le 23 décembre, la malade se lève pour la première fois; la plaie est presque complétement fermée.

Le 27, surviennent des symptômes d'arrêt de matières de la digestion. On sent effectivement des bosselures dans l'intestin grêle; il y a des vomissements, mais qui n'ont pas l'odeur stercorale.

Les lavements de tabac amènent des masses stercorales très dures, et tous les accidents ont complétement disparu le 2 janvier.

Le 8 janvier, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

D'après M. Simon (1), cette malade était très bien portante et robuste en 1858.

Le tétanos a été aussi observé quelquefois à la suite de l'ovariotomie.

Ainsi M. Murray Humphrey, qui a pratiqué trois fois cette opération, a guéri une malade; il en a perdu une par hémorrhagie et l'autre par le tétanos, survenu le neuvième jour après l'opération, alors que la malade pouvait être considérée comme convalescente.

M. Spencer Wells, sur vingt opérations, a eu à combattre le tétanos deux fois; l'une des malades est morte, l'autre a pu être sauvée, et cela dans des circonstances assez curieuses pour qu'il me semble justifié de rapporter brièvement, avant de terminer cette étude, un fait qui est significatif sous bien des rapports.

Obs. X. — Le 6 octobre 1859, M. Spencer Wells pratiquait l'ovariotomie sur une femme de quarante et un ans (2). L'opération fut faite comme dans les cas précités; la tumeur enlevée était un kyste composé; une de ses cavités contenait 7 litres de liquide; la masse solide pesait 27 livres.

Les adhérences épiploïques étaient seules résistantes, et nécessitèrent la ligature de quatre vaisseaux.

Le pédicule fut maintenu dans la plaie au moyen du compresseur.

La malade allait si bien après l'opération qu'on se borna à administrer, pendant les premiers jours, quelques gouttes de laudanum, et à placer un cataplasme sur la plaie. Celle-ci se réunit par première intention, à l'exception de la portion inférieure où était fixé le pédicule.

Le quinzième jour, la malade put être placée sur un sofa.

Il n'y avait plus qu'une petite étendue de la surface du pédicule qui suppurât à cette époque. Mais, le lendemain, il survint tout à coup un sentiment de constriction dans la gorge et de la difficulté à ouvrir la bouche.

Le dix-septième jour, les symptômes de tétanos, limités aux muscles de la mâchoire et de la nuque étaient évidents. La respiration était encore normale, mais la déglutition n'était plus possible: les arcades dentaires ne pouvaient être desserrées.

M. Wells songea à employer le curare pour combattre ces accidents.

2 grains de curare furent dissous dans une once d'eau distillée, et 30 gouttes de la solution appliquées sur la portion du pédicule qui suppurait encore dans la plaie.

Loin de s'améliorer, l'état de la malade devint plus grave; il y eu plusieurs attaques convulsives.

Dans la soirée, on injecta 20 gouttes de la solution dans le tissu cellulaire de la région de l'angle maxillaire gauche. Cette opération fut suivie d'une nouvelle attaque convulsive, accompagnée d'une suspension de quelques instants de la respiration; mais les accidents diminuèrent d'intensité à partir du moment où cette attaque eut cessé.

Le lendemain, on put entr'ouvrir la bouche; cependant il persista pendant une huitaine de jours un peu de roideur, qui disparut ensuite complétement.

(1) *Deutsche Klinik*, n° 4, 1853, compte rendu de la clinique de M. le professeur Langenbeck (de Berlin), par M. Gurlt. L'observation originale est remplie de détails intéressants, mais elle est très longue et n'aurait pu être reproduite ici *in extenso*.

(1) *Loc. cit.*, p. 114.
(2) Madame B..., Edgward road, 151, à Londres.

Le 19 novembre, la plaie était complétement cicatrisée, et la malade était parfaitement guérie de ses accidents nerveux.

Cette dame a continué à se porter très bien, et le 2 novembre 1860, elle a été délivrée d'un enfant à terme et bien portant par le docteur Ridsdale (d'Euston square.) Le 21 novembre, elle était complétement remise des suites de l'accouchement.

Parce que l'on a observé plusieurs cas de tétanos après l'ovariotomie, doit-on en conclure que cette opération prédispose d'une manière spéciale à cette terrible complication? Une statistique relativement peu étendue ne peut évidemment donner une réponse définitive ; néanmoins, comme cet accident s'est produit deux fois dans la pratique d'un seul chirurgien, limitée à vingt faits d'extirpation, il faut maintenir des réserves à cet endroit.

En résumé, ce rapide examen des causes de mort après l'extirpation fait voir que l'issue funeste est déterminée presque toujours par le collapsus, la péritonite ou l'hémorrhagie. Déjà on est arrivé à éviter les hémorrhagies ; on a pu acquérir la conviction que la péritonite n'est pas une conséquence infaillible, peut-être pourra-t-on découvrir les causes qui font naître cet accident et diminuer encore par là les dangers de l'opération.

La limite assignée à notre tâche est atteinte ; non pas qu'on n'eût pu ajouter beaucoup à ce qui vient d'être dit, tout en restant dans la région des faits ; non pas qu'on n'eût pu essayer d'envisager au point de vue d'un ordre d'idées fort différentes la question de l'ovariotomie, qui embrasse les problèmes les plus ardus de la morale et de la responsabilité médicales.

Mais pour le moment je me proposai principalement le but de rappeler qu'à nos portes des chirurgiens connus, et dont on peut suivre et surveiller la conduite, ont, à tort ou à raison, assumé sur eux la charge de faire les épreuves périlleuses qui nous répugnent ; que certains d'entre eux annoncent des succès remarquables (1), dont le contrôle est aisé, et qui pourraient, aux yeux de beaucoup, légitimer quelque audace ; que, pour désarmer la défiance qu'engendre le merveilleux, ils se sont engagés d'honneur à signaler leurs revers, et que, surveillés par des adversaires attentifs, ils ne pourraient avoir failli à leur parole sans avoir été l'objet d'un jugement public et sévère ; qu'il existe donc des sources précieuses et très sérieuses de recherches.

Si mes investigations ont été incomplètes, si, malgré des efforts sincères, ma confiance a été trompée par un mirage, d'autres seront peut-être plus habiles à arriver à la vérité absolue ; mais du moins peut-on espérer qu'on ne niera qu'après avoir examiné.

Si, au contraire, une surveillance assidue fait tomber les soupçons et proclame la légitimité des succès, on sauvera sans nul doute un jour aussi dans notre pays quelques existences par l'ovariotomie.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

M. *Milne Edwards* présente la première partie du sixième volume de son ouvrage, intitulé : *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, et il rend brièvement compte des matières contenues dans ce livre.

M. *Corlieu* soumet au jugement de l'Académie un travail intitulé : *Études sur les causes de la lypomanie ou folie mélancolique.* (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Rayer.)

M. *Pappenheim* adresse un complément à ses recherches sur les lymphatiques du cœur. Il annonce que les résultats exposés dans l'ensemble de son travail reposent sur des observations multipliées, recueillies dans cent huit autopsies. (Commission précédemment nommée.)

Académie de Médecine.

SÉANCE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1860. — PRÉS. DE M. CLOQUET.

ORDRE DE LECTURES : 1° Rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1860, par M. A. DEVERGIE, secrétaire annuel. — 2° Prix proposés pour 1861 et 1862. — 3° Éloge de M. A. RICHARD, par M. FRÉD. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

PRIX DE 1860. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — La question proposée par l'Académie était celle-ci : « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peut entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme ; quels sont les moyens de remédier à ces accidents? » — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Cinq mémoires ont été envoyés au concours. L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 600 francs à M. le docteur FAURE, de Paris.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — La question proposée par l'Académie était conçue en ces termes : « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et applications pratiques qui en découlent ; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures ; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. » — Ce prix était de la valeur de 600 francs.

Un seul mémoire a été envoyé pour ce concours ; l'Académie n'a pas cru devoir décerner de prix, et elle a décidé que la même question serait remise au concours ; mais elle accorde aux deux auteurs, MM. les docteurs CHARCOT et Benjamin BALL cette même somme de 600 francs à titre de récompense.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. » L'Académie avait fait remarquer aux concurrents qu'ils devraient, à l'article du diagnostic, insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége. Ce prix n'était que de la valeur de 2,000 francs ; mais, grâce à une décision de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie a pu le porter à la somme de 2,100 francs. Seize mémoires avaient été soumis aux jugements de l'Académie, qui cependant n'a pas pu donner de prix ; mais elle a accordé à titre de récompenses : 1° une somme de 900 francs à M. le docteur Max. SIMON, médecin à Aumale (Seine-Inférieure). — 2° Une somme de 900 francs à M. le docteur MORDRET (Ambroise-Eusèbe), du Mans (Sarthe). — 3° Une somme de 600 francs à M. le docteur ZURKOWSKI, de Pont-à-Mousson (Meurthe).

L'Académie décerne en outre des mentions honorables à : 1° M. le docteur BEROUD (Philippe), de Saint-Étienne (Loire). — 2° M. le docteur MARCHAND (Émile), de Sainte-Foix (Gironde). — 3° M. F. VIGEN, étudiant en médecine à Paris. — 4° M. le docteur PADIOLEAU, de Nantes (Loire-Inférieure.)

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies réputées le plus souvent incurables jusqu'à présent. — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Deux mémoires manuscrits et trois mémoires imprimés ont été soumis aux jugements de l'Académie ; aucun d'eux n'ayant rempli les conditions du concours, l'Académie n'accorde cette année aucune espèce de récompense.

---

(1) En publiant dans le numéro du 1er décembre 1860 du *Medical Times and Gazette* l'observation de l'extirpation pratiquée par lui le 16 octobre précédent, et qui est signalée plus haut, M. Spencer Wells répète de la façon la plus formelle qu'il s'est imposé la loi de faire connaître tous les cas d'ovariotomie de sa pratique, et qu'il l'a scrupuleusement observée.

Il ajoute le tableau suivant des résultats obtenus par lui jusqu'à ce jour :

	Guérisons.	Morts.
Extirpations faites à l'hôpital	8	4
— en ville (Londres) . . .	5	3
	13	7

Ces 20 observations ont toutes été publiées, *in extenso*, dans les journaux anglais de 1859 et 1860.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question proposée, conformément aux prescriptions du testateur, était celle-ci : « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. » Mais l'Académie, en limitant ainsi la question, désirait qu'elle fût envisagée par les concurrents au point de vue médical et en s'appuyant sur des observations cliniques. — Ce prix, qui est triennal, était de la valeur de 1,500 francs.

L'Académie accorde le prix à M. le docteur Semelaigne, médecin adjoint de la maison de santé de M. le docteur Casimir Pinel, à Neuilly.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° Question relative à l'art des accouchements. La question proposée par l'Académie était : « Des paralysies puerpérales. » — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Trois mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme.) — 2° Question relative aux eaux minérales. L'Académie avait proposé la question suivante : « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée a telle autre. » — La valeur de ce prix était de 1,000 francs.

Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde un encouragement de 600 francs à M. le docteur Puigt, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Olette (Pyrénées-Orientales).

Prix fondé par M. Orfila. — L'Académie avait proposé pour question : « Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique. »

Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours; aucun d'eux n'ayant rempli les conditions demandées, l'Académie n'accorde, cette année, ni prix, ni encouragements.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de 1858 et de 1859. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour 1858 :

1° Un prix de 1,500 francs partagé entre M. le docteur Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Calvet, de Carcassonne (Aude), secrétaire du comité central de vaccine de ce département. — Madame Chamaillard, sage-femme à Vannes (Morbihan).

2° Des médailles d'or à : M. Dugat-Azaret, docteur en médecine à Orange (Vaucluse). — M. Pellarin, docteur en médecine à Montrouge (Seine). — M. Segalas, officier de santé à Marmande (Lot-et-Garonne). — Madame Tuvache, sage-femme à Chartres.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Pour 1859 : Un prix de 1,500 francs partagé entre : MM. les docteurs Panis, de Reims (Marne); Baudry, d'Évreux (Eure) ; Bourguet, de Rhodez (Aveyron).

2° Des médailles d'or à : MM. les docteurs Dubreuilh, de Bordeaux (Gironde); Cayrel, de Toulouse (Haute-Garonne); Testel, de Paris (Seine); et à mademoiselle Loyer, sage-femme à Caden (Morbihan).

3° Cent médailles d'argent aux autres principaux vaccinateurs.

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1859 :

1° Rappels de médailles à MM. les docteurs : Autellet, de Civray (Vienne), (mémoire sur une épidémie de diphthérite); — Guipon, de Laon (Aisne), (rapport général sur diverses épidémies de dysenterie, rougeole, etc.); — Bordes de Beauvais (Oise), (rapport sur des épidémies de dysenterie et de fièvre typhoïde); — Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales), (rapport sur l'épidémie de croup); — Danvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais), (rapports sur les épidémies de scarlatine, d'angine couenneuse, etc.); — Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure), (travaux sur les moyens d'assainissement de la vallée de Graville-l'Eure et les épidémies de l'arrondissement du Havre); — Vingtrinier, de Rouen (Seine-Inférieure), (rapport sur l'état sanitaire et les épidémies des arrondissements d'Ivetot et de Rouen); — Lacaze, de Montgeron (Seine-et-Oise), (rapport sur une épidémie de diphthérite).

2° Des médailles d'argent à : MM. les docteurs Duboué, de Pau (Basses-Pyrénées), (sur l'état sanitaire et les fièvres intermittentes de l'arrondissement de Pau); — Labesqué, d'Agen (Lot-et Garonne), (sur les épidémies de dysenterie, d'angine couenneuse, etc.); — Lebesle, du Mans (Sarthe), (sur les épidémies de dysenterie et de fièvre typhoïde); — Zandyck, de Dunkerque (Nord), (sur la constitution météorologique et médicale de Dunkerque); — Carassus, de Milly (Seine-et-Oise), (sur l'épidémie d'angine couenneuse); — Beaupoil, de Sainte-Maure (Indre-et-Loire), (sur l'épidémie de croup); — Dudourg, de Marmande (Lot-et-Garonne), (sur l'épidémie de croup).

3° Des médailles de bronze à : MM. les docteurs Lagarde, de Confolens (Charente), (sur les épidémies de dysenterie, de diphthérite, etc.); — Colson, de Commercy (Meuse), (sur une épidémie de dysenterie); — Poussie fils, de Marvejols (Lozère), (sur les épidémies de rougeole, croup et de dysenterie); — Dussouil, de Melle (Deux-Sèvres), (sur les épidémies de dysenterie et de fièvre typhoïde); — Guillot, de Villefranche (Rhône), (sur une épidémie de dysenterie); — Cottin, de Monfort (Ille-et-Vilaine), (sur une épidémie de croup); — Lemaire, de Cosne (Nièvre), (sur l'épidémie de dysenterie); — Lemoine, de Château-Chinon (Nièvre), (sur l'épidémie de dysenterie).

4° Des mentions honorables à : MM. les docteurs Mignot, de Chantelle (Allier), (sur les épidémies de dysenterie, de fièvre typhoïde, etc.) ; — Redory, de Digne (Basses Alpes), (sur une épidémie de fièvre typhoïde) ; — Bonnet, de Valence (Drôme), (sur une épidémie de fièvre typhoïde) ; — Barrera, de Prades (Pyrénées-Orientales), (sur les épidémies de fièvres typhoïdes); — Cellarié, d'Évreux (Eure), (sur une épidémie d'angine couenneuse); — Durand, de Chartres (Eure-et-Loir), (sur les épidémies de dysenterie et d'angine couenneuse); — Piedallu, de Blois (Loir-et-Cher), (sur l'épidémie de dysenterie); — Lemaistre, de Limoges (Haute-Vienne), (sur l'épidémie de rougeole et de dysenterie); — Serradell, de Prades (Pyrénées-Orientales), (sur une épidémie de fièvre typhoïde); — Jacquez, de Lure (Haute-Saône), (études météorologiques, rapport sur une épidémie de dysenterie).

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1858 :

1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à : MM. Cabrol, médecin-principal, chef du service militaire près des thermes de Bourbonne-les-Bains ; — Caillat, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault; — De Puisaye, médecin-inspecteur-adjoint des eaux d'Enghien ; — Regnault, médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault.

2° Médailles d'argent à : MM. Crouzet, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault); — Dutroulau, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe; — Lapeyre, médecin-inspecteur des eaux d'Avesne (Hérault); — Pagès, médecin-inspecteur des eaux de Baréges (Hautes-Pyrénées) ; — Secourgeon, médecin-principal, chef du service militaire près des eaux d'Amélie-les-Bains.

3° Médailles de bronze à : MM. Baron, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Lamotte-les-Bains (Isère); — Bruguière, médecin-inspecteur des eaux de Siradan (Hautes-Pyrénées); — Génieys, médecin-inspecteur des eaux d'Amélie-les-Bains; — Patézon, médecin-inspecteur des eaux de Vittel (Vosges).

4° Mentions honorables à : MM. Marbotin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Amand (Nord); — Tripier, médecin-inspecteur des eaux d'Évaux (Creuse).

(Les prix proposés pour 1861 et 1862 au prochain numéro.)

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1860.

Remarques de M. Duchenne (de Boulogne) au sujet de l'observation de paralysie progressive lue a la Société de médecine par M. Costilhes. (Voy. le dernier numéro, p. 787.)

Le fait pathologique sur lequel M. Costilhes vient de nous exposer des considérations si judicieuses, est un des cas types de la maladie que j'ai décrite, dans les Archives générales de médecine, sous le nom de *paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres*.

Je suis heureux, messieurs, de saisir l'occasion qui m'est offerte

par cette communication, pour donner quelques explications sur les *desiderata* trop nombreux, je l'avoue, que l'on a dû trouver dans mon travail.

1° M. Costilhes regrette que je n'aie rien dit de l'influence de la perte de la salive, que l'on observe à une certaine époque de la maladie dont il est ici question, sur la diminution des forces. Je reconnais que son reproche est fondé. Je vais essayer de réparer cet oubli.

On doit, en effet, faire entrer la perte de la salive en ligne de compte, comme l'une des causes de cet affaiblissement; car j'ai noté que chez tous mes malades les forces diminuaient rapidement, dès qu'ils ne pouvaient plus avaler leur salive. On connaît l'influence de la salive sur la digestion; on sait qu'elle doit cette propriété à la présence de la diastase. En outre, des expériences faites sur des animaux semblent démontrer que la salive est nécessaire à la nutrition. M. le docteur Vella (de Turin), professeur agrégé de physiologie, a pratiqué des fistules salivaires, parotidiennes chez le cheval, de manière que toute sa salive s'écoulât au dehors. L'animal n'en éprouva, il est vrai, aucun trouble apparent dans sa digestion; seulement, la sécheresse du bol alimentaire rendait la déglutition difficile, et l'on était forcé, pour la rendre possible, de mêler des liquides à ses aliments. Bien qu'il fût très richement nourri, et surtout avec de l'avoine, il tomba rapidement dans un état de faiblesse et de maigreur extrêmes (cette expérience a été faite publiquement à l'École vétérinaire de Turin). M. Vella me l'a rapportée, lorsque je lui ai montré deux sujets affectés de paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. Il pensait que leur affaiblissement pouvait être attribué en partie à la perte de la salive, qu'ils n'avalaient plus depuis plusieurs mois. Je partage entièrement son avis.

2° On me pardonnera, j'espère, d'avoir oublié de signaler, dans mon travail, un accident qui est la conséquence des troubles considérables occasionnés, dans la déglutition, par la paralysie musculaire de la langue, et surtout des muscles qui, en portant la langue en arrière, appliquent l'épiglotte sur la glotte : je veux parler du passage, au moment de la déglutition, d'une portion des aliments ou des boissons dans le larynx. Tous mes malades se sont plaints de cette introduction des boissons dans les voies aériennes, à une époque avancée de leur affection.

J'ai été témoin de cet accident chez un sujet qui m'a été adressé tout récemment. Souvent (me disait-il) il avalait de travers en buvant; alors il étranglait, tellement qu'un jour il en perdit connaissance, et que pendant quelques moments on le crut mort. Quelquefois aussi c'était sa salive qui, s'accumulant dans sa bouche, sans qu'il pût l'avaler, tombait dans son pharynx et s'introduisait dans son larynx. C'est ce qui lui est arrivé une fois dans mon cabinet; pendant longtemps je lui vis faire les efforts les plus violents, sans qu'il pût en débarrasser son larynx : sa face était injectée, ses lèvres violettes, ses mouvements convulsifs indiquaient qu'il étouffait; pendant longtemps, en un mot, il m'inspira les plus vives inquiétudes.

N'est-il pas possible que les sujets atteints par la maladie dont il est ici question, aient péri quelquefois de cette manière, surtout lorsque, pendant leur sommeil, la salive accumulée dans leur bouche s'est introduite ainsi dans leurs voies aériennes?

3° On observe à une période avancée de la maladie, alors que l'articulation des mots n'est plus possible, des troubles dans la phonation, que je vais essayer d'analyser ou d'expliquer. J'ai déjà dit que les muscles qui président au mécanisme de la respiration ne sont pas paralysés; je m'en suis assuré en faisant inspirer et expirer lentement et largement les malades.

Cependant, quand ils ne peuvent plus articuler les mots, la parole les fatigue, au point qu'après avoir fait entendre quelques sons assez forts, ils se sentent souvent épuisés, et que leur voix s'affaiblit. On pourrait expliquer ce fait par les efforts qu'ils font pour être compris; car, chose singulière! ils ont en général la manie de vouloir parler, quand bien même ils ne peuvent plus produire que des sons inarticulés. Le malade dont j'ai parlé ci-dessus répondait toujours avec une voix forte aux questions qu'on lui adressait, quoiqu'il ne pût faire entendre que la voyelle *a*. Il savait cependant qu'on ne le comprenait pas. Après de longs efforts qui l'épuisaient, sa voix s'éteignait, et alors il se décidait à se faire comprendre par signe ou en écrivant.

Cet affaiblissement de la voix dépend-il, dans ces cas, d'un état nerveux particulier? Ou existe-t-il en même temps un certain degré de paralysie des nerfs qui président à la phonation, par exemple du nerf laryngé inférieur? Je crois que ces deux causes agissent alors à des degrés divers. Ainsi, j'ai vu une dame arrivée à une période très avancée de la maladie que nous étudions, chez laquelle la voix était faible quand elle voulait parler, et qui cependant poussait des cris perçants pendant des accès d'hystérie auxquels elle était sujette depuis longtemps. Mais à une période plus avancée, la paralysie du larynx devient quelquefois plus évidente. J'observe, par exemple, en ce moment une malade dont la voix s'est éteinte presque complétement depuis qu'elle ne peut plus articuler. Mais c'est la seule chez laquelle l'aphonie soit arrivée à ce degré. Les autres sujets que j'ai vus succomber, avaient conservé la phonation qui était seulement affaiblie.

4° J'ai écrit que, dans cette maladie, l'intelligence reste parfaitement intacte. Néanmoins je ne dois pas oublier de dire que certains sujets qui sont privés de la parole, les femmes principalement, sont très faciles à émouvoir à une certaine période de la maladie. La moindre allusion à leur triste position excite leurs larmes, et l'on voit quelquefois succéder à ce profond abattement un rire fou, qu'un rien peut provoquer. Cet état de la sensibilité affective s'explique par le désespoir dans lequel tombent ces malheureux qui ont vu tout échouer contre cette terrible maladie, et qui se sentent menacés de mourir de faim ou de soif. Cet état désespéré les préoccupe sans cesse. Mais on ne saurait confondre cette espèce d'exaltation avec un trouble quelconque des facultés intellectuelles, que les malades ont conservées, au contraire, parfaitement intactes jusqu'à la dernière heure.

5° L'embarras de la parole est un des premiers symptômes de l'affection dont il est ici question. On pourrait donc prendre ce trouble de la parole pour un signe précurseur de la paralysie générale des aliénés. Cependant, il n'est pas de confusion possible entre le balbutiement, avec tremblement des lèvres, qui caractérise cette dernière affection mentale, et le trouble particulier qui affecte l'articulation de certaines consonnes, dans la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. D'ailleurs, les mouvements de la langue sont toujours parfaitement libres dans la première, tandis que dans l'autre ces mouvements, et surtout ceux d'élévation de la pointe ou de la base de la langue sont abolis ou affaiblis. En un mot, il existe si peu de ressemblance entre les troubles de la parole, propres à chacune de ces affections, que je n'ai pas cru, dans mon mémoire, en discuter le diagnostic différentiel. Si j'agite ici cette question, c'est que plusieurs personnes m'ont reproché de l'avoir complétement passée sous silence.

6° A une période avancée de la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, le malade n'articule plus; il ne peut faire entendre que la voyelle *a*, en abaissant la mâchoire inférieure. C'est exactement ce que j'ai observé dans deux cas qui n'appartenaient pas à la même espèce morbide, et dans lesquels la parole avait été perdue tout à coup. Ces deux cas sont très rares; c'est pourquoi je vais les exposer sommairement.

Obs. I. — En mai 1860, un crieur à la Halle, d'une quarantaine d'années, d'une forte constitution et bien portant, éprouve tout à coup, sans cause connue, un étourdissement, et reste privé de connaissance pendant un quart d'heure environ. Lorsqu'il revient à lui, sa parole est perdue, bien qu'il n'ait point de paralysie, ni même d'affaiblissement dans les membres, et que son intelligence soit intacte. Une saignée, des purgatifs, des vésicatoires à la nuque n'ayant pas modifié cet état de la parole, M. le professeur Trousseau, consulté six semaines après par ce malade, a l'obligeance de me l'adresser pour soumettre ce cas rare à mon observation. Je constate alors que le malade conserve l'intégrité des mouvements et de la force de ses membres; que son intelligence est intacte (il répond par écrit à toutes mes questions), mais qu'il lui est absolument impossible d'articuler. Je lui dis, par exemple, de rapprocher les lèvres, de les serrer l'une contre l'autre, et d'articuler *pa*. Il exécute alors les mouvements des lèvres comme je le lui ai commandé; mais il ne

peut prononcer *pa*, et fait seulement entendre *a*, d'une voix forte, en ouvrant largement la bouche. Il en est de même pour les autres consonnes ou syllabes que je veux lui faire articuler. Aujourd'hui 2 décembre 1860, ce malade n'a pas encore recouvré la parole.

Je diagnostiquai, dans ce cas, une hémorrhagie circonscrite dans le point de l'encéphale qui préside à la faculté du langage.

Voici le second fait que j'ai observé quelques semaines après le précédent :

Obs. II. — Une femme âgée de trente-six ans, affectée depuis dix mois d'une hémiplégie gauche, de cause cérébrale et qui venait d'être améliorée par la faradisation localisée, ayant été tout à coup privée de la parole, à la suite d'une vive discussion qu'elle avait eue avec son mari, s'est présentée dans le courant de mai 1860 à ma poly-clinique. J'ai constaté alors les mêmes phénomènes que chez le sujet de l'observation précédente, et qui justement se trouvait en même temps qu'elle à ma conférence clinique. En effet, la parole seule avait été atteinte et de la même manière; ce qui me dispensa d'entrer dans plus de détails.

Cette perte subite de la parole, chez un sujet qui avait eu antérieurement une hémorrhagie cérébrale, me parut, comme dans le cas précédent, devoir être attribuée à un nouvel épanchement sanguin, circonscrit dans le point du cerveau qui préside à la faculté du langage. Ce diagnostic rationnel fut cependant démenti le surlendemain par le retour subit et spontané de la parole. Cette malade était hystérique.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter sur la nature ou sur le siége anatomique de la lésion qui a produit dans les deux faits précédents la perte de la parole. J'ai voulu seulement prouver qu'il y a quelque ressemblance entre les troubles de la parole que je viens de décrire et ceux que l'on observe à une période avancée de la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. Ici encore la confusion n'est pas possible, parce que dans ces cas de perte de la parole, les mouvements de la langue et des lèvres sont intacts et qu'il y a lésion de la faculté du langage, tandis que dans l'autre espèce morbide, la parole est abolie par le fait seulement de la paralysie des organes (de la langue et des lèvres) qui produisent l'articulation des mots.

7° Enfin, messieurs, dois-je ici me justifier d'avoir fait une espèce morbide distincte d'une maladie dont j'avoue n'avoir trouvé ni la cause ni la nature, et dont il ne m'a pas encore été donné de rechercher la lésion anatomique? L'heure est trop avancée pour discuter à fond cette importante question. Peut-être aussi ne trouveriez-vous pas cette justification nécessaire? Vous penserez, je l'espère, que si l'on admet, comme je crois l'avoir démontré dans mon travail, que la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres se distingue des autres espèces morbides, par ses symptômes, par sa marche et par sa terminaison, vous reconnaîtrez, dis-je, que cette affection constitue cliniquement une maladie réelle. Personne ne supposera que j'ai dédaigné ou négligé d'en rechercher les causes, la nature et le siége anatomique, et l'on comprendra que si j'ai résisté jusqu'à ce jour au désir bien naturel de publier plus tôt les faits que je recueille depuis huit ans et qui étaient nouveaux dans la pathologie, c'est justement parce qu'ils ne jetaient aucun jour sur ces questions, et parce que, n'ayant pas encore eu l'occasion d'en examiner la lésion anatomique, ces faits me paraissaient incomplets.

Mais s'il arrivait (ce que je crains) que l'avenir ne nous apprît rien de plus sur ces diverses questions, cette maladie n'en conserverait pas moins son droit d'entrée dans le cadre nosologique, au même titre que bien d'autres espèces morbides dont on ne connaît pas mieux la cause, la nature et l'anatomie pathologique.

Sans être commune, cette maladie me paraît malheureusement trop fréquente. J'en ai observé jusqu'à sept cas dans moins d'une année, et j'en avais recueilli antérieurement huit autres depuis 1852. C'est cette fréquence qui m'a seule décidé à en publier l'étude clinique avant d'en avoir pu rechercher le siége anatomique (1).

Jusqu'à ce jour, elle s'est terminée fatalement par la mort dans un temps assez court (de six mois à un an); mais j'ai l'espoir que, reconnue à temps, à l'aide des signes diagnostiques que j'ai exposés, on pourra tôt ou tard sinon la guérir, du moins l'arrêter dans sa marche progressive.

(1) Depuis la publication de mon mémoire, des faits nouveaux, qui m'ont été communiqués par des confrères, sont venus démontrer que cette affection, hélas! ne doit pas être rare. Ainsi, M. le professeur Cruveilhier m'a dit avoir observé un cas de paralysie parfaitement localisé dans les muscles moteurs de la langue, du voile du palais et dans l'orbiculaire des lèvres. L'articulation des mots avait été abolie progressivement, ainsi que la déglutition; le sujet était mort comme ceux dont j'ai relaté l'observation. — M. le docteur Vosseur a bien voulu me communiquer une observation de paralysie des muscles qui président à l'articulation des mots et à la déglutition. On y reconnaît les symptômes qui appartiennent à la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. M. le professeur Trousseau a rédigé, en 1833, pour le malade dont il est question dans cette observation, le prince de M..., une consultation dans laquelle le diagnostic de la paralysie de la langue est parfaitement établi. — M. Labric, médecin des hôpitaux, observe actuellement un fait analogue aux précédents et qu'il se propose de publier. — M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, m'a dit avoir été appelé tout récemment en province pour une dame qui, depuis six mois, est affectée d'une maladie exactement semblable à celle que j'ai décrite dans mon mémoire. La paralysie, parfaitement limitée aux muscles de la langue, du voile du palais et des lèvres, a déjà aboli l'articulation des mots et la déglutition. « La malade, dit-il, est déjà épuisée; elle est menacée de mourir prochainement de faim. » — Enfin trois autres confrères, MM. les docteurs Cerise, Charpentier et le troisième dont le nom m'échappe, sont venus me communiquer des faits semblables à ceux qui ont été rapportés dans mon travail.

Société de chirurgie.

Séance du 12 décembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Spina bifida; excision de la tumeur. — Atrésie vulvaire; rétention des règles; opération. — Luxation du coude avec décollement épiphysaire. — Polype de l'urèthre chez une femme. — Diphthérite.

M. *Debout*, qui a lu récemment un rapport sur le *traitement du spina-bifida*, communique une observation qui lui a été adressée par M. Gigon (d'Angoulême); c'est un cas dans lequel la tumeur fut excisée avec succès, moyen que M. Debout avait combattu, et qu'il proscrit encore malgré le succès, qui n'est d'ailleurs qu'une exception après l'emploi de cette méthode. Voici, en quelques mots, le fait rapporté par M. Gigon :

Il reçut à l'hôpital d'Angoulême un jeune garçon de quatorze ans, grand, intelligent, atteint de deux pieds-bots valgus; il portait, en outre, à la partie inférieure du rachis une tumeur grosse comme le poing, fluctuante, translucide, à surface lisse, à base étroite. L'excision fut faite au moyen de l'écraseur linéaire; lorsque la tumeur fut tombée, on aperçut l'orifice de communication; le liquide rachidien continuait à s'écouler. M. Gigon appliqua alors quelques points de suture; les suites de cette opération furent extrêmement simples; la cicatrisation se fit, et la guérison fut complète.

— M. *Verneuil* lit un rapport sur une observation intéressante de M. le docteur *Patry*, de Sainte-Maure (Indre-et-Loire), intitulée : *Absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions; double opération; guérison.*

Le sujet de cette observation est une jeune fille de dix-sept ans bien constituée, qui depuis quatorze mois éprouvait des douleurs abdominales se reproduisant toutes les quatre semaines, correspondant aux époques menstruelles. Le sang ne pouvant s'écouler au dehors s'accumulait dans l'utérus, dont l'orifice lui-même était imperforé. Mais il y avait, en outre, absence du vagin; le rectum et l'urèthre étaient accolés et rapprochés l'un de l'autre. M. Patry résolut de frayer une voie au sang et de créer un vagin.

Trois procédés peuvent être employés : 1° création d'une voie nouvelle, en décollant le rectum et l'urèthre au moyen de l'instrument tranchant; 2° déprimer les tissus avec le doigt, les refouler de manière à former un canal; 3° combiner les deux autres procédés, commencer avec le bistouri, et achever en décollant les tissus avec le doigt.

M. Patry employa le second procédé, et arriva à guérir complétement la malade; mais, pendant le cours du traitement, celle-ci fut atteinte à plusieurs reprises d'une péritonite grave qui mit ses jours en danger. « Aujourd'hui cette jeune femme est mariée depuis huit ans; elle n'est jamais devenue enceinte, a toujours continué à être très régulièrement menstruée, et n'a rien éprouvé de morbide du côté des organes génitaux. »

M. Verneuil discute les avantages et les inconvénients que présentent les trois procédés que nous venons d'indiquer. Il arrive aux conclusions suivantes : « On ouvrira la route avec le bistouri, on progressera entre l'urèthre et le rectum avec les doigts ou des instruments mousses; enfin on reprendra l'instrument tranchant dans la profondeur pour ouvrir le foyer sanguin... Le procédé sanglant expose, vers le milieu du trajet que l'on veut créer, à des accidents opératoires tels que la blessure de l'urèthre, de la vessie, du rectum, peut-être même du péritoine. Ces accidents sont fâcheux, moins graves cependant qu'on ne l'a dit, et aussi plus rares qu'on ne l'a insinué. Cependant c'est un devoir pour le chirurgien, même le plus habile, de ne rien négliger pour les éviter... Le procédé mécanique (sans instrument tranchant) est long et douloureux; il peut ne pas être conduit à son terme; il met à l'abri des accidents opératoires fâcheux qu'on a reprochés à l'emploi exclusif du bistouri; mais, comme suites consécutives et comme résultat définitif, il ne garantit pas plus que les autres contre les complications viscérales redoutables, et n'assure pas mieux la guérison radicale. » Nous croyons, au contraire, et l'étude des faits le démontre, que ce procédé mécanique expose plus aux complications viscérales que l'opération avec l'instrument tranchant.

Ce rapport sera discuté dans la prochaine séance.

— M. *Guersant* lit un rapport sur plusieurs observations adressées à la Société par M. le docteur Beaupoil, d'Ingrande (Indre-et-Loire).

1° Un cas de *luxation du coude avec décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus ;* la réduction fut faite et suivie de guérison.

2° Un cas de *polype de l'urèthre chez une femme* mariée depuis quelques mois; la petite tumeur fut liée avec un fil ciré; elle tomba le lendemain.

3° Un travail sur la *diphthérite ;* l'auteur a cherché à déterminer la durée de l'incubation de cette maladie. Une jeune fille de onze ans fut ramenée d'un pays où régnait le croup : déjà quelques symptômes de cette maladie existaient chez elle; trois jours après, M. Beaupoil, qui lui donnait des soins, vit se développer sur lui-même des plaques diphthéritiques sur le pilier droit du voile du palais. Plusieurs personnes de la même famille furent atteintes successivement; la sœur aînée tomba malade trente jours après le retour de la jeune fille. L'incubation aurait donc varié ici de trois à trente jours. M. Peter, dans sa thèse, admet de deux à quinze jours, plus souvent de deux à huit.

Sur huit malades, M. Beaupoil a observé deux fois la paralysie consécutive du voile du palais, et dans un de ces cas elle s'étendit, en outre, à d'autres organes.

En terminant, M. Beaupoil tire de ces faits les conclusions suivantes, qui concordent avec les opinions admises :

1° L'angine couenneuse et le croup ne sont qu'une même maladie variant par le siége.

2° Ces deux diphthérites sont contagieuses.

3° Chacune d'elles peut engendrer l'autre.

Jules Rouyer.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 DÉC. 1860. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES.

M. *Maingault* rappelle à la Société que c'est son mémoire sur les paralysies diphthériques qui lui a valu l'honneur d'être admis dans son sein; que depuis l'année 1851, date de ses premières recherches sur la paralysie du voile du palais, les affections diphthériques n'ont jamais cessé d'être l'objet de ses études, et qu'il se croit ainsi autorisé à prendre la parole dans la discussion actuelle, même après M. Trousseau.

La fréquence des paralysies à la suite des angines diphthériques est un fait des plus remarquables. D'après M. Gubler, cette fréquence aurait été singulièrement exagérée, parce qu'on aurait regardé comme diphthériques des affections qui, pour lui, ne le sont pas. Il importe donc de préciser ce que nous entendons par diphthérie. Pour M. Maingault, la pseudo-membrane est l'expression caractéristique de la diphthérie, quels que soient d'ailleurs l'aspect, la consistance, l'extension et la persistance du produit pathologique, quels que soient les symptômes généraux qui accompagnent sa manifestation. On a vu, en effet, la production de fausses membranes volumineuses et épaisses, ne s'accompagner d'aucune réaction générale, tandis que des produits plastiques peu étendus, peu consistants, ont pu donner naissance aux symptômes les plus graves. M. Bretonneau a le premier signalé la coïncidence de l'herpès labialis avec l'angine couenneuse commune; M. Gubler sépare nettement de l'angine diphthérique l'angine qu'il appelle *herpétique*. Or, à la suite d'une de ces angines, il a observé lui-même un cas de paralysie généralisée. La conséquence qu'il en tire est que la paralysie peut être la conséquence d'une angine non diphthérique; M. Maingault en tire, au contraire, la conclusion que l'angine herpétique n'est qu'une variété de l'angine diphthérique; d'autres faits confirment, en effet, cette manière de voir. En ce moment même, il existe à l'hôpital des Enfants une infirmière qui, à la suite d'une angine accompagnée d'herpès labialis, a été prise d'abord d'une paralysie du voile du palais, et qui présente déjà les premiers symptômes de paralysie des membres. La thèse de M. Peter rapporte deux faits d'angine couenneuse des plus graves et de croup, qui furent tous deux accompagnés d'herpès des lèvres. M. Sée a vu un enfant succomber dans les mêmes circonstances. M. le docteur Beaupoil a communiqué à la Société de chirurgie un cas très remarquable : Une enfant, atteinte de croup, communique des angines à sept personnes de sa famille dont trois succombent, tandis que les autres n'ont que des angines bénignes, et l'une une angine couenneuse avec herpès. Cette dernière peut donc se produire sous la même influence que l'angine diphthérique, et quand on la voit amener une manifestation locale presque semblable, et des accidents généraux analogues, n'est-on pas autorisé à ne voir en elle qu'une variété de la diphthérie? Les inductions qu'on tirerait de la présence de l'herpès pour le pronostic ne seraient donc pas justes, cet épiphénomène apparaissant dans les cas les plus graves et dans les cas bénins, absolument comme l'albuminurie qu'on avait regardée à tort comme un critérium du degré de gravité des affections pseudo-membraneuses. Il est certain que l'angine couenneuse commune est contagieuse, et peut produire des angines diphthériques graves.

La fréquence des paralysies à la suite des diphthéries est incontestable, et M. Gubler aura beau éliminer les cas qui lui paraissent douteux, il ne pourra jamais réduire cette fréquence au point de la rendre comparable à la rareté des paralysies survenues, par exemple, à la suite de la scarlatine, de la rougeole, puisqu'il ne peut citer qu'un fait pour l'une, et deux pour l'autre de ces maladies pourtant si répandues.

Ce n'est pas seulement la fréquence des paralysies à la suite des diphthéries, qui caractérise leur nature, c'est aussi la constance des accidents. La paralysie palatine, d'après M. Maingault, se retrouve toujours si l'on se donne la peine de rechercher les commémoratifs; si elle n'est pas mentionnée dans une observation, cela ne suffit pas pour admettre qu'elle a manqué, il faudrait que l'observation spécifiât formellement qu'elle a fait défaut, bien qu'on l'ait cherchée. — Les troubles de la vue, que M. Gubler regarde comme insolites, le sont peut-être dans les paralysies qu'il a étudiées; mais dans les observations de M. Maingault, ils sont notés 39 fois sur 90.

Les paralysies des membres débutent surtout par des fourmillements dans les extrémités, et ces fourmillements remontent jusqu'aux genoux et jusqu'aux coudes sans les dépasser. Sur 90 cas de paralysies généralisées, il n'y a qu'un cas dans lequel la paralysie se soit bornée aux membres supérieurs, tandis que 13 fois elle s'est limitée aux membres inférieurs. Dans les autres cas, la paralysie s'étendit aux membres inférieurs et supérieurs aux muscles du tronc. Si quelquefois, la paralysie s'arrête aux membres inférieurs, doit-on s'en étonner, et est-il nécessaire qu'une maladie soit toujours poussée à ses dernières limites?

L'ordre d'apparition des symptômes n'a pas moins d'impor-

tance : dans toutes les observations recueillies attentivement, on voit la maladie envahir progressivement le voile du palais, les organes de la vision, puis les membres et le tronc ; cet enchaînement est constant, sauf deux ou trois observations incomplètes. Les troubles de la vue s'intercalent régulièrement entre la paralysie du voile du palais et celle des membres. Dans les paralysies étudiées par M. Gubler, il n'y aucun ordre régulier dans les symptômes. Chaque fait, pour ainsi dire, présente sa physionomie particulière.

Dans la grande majorité des cas, la paralysie diphthérique ne commence qu'après la terminaison de l'angine qui l'a occasionnée, à moins que celle-ci ne se prolonge beaucoup, auquel cas les accidents du voile du palais commencent à se montrer alors que l'angine n'est pas encore complétement guérie. Mais ces faits sont rares; ils peuvent s'expliquer par la douleur locale éprouvée par le malade dans les efforts de la déglutition.

Dans les paralysies décrites par M. Gubler, on observe de la fièvre, des symptômes cérébraux graves, délire, etc., de la démence; dans les cas de diphthérie, l'apyrexie est constante ; si parfois des symptômes cérébraux se produisent, c'est à la période terminale; quelquefois on observe de l'hébétude, qui n'a souvent d'autre raison, chez les enfants en particulier, que la difficulté qu'ils éprouvent à se faire comprendre, à cause du nasonnement de la voix. Cette difficulté ne tient du reste aucunement à un embarras de la langue. M. Gosselin en a vu un cas remarquable.

On note en outre une tendance marquée au refroidissement.

M. Gubler a voulu expliquer les paralysies diptbériques par l'existence d'une cachexie aiguë. Cette cachexie est difficile à admettre après une maladie qui peut n'avoir duré que sept à huit jours, et ne pas s'être accompagnée d'accidents graves. On ne peut invoquer davantage l'albuminurie qui manque souvent, non plus qu l'inanitiation, un grand nombre de malades ayant pu continuer à s'alimenter malgré la dysphagie. En outre, la guérison rapide obtenue souvent par les excitants spéciaux du système nerveux (électricité, strychnine), se concilierait mal avec l'existence d'un état cachectique.

Enfin, M. Gubler attribue la paralysie palatine à la violence de l'inflammation et la compare à la paralysie vésicale à la suite de cystite. Cette idée avait déjà été inspirée à M. Maingault par un passage de Chopart, et développée dans sa thèse inaugurale : il y a renoncé depuis, en présence de la généralisation des accidents paralytiques.

M. *Sée* prend la parole à la fin de la séance. Il se propose d'étudier à fond la question des paralysies essentielles. Pour ne pas scinder cette importante argumentation, dont M. Sée n'a pu développer que la première partie, nous attendrons qu'il l'ait complétée : elle fera l'objet de notre prochain compte rendu.

Dr E. Isambert,
Ex-chef de clinique de la Faculté.

IV

BIBLIOGRAPHIE.

An Inquiry into the Curability of Consumption, the Prevention and the Progress of Improvement in the Treatment (*Recherches sur la curabilité de la phthisie, les moyens de la prévenir, et les progrès de la pratique dans le traitement de cette maladie*), by James Turnbull, M. D., Physician to the Liverpool Royal Infirmary.— Third Edition, London, Churchill, 1859.

Peu connu en France, le livre dont nous avons mission de rendre compte aujourd'hui est très répandu en Angleterre où il est devenu rapidement classique; rappeler qu'il est parvenu en peu d'années à sa troisième édition, suffira sans doute pour justifier amplement notre assertion. Mais ce n'est pas là d'ailleurs la seule œuvre qui ait illustré le nom de l'auteur, et l'ait fait connaître du monde médical anglais : on doit à M. Turnbull trois autres ouvrages qui ne sont pas moins estimés de nos confrères d'outre-Manche. Nous en consignerons ici les titres, afin que nos lecteurs puissent se faire une idée exacte du bagage scientifique du médecin de Liverpool : 1° *Traité pratique des désordres de l'estomac en rapport avec la fermentation; des causes et du traitement de l'indigestion, et du régime.* — 2° *Rapport sur les progrès de la pratique dans le traitement de la phthisie et des autres maladies des poumons et du larynx.* — 3° *Tableau synoptique des signes physiques et du diagnostic des maladies des poumons.* Viennent enfin les Recherches sur la curabilité de la phthisie, l'œuvre capitale de l'auteur, celle du moins à laquelle il paraît attacher le plus d'importance.

Ce livre, ainsi que son titre l'indique d'ailleurs surabondamment, n'est autre chose qu'un consciencieux et éloquent plaidoyer en faveur de la possibilité de la guérison de la phthisie pulmonaire : M. Turnbull n'hésite pas à résoudre par l'affirmative cette question si souvent controversée; ses arguments sont-ils réellement de nature à faire passer chez les autres la conviction dont il est animé? C'est ce que nous examinerons plus loin ; toujours est-il qu'il attribue les cas si nombreux d'insuccès soit à l'emploi trop tardif des secours de l'art, soit à un défaut d'exactitude et de persévérance chez le malade. Mais, quoique cette discussion et la partie thérapeutique du sujet soient le but principal de l'œuvre, et la raison même de son existence, l'auteur n'a cependant pas voulu s'en tenir là, et il a fait précéder cette partie de son livre d'une étude succincte des principales questions qui se rattachent à l'histoire de la tuberculisation pulmonaire. Il a examiné dans autant de chapitres distincts l'anatomie pathologique, les causes, les symptômes des différentes périodes, les diverses formes de la phthisie et les relations qu'elle affecte avec d'autres états morbides. C'est donc, sauf le diagnostic, une description complète de la maladie.

Malheureusement toute cette étude mérite un peu trop l'épithète de succincte que nous lui donnions tout à l'heure. Il semble, en vérité, que l'auteur n'ait qu'un désir, celui d'arriver promptement aux questions de thérapeutique qui constituent le fond même de son ouvrage, et que, sous l'empire de cette préoccupation, il s'efforce de passer le plus rapidement possible sur tous les autres sujets devenus secondaires à ses yeux. Telle est du moins l'impression que nous a laissée la lecture de ces premiers chapitres; et nous nous sommes alors demandé pourquoi M. Turnbull ne s'est pas borné à exposer ses idées sur la curabilité de la phthisie, étude d'une haute importance, et bien digne assurément, à elle seule, du plus vif intérêt; ou pourquoi, possédant de nombreux matériaux qu'il ne fait qu'indiquer à l'occasion, il ne les a pas mis à profit pour donner à la première partie de son livre toute l'étendue qu'elle réclame. Nous l'avons d'autant plus regretté pour notre part que nous avons rencontré dans ces descriptions trop écourtées, des idées nouvelles, des aperçus originaux qui eussent gagné certainement à être entourés de tous les développements nécessaires, au lieu d'être émis sous forme d'assertion pure et simple. Toutefois, comme nous désirons que nos lecteurs puissent au moins se faire une idée des opinions de l'auteur anglais dans ce qu'elles ont de plus important, nous exposerons ici sa doctrine sur la nature et les conditions pathogéniques des tubercules pulmonaires; nous ne saurions mieux faire que de le laisser parler lui-même, et si la citation semble un peu longue, on l'excusera sans doute en faveur de l'importance du sujet. Après avoir rappelé l'identité des constitutions scrofuleuse et tuberculeuse, idée à laquelle on revient depuis quelque temps en France, M. Turnbull continue en ces termes : « Quel est donc cet état de la constitution qui amène la formation de ces corps tuberculeux (*these tubercular bodies*)? Je pense que cet état consiste en une nutrition imparfaite; une condition dans laquelle les organes digestifs sont incapables d'extraire des aliments un sang parfaitement normal; celui-ci devient à son tour impuissant à nourrir chaque organe, sans laisser s'échapper en même temps quelques molécules imparfaitement formées (*without allowing some imperfectly formed particles to escape at the same time*). Néanmoins les organes digestifs ne sont pas ici seuls en défaut. Ils ont en effet pour fonction principale de dissoudre les

aliments, mais c'est dans les poumons que le processus (1) est complété. C'est en effet à travers ces organes que doit passer, pour être converti par l'oxygène de l'air en sang normal, le chyle ou le liquide nouvellement formé aux dépens des matériaux nutritifs. Voilà la fonction qui est principalement en défaut; aussi voyons-nous que les molécules tuberculeuses s'arrêtent et se déposent dans les poumons bien plus fréquemment que dans aucun autre organe. Quelques sujets naissent avec une prédisposition beaucoup plus marquée que d'autres aux dépôts tuberculeux; mais l'action longtemps continuée de causes débilitantes (en tête desquelles il faut placer un air impur, une nourriture insuffisante ou malsaine, l'affaissement intellectuel de longue durée, les habitudes sédentaires, la privation des excitants naturels, tels que la chaleur et la lumière, et les excès de toute sorte) suffit pour produire la maladie chez les personnes de la meilleure santé, et même chez plusieurs des animaux inférieurs. » Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'auteur fait ici trop bon marché de la prédisposition congénitale, autrement dit de l'hérédité. Nous sommes d'autant plus en droit de nous en étonner, qu'un peu plus loin, lorsqu'il étudie les causes de la maladie, il avance qu'à Brompton Hospital l'influence héréditaire a été constatée dans la proportion de 24 et 1/2 pour 100, et que le docteur Cotton, dans une analyse de 1000 cas, a noté cette cause chez un peu plus du tiers des malades.

D'ailleurs, il n'est pas sans connaître assurément les résultats auxquels sont parvenus sur ce sujet les auteurs les plus recommandables; il n'ignore certainement pas que Portal (*Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1809) a constaté la transmission héréditaire dans les deux tiers des cas; que Lanthois (*Théorie nouvelle sur la phthisie pulmonaire*, Paris, 1822) l'a observée dans la proportion d'un sixième; et qu'à côté de M. Louis qui a noté l'influence de cette cause chez le dixième seulement des malades qu'il a observés (*Recherches anatomo-pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie*, Paris, 1843); M. Briquet (*Recherches statistiques sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire*, *Revue médicale*, 1842) a trouvé 36 cas de phthisie héréditaire sur 95 sujets, tandis que M. Rufz, observant des malades appartenant à sa pratique privée, et placé par conséquent dans les meilleures conditions pour obtenir des renseignements exacts et complets, a rencontré l'influence héréditaire 24 fois sur 30 (*Étude de la phthisie pulmonaire à la Martinique*, *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, 1841-1842). Il y a donc là une exagération évidente que l'auteur anglais n'a sans doute émise que pour les besoins de sa cause; c'est là, du reste, un secours dont elle eût pu se passer; car il ne saurait venir à l'esprit de personne de confondre dans une étude de pathogénie, la maladie congénitale et la maladie acquise.

Mais poursuivons: « La phthisie est donc essentiellement une maladie de la nutrition, et toutes les causes de cette maladie agissent en empêchant directement ou indirectement une digestion et une assimilation parfaites des aliments, et leur conversion en un sang complétement organisé et vivant. J'incline fortement vers la pathologie humorale, et je veux appeler l'attention sur quelques points de ressemblance existant entre la phthisie et deux autres maladies, la chlorose et le scorbut, qui proviennent également d'une nutrition pervertie, et dans lesquelles le sang est plus particulièrement altéré. Dans la phthisie et la scrofule nous avons vu que toute la constitution est dans un état de débilité, et que des tubercules solides s'échappent du sang. Dans le scorbut il existe une extrême faiblesse, et il se fait dans le tissu cellulaire une effusion de fibrine et de globules rouges. Dans la chlorose, maladie des jeunes femmes, caractérisée par de l'abattement, avec menstruation irrégulière et des symptômes nerveux et dyspeptiques variés, nous observons un abaissement dans la proportion des globules rouges, et dans beaucoup de cas, l'effusion de la partie aqueuse du sang, dans le tissu sous-cutané. Dans chacune de ces maladies, nous constatons qu'il est nécessaire de diriger notre attention sur les fonctions nutritives. Dans le scorbut, l'usage des acides végétaux et des végétaux frais a une efficacité que peuvent à peine connaître les médecins qui n'ont pas observé cette maladie parmi les marins d'un grand port de mer, puisque l'emploi général d'un régime antiscorbutique a presque fait disparaître cette affection autrefois si redoutable pour nos ancêtres. Dans la chlorose, nous administrons quelque préparation de fer, afin qu'étant absorbée par les organes digestifs, elle vienne rétablir la proportion de ce métal nécessaire à la formation des globules rouges du sang. Enfin, dans les maladies scrofuleuses, nous prescrivons maintenant de l'huile, qui est assimilée, et qui paraît avoir une influence considérable pour combattre la tendance aux dépôts tuberculeux. »

Nous étions d'autant plus porté à exposer dans son intégrité la doctrine de M. Turnbull, que nous partageons entièrement cette manière de voir dans ce qu'elle a de fondamental, et que nous ne nous séparons de l'auteur anglais que sur quelques points de détails. Nous sommes pleinement convaincu que la phthisie acquise est sous la dépendance immédiate d'une fonctionnalité imparfaite des organes de la nutrition, tout comme certains autres états morbides, que des travaux récents ont montrés reconnaître pour condition essentielle une perturbation plus ou moins durable, plus ou moins profonde dans les phénomènes vitaux qui président aux mouvements nutritifs. Cette question de pathogénie a de plus une tout autre portée qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord; car de l'interprétation de ces phénomènes primitifs et de leur évolution découle comme conséquence directe et nécessaire la notion de la nature et de la structure du tubercule lui-même. Ainsi, après avoir adopté la doctrine dont nous avons voulu rendre compte, l'auteur doit forcément rompre avec la théorie de l'hétéromorphisme, il doit renoncer à chercher dans les granulations tuberculeuses une caractéristique spéciale, il ne peut plus y voir qu'un plasma plus ou moins imparfaitement développé, plus ou moins impropre à l'organisation, une modification, un dérivé plus ou moins éloigné de la cellule normale type. Telle est en effet l'opinion de M. Turnbull qui accepte pleinement les idées à la défense desquelles ont été consacrés il y a quelques années les travaux remarquables de Bennett, Paget, Vogel, Virchow, et de MM. Gubler, Mandl et Delafond.

Il y a malheureusement ici dans l'ouvrage qui nous occupe une véritable lacune. Puisqu'un article spécial est consacré à l'anatomie pathologique, l'auteur eût dû, ce nous semble, décrire la disposition qu'affecte le plasma anormal épanché dans le tissu pulmonaire, étudier les modifications qu'il subit pour passer à l'état de granulation grise, puis de tubercule cru (matière jaune); il eût dû nous montrer comment les lois qui président à l'évolution rétrograde des éléments histologiques, permettent de se rendre compte des changements subis par les dépôts tuberculeux; il eut dû tout au moins ne pas passer sous silence des discussions qui ont divisé, qui divisent encore les anatomo-pathologistes les plus éclairés. Et, par exemple, admet-il avec Laennec (*Traité de l'auscultation*, Paris, 1837), avec M. Louis (*loco cit.*), que la granulation grise précède constamment la granulation jaune, ou bien pense-t-il avec M. Andral (*Précis d'anatomie pathologique*, Paris, 1829), avec MM. Rilliet et Barthez (*Traité des maladies des enfants*, t. III) que la granulation jaune peut naître d'emblée? D'autre part, et ceci est plus important encore, que pense M. Turnbull de cette question: La granulation grise est-elle l'élément primordial de l'évolution des tubercules? Penche-t-il pour l'affirmative avec Schrœder van der Kolk (*Observationes anatomico-pathologici et practici argumenti*, Amsterdam, 1826), Carswell (*Illustrations of the elementary forms of disease*), et M. Natalis Guillot (*Description des vaisseaux particuliers qui naissent dans les poumons tuberculeux*, *Expérience* 1838); ou bien au contraire serait-il porté à admettre avec Dalmazzone (*Reperto. di medici.* Torino, 1826), Rochoux (*Bulletin universel de Férussac*, 1829), et Charles Baron (*Recherches sur la nature de la matière tuberculeuse*, *Archives de médecine*, VI) (1) que cette granulation grise est elle-même précédée d'une modification appré-

(1) Il n'y a pas d'épithète dans le texte anglais; mais il est évident qu'il s'agit du processus hématopoiétique.

(1) Il faut avoir soin de ne pas confondre Ch. Baron, médecin français dont il est ici question, avec l'Anglais John Baron; ce dernier, ayant pris plusieurs fois des hyda-

ciable dans les lobules pulmonaires? Ce sujet méritait d'autant plus d'être au moins discuté que notre confrère le docteur Luys a réhabilité dans un travail des plus remarquables (*Études d'histologie pathologique sur le mode d'apparition et l'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire*, thèse de Paris, 1857), les petits *corps rouges* et les *épanchements sanguins* de ces derniers auteurs, et a parfaitement montré que ces dispositions, souvent difficilement appréciables, mais saisissables néanmoins dans bon nombre de cas, correspondent précisément au véritable début de la lésion, c'est-à-dire au moment où se fait dans les vésicules et dans les lobules pulmonaires une exsudation plus ou moins chargée des éléments du sang; d'où M. Luys conclut avec beaucoup de raison que *le dépôt plastique qui constitue la granulation grise est vraisemblablement toujours précédé d'une forte congestion des vaisseaux.*

Après avoir étudié avec le plus grand soin, et en s'appuyant sur des documents officiels, les causes de la phthisie, M. Turnbull en a décrit les symptômes avec une concision et une netteté bien faites pour les graver dans tous les esprits; il a particulièrement insisté, avec d'autant plus de raison que ce fait est moins souvent signalé, sur les accidents gastriques qui se montrent dans certains cas comme manifestations primitives de la maladie, et qui précèdent souvent de plusieurs semaines tout autre dérangement appréciable dans la santé générale, et à plus forte raison tout signe physique de la lésion pulmonaire. Ces accidents gastriques consistent en phénomènes dyspeptiques variés, mais surtout en vomissements quelquefois très opiniâtres. Nous n'aurions donc que des éloges à donner à ce chapitre, si l'auteur n'avait émis, à propos de l'hémoptysie, une assertion que nous ne pouvons négliger de combattre : il avance en effet qu'à l'exception des cas où cette hémorrhagie provient d'une violence extérieure, d'une affection cardiaque, ou de la suppression des règles, elle constitue le symptôme le plus certain de la lésion tuberculeuse. C'est beaucoup trop restreindre, selon nous, le champ des hémoptysies qui surviennent en dehors de cette condition ; et de ce que M. Andral est arrivé à cette conclusion que le cinquième seulement des sujets atteints d'hémoptysie échappe à la tuberculisation (*Clinique médic.*), il ne s'ensuit pas du tout, ainsi que paraît le croire l'auteur anglais, que tous ceux qui crachent du sang et qui ne sont pas dans l'une des trois catégories exceptionnelles qu'il signale, sont fatalement voués à la phthisie. En d'autres termes, l'hémoptysie non tuberculeuse reconnaît fort heureusement bien d'autres causes que celles qui sont ici mises en avant. Tout en faisant appel aux souvenirs et à l'expérience de chacun, qu'il nous soit permis de noter que Forestus (l. XVI; obs. 12) l'a signalée après de grands accès de toux, quelle que fût d'ailleurs la cause de cette dernière; que Zacutus Lusitanus (*Prox. hist.*, lib. VIII, obs. 22) cite une observation où elle parut n'avoir d'autre origine qu'un rire prolongé; que Baillou (*Op.* t. III, p. 355) a insisté sur la course rapide comme cause d'un crachement de sang sans conséquence grave, et qu'il en fut lui-même atteint dans ces circonstances; que Galien (*De loc. affect.*, l. IV, c. VIII) et Cœlius Aurelianus (*Op.*, p. 389), ont noté les cris comme cause suffisante d'hémoptysie. On connaît également l'influence rapidement dangereuse du chant sous ce rapport, surtout lorsque le chanteur fait des efforts pour dépasser les limites naturelles de sa voix, et l'on sait que Grétry fut atteint d'un crachement de sang considérable en sortant d'un concert où il avait chanté un air très haut de Galuppi. Ajoutons à cette liste que nous pourrions augmenter encore, l'effet incontestable de l'ascension des hautes montagnes (de Saussure, *Ascension au Mont-Blanc;* Percival in *Philosophical Essays*), et nous verrons que, sans sortir des faits bien et dûment constatés, sans accepter comme vraies les assertions problématiques de Chesnau (l. II, c. V) qui attribuait le crachement de sang à l'opium, de Quarin (*Animadversiones*, p. 66), qui regardait l'usage immodéré des asperges comme capable de produire cet accident, nous verrons qu'il existe un bon nombre d'hémoptysies méritant réellement le nom d'essentielles. En faire abstraction et ne regarder comme indépendantes de la phthisie que celles qui sont traumatiques ou supplémentaires, est une négligence regrettable à un double titre; d'une part, c'est aller contre la vérité, et de plus, c'est augmenter hors de propos l'inquiétude que font toujours naître les accidents de ce genre et chez le malade et chez le médecin. Telle est même la raison principale qui nous a inspiré les remarques précédentes.

Avant d'exposer l'ensemble des moyens par lesquels il espère arriver à la guérison de la phthisie pulmonaire, l'auteur a consacré un long chapitre à en établir, à en prouver la curabilité. C'est là que nous espérions trouver des preuves et des arguments nouveaux, c'est là que nous pensions rencontrer un nombre de faits suffisant pour nous permettre d'arriver à une proportion de guérisons digne d'être prise en sérieuse considération. Or, nous devons le dire, notre attente n'a pas été pleinement réalisée : les faits bien connus de Bayle, de Laennec, de Rogée (*Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire*, *Arch. méd.*, 1839), de Valleix (*De la curabilité de la phthisie pulmonaire*, *Arch. méd.*, 1841), de Boudet (*Recherches sur la composition chimique du parenchyme pulmonaire et des tubercules dans leurs différents états*, Paris, 1844), constituent la partie la plus importante de l'argumentation ; joignez-y la mention des opinions analogues de Carswell, de Kingston (*Medic. chir. Transact.*, 1837), de Hughes Bennett (*Frequent and spontaneous cure of pulmonary consumption*, *Edinb. med. and. surg. Journal*, 1845), et vous l'aurez en réalité tout entière. A la suite de cette discussion, M. Turnbull rapporte 19 observations qui lui sont personnelles ; mais les conclusions qu'il en tire lui-même ne nous ont pas semblé ni bien rigoureuses, ni bien probantes en faveur de la thèse qu'il défend : « De ces dix-neuf malades, dit-il, deux sont morts après que la maladie était arrêtée depuis quelque temps ; mais je sais, par suite d'informations récentes et positives, que plus de la moitié des autres sont encore en vie; il en est sans doute de même de quelques-uns des autres dont je n'ai plus entendu parler. » En résumé, l'auteur anglais a prouvé une fois de plus que la tuberculisation pulmonaire *peut* être enrayée pour un temps plus ou moins long, ou même pour toute la durée de la vie du sujet, ce qui constitue alors une véritable guérison, mais il ne nous paraît point avoir enlevé à cette guérison son caractère malheureusement trop exceptionnel.

Nous dirons peu de chose du traitement préventif proposé par le médecin de Liverpool; il ne s'éloigne pas en effet de ce qui est généralement conseillé à cet égard : observation exacte des règles de l'hygiène dès l'âge le plus tendre, surtout chez les enfants héréditairement prédisposés; air pur; ventilation; maintien de la fonction respiratoire à un degré normal d'activité; exercices gymnastiques et équestres; voyages sur mer; régularisation des fonctions physiques et intellectuelles; action pleine et entière des organes sécréteurs; régime et médication toniques. Ajoutons, pour être juste, que M. Turnbull a étudié avec le plus grand soin l'effet des climats de montagnes, et qu'il s'est efforcé de préciser les indications du changement de climat conseillé trop souvent d'une façon tout à fait banale.

Le traitement curatif est divisé en deux parties, suivant qu'il s'adresse à la maladie générale, à la maladie constitutionnelle (*the constitutional disease*), ou bien aux accidents locaux. Nous devons nous borner ici à une simple énumération : ce n'est pas sans surprise que nous avons vu les médicaments préconisés par l'auteur être complétement inusités en France, à l'exception des huiles animales, de la créosote et du goudron. Nous sommes par conséquent hors d'état de porter un jugement quelconque sur leur action; mais nous croyons utile de les mentionner ici, afin que chacun puisse être à même de les expérimenter à l'occasion.

Pour combattre les accidents dyspeptiques du début de la phthisie, M. Turnbull a recours à l'emploi des *acides chlorhydrique* ou *nitrique*. Ils ont, selon lui, une double action; ils agissent en augmentant l'action dissolvante du suc gastrique sur les aliments, ou bien par l'action tonique qu'ils exercent sur l'estomac. Les donne-t-on dans le premier but, ils doivent être aussi agréables au goût que possible et administrés avec la *teinture d'orange* et le *sirop de*

tides pour des tubercules, était arrivé à cette conclusion, que le tubercule est constitué primitivement par une vésicule transparente. (*Illustrations of the Inquiry Respecting Tuberculous Diseases*, London, 1822.) — Madame Boivin a donné une traduction de cet ouvrage.

limons; les emploie-t-on, au contraire, en vue de leur influence tonique, il faut les unir à la *teinture de columbo* ou de *gentiane* et les donner à jeun. Il joint à ces moyens l'emploi des préparations de fer ; il donne la préférence au *citrate* et au *citrate ammoniacal*, mais par-dessus tout à la *teinture éthérée d'acétate de fer*.

Se fondant sur ce que l'oxygénation est insuffisante dans les maladies chroniques et dans celles du poumon surtout, il propose ou bien de donner des remèdes capables de fournir directement au malade l'oxygène qui lui manque (*chlorate de potasse, l'acide nitrique uni à l'huile de morue*), ou bien d'administrer des substances capables de déterminer une action plus intense de l'oxygène atmosphérique sur les tissus du corps ou sur les éléments combustibles des aliments (*potasse, sucre de lait, petit-lait*). Mais à côté de ces moyens adjuvants, le remède le plus efficace, celui dont l'auteur ferait volontiers un spécifique, c'est l'*huile de foie de morue*. Il a donné les indications les plus précises sur son mode d'administration, et a insisté particulièrement sur la persévérance qu'on doit apporter dans son emploi.

Passons au traitement des accidents locaux et des complications: il recommande contre la toux, outre l'opium et la morphine, la *teinture de jusquiame;* contre l'expectoration trop abondante, la *créosote*, l'*esprit pyroxylique* et l'*éther acétique*. Quant aux médicaments administrés par inhalation, l'auteur anglais préfère de beaucoup à l'iode l'*iodure d'éthyle*, qu'il fait respirer à la dose de 15 à 20 gouttes. Tout en reconnaissant l'efficacité des moyens généralement usités dans le traitement de l'hémoptysie abondante, tels que le repos, le froid, l'alun, etc., il met au-dessus de tous l'*acide gallique;* il n'indique pas la dose.

Lorsqu'il survient dans le cours de la phthisie des accès de fièvre dépendant le plus souvent de quelque irritation locale, il faut suspendre le traitement tonique et administrer le *bicarbonate* et le *nitrate de potasse*, quelquefois avec addition d'*acide cyanhydrique*, le tout dans du *jus de citron*. Les sueurs sont-elles immodérées, il faut recourir à l'emploi de l'*acide sulfurique dilué* ou de l'*acide gallique*. Existe-t-il des nausées et des vomissements qui empêchent de mettre le malade à l'usage de l'huile de morue, il faut donner les *apéritifs*, combinés, s'il y a tendance à la diarrhée, avec l'*opium* ou la *poudre de Dower*. Dans d'autres cas, l'*eau de chaux avec du lait* jouit d'une grande efficacité; quelquefois 5 à 6 gouttes de *chloroforme* sur du sucre réussiront là où les autres moyens ont échoué; mais le remède auquel l'auteur reconnaît, en définitive, l'action la plus constante contre les accidents dont il s'agit ici, c'est la *créosote;* contre la diarrhée rebelle, il préfère à tous les autres médicaments le *nitrate d'argent* et le *trinitrate de bismuth*.

Tel est le véritable arsenal pharmaceutique auquel M. Turnbull doit ses plus beaux succès. Ne pouvant, nous l'avons dit déjà, juger des médicaments que nous n'avons jamais vu administrer, nous nous bornons à faire des vœux pour qu'ils soient mis à l'essai, et surtout pour que ces expériences ne viennent pas démontrer une fois de plus que cette richesse apparente n'est en réalité que le luxe de la misère.

Dr JACCOUD.

V

VARIÉTÉS.

La rentrée solennelle des trois Facultés et de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, a eu lieu le 15 novembre dernier, sous la présidence de M. Donné, recteur de l'Académie.

M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine; M. Gervais, doyen de la Faculté des sciences; M. Siguy, doyen de la Faculté des lettres, ont présenté, dans leurs judicieux rapports, les résultats de l'année classique et l'énumération des services et des travaux de leurs collègues.

M. Jeannel, professeur de philosophie à la Faculté des lettres, a prononcé le discours d'usage ; puis M. le recteur a proclamé les noms des lauréats de la Faculté de médecine : 1re année, prix, M. Masse ; mention honorabl, M. de Jollin. — 2e année, prix, M. Mourgues. — 3e année, prix, M. Grynfelt ; mention honorable, M. Magne.

— La séance annuelle de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger a eu lieu le 22 de ce mois, sous la présidence de M. le recteur de l'Académie. La séance a été ouverte par un discours de M. le professeur Patin ; puis M. Bertherand a lu un rapport sur les travaux de l'école qu'il dirige. Ce rapport lucide, intéressant, plein de conseils paternels à l'adresse des élèves, constate que l'école d'Alger est sensiblement en voie de progrès. Ce que n'a pu dire M. Bertherand, c'est que ce progrès est en grande partie le fruit de son habile direction.

— Par décret du 17 novembre dernier, M. le docteur Sédillot, médecin principal de 1re classe, chef du service médical de l'hôpital militaire de Strasbourg, a été nommé directeur de l'École du service de santé militaire institué près la Faculté de médecine de cette ville.

— Par décret du 1er décembre 1860, S. M. l'Empereur a nommé présidents :

1° De la Société de prévoyance du département à Quimper (Finistère), M. Halléguen, en remplacement de M. Gestin ; 2° de la Société de prévoyance du département à Nevers (Nièvre), M. Thomas père.

— Par décret du 24 novembre 1860, ont été nommés, dans le corps des officiers de santé de la marine impériale :

Au grade de médecin professeur, M. le docteur Ollivier. — Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Amouretti, Bonnescuelle de Lespinois, Juvénal, Castel, Clouet, Bourgault.. — Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Maupiou, Auffret, Geoffroy, Fourcy, Douillé, Mathis, Foiret, Prouteaux, Beauchef, Desgranges, Beuf, Méry, Caër, Launay. — Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Geoffroy, Ély, Valleteau de Mouilliac, Ercole, Décugis, Beaussier, Anner, Miorcec, Aumas, Le Véziel, Duhallé, Bellangé, Privat de Garilhe, Desgraves, Roussel, Guérin, Jouon, Leroy, Nègre, Manson, Froment. — Au grade de pharmacien de 1re classe, M. Baudet. — Au grade de pharmacien de 2e classe, M. Lépine. — Au grade de pharmacien de 3e classe, MM. Gizolme, Chevrier, Richard, Lion, Lejeune.

— Le tribunal de Provins a condamné, pour exercice illégal de la médecine, une somnambule à quatorze fois 10 francs d'amende pour autant de contraventions constatées, aux dépens et à 200 francs de dommages-intérêts envers la Société locale des médecins de l'arrondissement de Provins, intervenant dans la poursuite comme partie civile.

C'est Me Paul Andral qui a soutenu les droits de nos confrères. Ses conclusions, fortement motivées, ont été complétement adoptées par le tribunal.

— Une Société locale agrégée à l'Association générale vient de se fonder à Mulhouse (Haut-Rhin).

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours de médecine au collége de France vendredi prochain, 14 décembre, à midi, et le continuera le mercredi et le vendredi, à la même heure.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Antoine Masson, professeur de physique au collége Louis-le-Grand et à l'École centrale, agrégé à la Faculté des sciences. Il était âgé de cinquante-quatre ans. Outre des travaux remarquables sur l'électricité, l'acoustique et la chaleur rayonnante, M. Masson avait publié, avec M. le professeur Longet, des *Études expérimentales sur la voix et les causes de la production du son.* Ce travail important a été publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (t. V, p. 117). M. Masson s'était occupé un des premiers de l'application de l'électricité au traitement des maladies, et avait proposé dans ce but un appareil très ingénieux.

— M. le docteur Lelouis, médecin-major de 1re classe au 1er régiment de zouaves, vient de mourir à Moulins (Allier).

— M. Tharsile-Valette, chirurgien de l'hôpital de Perpignan, membre corespondant de la Société de chirurgie, vient de mourir à l'âge de quarante-deux ans. M. Valette avait publié récemment deux mémoires sur l'*Ostéomyélite* et sur un *Nouveau procédé sur la ligature de l'artère occipitale.*

Pour toutes les variétés : A. DECHAMBRE.

ERRATUM. — Une erreur de composition s'est glissée dans l'extrait que nous avons donné, dans le dernier numéro, du travail de M. Léon Lefort. On a attribué à la résection coxo-fémorale une phrase qui appartenait à l'histoire générale des résections, et spécialement à celle du genou. Le texte, p. 787, dernière ligne, doit être ainsi rétabli : « La résection de la hanche, pratiquée pour la première fois en Angleterre par White en 1821, avait été presque oubliée, etc. » (*Note de la Rédaction.*)

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 21 DÉCEMBRE 1860. N° 51.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 20 décembre 1860.

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE A SES LECTEURS.

Au moment d'inaugurer sa huitième année d'existence, la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE ne croit pas inopportun d'adresser à ses lecteurs quelques remarques et explications sur la position qu'elle a prise comme instrument du progrès scientifique et comme organe des intérêts professionnels et moraux du corps médical.

I. Il existe en médecine un courant assez difficile à définir d'un mot, mais qu'on peut caractériser en disant que, formé et incessamment alimenté par les magnifiques conquêtes de l'histologie et de la physiologie modernes, il tend à porter la science au delà des limites où l'avaient retenue jusqu'ici les doctrines régnantes, l'organicisme aussi bien que le vitalisme; celui-ci, en s'immobilisant dans la contemplation de lois générales à peu près insensibles aux acquisitions de faits; celui-là en fondant toute la clinique sur le principe souvent faux, presque toujours insuffisant, du rapport des symptômes avec la *lésion de tissu*. Cette tendance n'aboutit pas toujours immédiatement à des applications pratiques; mais on lui en doit déjà de remarquables; mais elle en prépare une foule d'autres; mais, alors même qu'elle n'enrichit pas la thérapeutique, elle éclaire parfois merveilleusement la pathologie, et trouve le mot d'états morbides restés jusque-là à l'état d'énigmes (exemples : la *leucocythémie*, la *glycosurie d'origine cérébrale*, etc.); mais, enfin, elle ne porte aucune atteinte, elle ne crée aucun obstacle à ce qui est né ou pourra naître des méthodes anciennes.

En ce qui la concerne, la GAZETTE HEBDOMADAIRE croit pouvoir se rendre cette justice que, si elle fait effort pour pousser la médecine contemporaine hors des vieux chemins où nos maîtres ont trouvé la gloire, hors des chemins qui étaient, il y a quarante ans, les avenues avancées de la science, mais

FEUILLETON.

Revue professionnelle.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — DISCOURS DE Me PAUL ANDRAL : REMARQUES.

Le discours de Me Paul Andral à la séance annuelle de l'Association générale résume avec précision les principales questions d'intérêt professionnel qui concernent le corps des médecins. On ajouterait qu'il les apprécie et les résout avec un grand bon sens, si les solutions qu'il en a données ne se rencontraient si exactement avec celles que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a maintes fois défendues. Non que la GAZETTE ait la prétention de dénouer, par des procédés spéciaux, les difficultés de jurisprudence médicale, encore moins la fatuité d'accuser d'imitation ceux qui pensent comme elle ; mais les dissidences sont fréquentes en de telles matières, et nous constatons seulement, comme un bonheur et un honneur, notre accord avec le savant conseil judiciaire de l'Association. Notre but, à cette heure, est seulement de rappeler, en y ajoutant quelques remarques, les principaux points de son discours, que le défaut d'espace nous a empêché de reproduire.

Les questions traitées par Me Andral peuvent être partagées en deux catégories : les unes relatives aux *honoraires*, les autres à la répression du *charlatanisme* et de l'*exercice illégal*.

Sur les premières, concernant le *tarif des honoraires* pour *expertises médico-légales*, la *prescription de l'action des médecins* pour *leurs visites et opérations*, le *privilége* de leurs créances pour *frais de dernière maladie*, Me Andral pense comme a pensé le congrès médical de 1845. La rémunération pour expertises médico-légales est dérisoire. On sait, en effet, que, aux termes combinés du décret du 18 juin 1811, du décret du 7 avril 1813 et de l'ordonnance du 28 novembre 1818, les médecins requis à titre d'experts par la justice criminelle, *dans le lieu même ou à moins d'un myriamètre de leur résidence*, reçoivent : 1° par visite et rapport, 6 fr. à Paris, 5 fr. dans les villes de 40,000 âmes et au-dessus, 3 fr. dans les autres villes et communes; 2° pour leur comparu-

qu'un horizon sans cesse élargi relègue aujourd'hui sur le second plan; si elle appelle, avec toute la jeunesse médicale, des vues nouvelles, des faits nouveaux, elle n'oublie ni ne dédaigne aucun des enseignements du passé. Loin de là, plus qu'aucune autre feuille peut-être elle est vouée au culte de l'histoire, et ç'a été plus d'une fois son rôle, — nos lecteurs s'en souviennent, — de revendiquer les droits de nos devanciers et de rendre à chacun son bien.

Encourager dans son œuvre l'esprit moderne de la médecine sans rompre avec les traditions légitimes; donner le plus possible à la science sans méconnaître les exigences de l'empirisme; poursuivre la conception de la maladie sans y asservir la thérapeutique; élever le rôle du médecin sans rabaisser le praticien : telle a donc été, telle est encore la tâche de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. En l'entreprenant, elle s'attendait à des difficultés, car elle savait que, contrairement à la prétention ordinaire des publications nouvelles, elle venait moins pour répondre à un besoin senti que pour l'exciter, sinon pour le faire naître. Sa clientèle en France et, nous pouvons le dire, dans toutes les parties du monde savant, lui donne la ferme assurance que ces difficultés sont aujourd'hui vaincues.

Dans la double voie que nous essayons de parcourir, deux sociétés savantes se font remarquer : la *Société des médecins des hôpitaux* et la *Société de chirurgie*, qui renferment l'élite de la génération médicale de Paris. Les comptes rendus de l'une et de l'autre paraissent maintenant régulièrement dans ce journal. Nos lecteurs ont sous les yeux, le vendredi matin, ce qui a été dit ou lu dans ces Sociétés le mercredi soir; et ils ont pu s'assurer déjà que, même en ne s'attachant qu'aux communications d'un intérêt sérieux, il y a là une source abondante d'instruction.

Une autre amélioration qui nous a été demandée à diverses reprises était plus difficile à réaliser; il s'agissait de relever ce qu'il y a d'utile dans les travaux courants sur la pharmacie et l'histoire naturelle. Reproduire ce que contiennent les journaux et les livres, copier des formules, est une besogne aisée; mais c'est contribuer à l'abaissement de la science, qui, en ce genre, gémit sous un fatras stérile et gros de déceptions. Il ne nous convenait d'aborder ce terrain qu'en y portant l'esprit critique; mais une bonne critique suppose une haute compétence, et la compétence en cette matière n'est pas commune parmi les rédacteurs des journaux de médecine. La précieuse collaboration de M. Léon Soubeiran est venue remplir cette lacune, et la GAZETTE HEBDOMADAIRE publie actuellement une *Revue de pharmacie et d'histoire naturelle*.

Des *suppléments* restitueront, quand il y aura lieu, aux autres parties de notre cadre la place que ces diverses additions auront pu leur faire perdre.

II. Un grand acte professionnel est en voie de s'accomplir; le corps médical de France s'agrége dans une *Association générale*. Autant la GAZETTE a mis de fermeté à saper les bases primitivement proposées, parce qu'elles lui paraissaient dangereuses, autant elle met d'empressement et de sincérité à accepter celles qui ont prévalu, parce qu'elle y trouve un sérieux appui pour les intérêts du corps médical. Elle ne fait qu'un souhait : c'est que, sous l'égide de cette grande institution, les intérêts moraux puissent être défendus avec le même zèle, la même équité et le même courage que les intérêts professionnels. Moyennant quoi, l'*Association générale* n'aura pas de plus dévoués défenseurs que nous.

Ceci nous conduit à une question délicate, mais qui, rendue publique par ceux mêmes qu'elle intéresse, ne nous impose plus d'autre obligation que celle de la franchise. La presse médicale est en proie à une concurrence qui nuit gravement à son succès matériel. Les annonces payées s'offrent naturellement comme un remède à ce mal. Un industriel a entrepris de les centraliser et de les affermer dans tous les journaux de médecine, à des conditions fort avantageuses pour ceux-ci, et qu'il a bien voulu nous faire connaître. Nous n'avons pas à nous préoccuper du résultat général de ses démarches; nous réclamons seulement le droit de dire pourquoi l'éditeur et le rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE se sont trouvés d'accord pour résister à toutes les instances. Nous n'avons pas cru que la surveillance de la *Rédaction* pût jamais, comme on nous le disait, obtenir des annonces la garantie de la véracité, parce que ce serait faire violence à leur nature, et que, dans ce cas, elles se retireraient d'elles-mêmes en laissant tomber la combinaison industrielle. Et si les annonces devaient être fallacieuses, il ne nous a pas paru qu'elles dussent devenir innocentes en passant des journaux politiques dans les journaux de médecine. Tout au contraire, nous nous sommes cru interdit d'accueillir chez nous contre argent ce qui nous paraît détestable là où nous n'y avons aucun profit. Nos prévisions étaient-elles justes, notre répugnance bien inspirée? D'autres en décideront; mais ce serait, on en conviendra, un spectacle étrange si l'Association, s'avisant de prendre au mot Me Paul Andral et de poursuivre certaines annonces pour *promesses illusoires, allégations mensongères*, etc. (voir au *Feuilleton*), pouvait relever ces annonces dans quelque feuille

tion devant le juge d'instruction ou aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, 2 fr. à Paris, 1 fr. 50 dans les grandes villes, 1 fr. dans les petites communes. Encore cette indemnité ne leur est-elle allouée que s'ils requièrent taxe. Sont-ils obligés de franchir le cercle de leur résidence, élargie comme on vient de voir, si c'est pour une *visite* ou une *opération*, ils palpent 2 fr. 50 pour chaque myriamètre parcouru; et si c'est pour comparaître devant la justice, il ne leur est dû que 1 fr. par chaque myriamètre, à la condition encore de requérir taxe. Nous avons vu avec grand plaisir que cette question délicate de la révision du tarif devait être l'objet d'une étude attentive, à laquelle a été convié M. Tardieu. A côté de l'insuffisance du tarif, l'assimilation à un témoin, et la rétribution comme tel, d'un médecin appelé devant un juge d'instruction ou tout au moins devant un tribunal, *à raison de ses visites ou rapports*, éveillera certainement l'attention de la commission. Il nous paraît difficile de considérer comme un simple apport de témoignage un exposé raisonné de faits, aboutissant à une conclusion scientifique; car la conclusion d'un rapport ou d'une déposition d'expert n'est presque jamais autre chose.

La jurisprudence, sous l'autorité supérieure de la Cour de cassation, finira-t-elle par admettre définitivement, comme Me Andral en a la confiance, que dans l'article 2101, concernant les créances privilégiées, les mots *dernière maladie* doivent s'entendre de la maladie soignée en dernier lieu, quelle qu'en ait été l'issue, et non exclusivement de la maladie dont le sujet est mort? Nous l'espérons aussi, malgré l'opposition assez forte qui se manifeste sur ce point dans certaines cours de justice et parmi les syndics. Nous l'espérons surtout depuis que nous avons pris connaissance de l'arrêt de la Cour de Toulouse signalé par l'orateur. Mais il est un autre point sur lequel il nous reste, malgré tout, quelque inquiétude. « On s'est demandé si, pour le médecin, la prescription courait de la dernière visite faite par lui au malade, ou si, au contraire, l'émolument de chaque visite se prescrivait pour un an à compter de cette visite. » Et Me Andral se prononce pour la première interprétation. Telle est, en effet, la conclusion de la

médicale prodigue de vœux pour son œuvre de moralisation; spectacle d'autant plus étrange et plus pénible, qu'il s'agirait quelquefois, dans l'espèce, non plus de charlatanisme, non plus de contravention, mais d'un des éléments de l'*escroquerie*, comme il ressort du discours de l'honorable conseil judiciaire de l'Association.

A. Dechambre.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

D'UNE FORME DE DÉLIRE, SUITE D'UNE SUREXCITATION NERVEUSE SE RATTACHANT A UNE VARIÉTÉ NON ENCORE DÉCRITE D'ÉPILEPSIE; par le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon.

(Épilepsie larvée.)

(Suite. — Voir le numéro 48.)

Mais, pour bien établir ce qui adviendra en pareille occurrence, j'ai besoin de dire ce que j'ai observé dans des cas identiques. Je vais citer quelques observations choisies dans un assez grand nombre que je possède; je serai aussi bref que possible.

Obs. II. — Une de nos malades pensionnaires, âgée de soixante ans, et qui a été soignée à Paris par nos grandes notabilités médicales, a fait pendant longues années le désespoir de ses nombreux médecins. Traitée tour à tour pour une névrose hystérique et pour une catalepsie, elle était regardée en définitive comme une *maniaque périodique* des plus dangereuses. Lorsqu'elle était prise de ses accès de *manie furieuse avec tendance homicide et abolition des sentiments* (ainsi que sa maladie était caractérisée dans une consultation signée par trois de nos principaux médecins), on ne pouvait maîtriser ses actes qu'en lui mettant la camisole. Ses crises terribles étaient périodiques, et dans les rémittences madame V... revenait à la raison la plus parfaite, mais ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé. Un jour elle faillit tuer sa fille aînée qui lui prodiguait ses soins depuis longues années. Cette circonstance, qu'on ne put lui cacher, la fit insister la première pour être placée dans une maison de santé, et, pour des raisons particulières, madame V... fut amenée à l'asile de Saint-Yon. Je tenais beaucoup à observer le début d'une de ces crises si redoutables de la malade, et, quinze jours après son entrée, je pus assister à toutes les péripéties de ce drame délirant. Je constatai d'abord que l'invasion de l'accès n'était pas aussi soudaine qu'on nous l'avait annoncée. Une grande loquacité, accompagnée de gaieté insolite, fut, dans le cas présent, un des signes prodromiques qui fixa d'abord mon attention. Madame V..., qui est ordinairement pâle, avait dans cette période le visage coloré; les yeux étaient brillants, et toutes les fonctions organiques s'exécutaient pourtant avec une régularité parfaite et acquéraient même comme une activité nouvelle. Jamais, disait cette malade *elle ne s'était aussi bien portée.* C'est là une manière de s'expliquer particulière aux épileptiques, aux paralysés généraux et à tous les malades au type convulsif. Dans cette même période, la conversation de madame V... était souvent interrompue par ce qu'elle appelait elle-même ses *secousses électriques et ses absences*. Dans ces instants, qui passaient avec la rapidité de l'éclair, elle devenait pâle et avait un léger tremblement des lèvres. Ces symptômes suffisaient pour faire soupçonner l'existence d'un état épileptique, et, après trois ou quatre jours de cette situation perplexe, l'agitation s'organisait d'une manière continue et arrivait à son summum d'intensité. Ce n'est qu'au bout de trois ou quatre mois de séjour que, me promenant avec cette dame dans le jardin de la maison, je fus témoin d'une attaque d'épilepsie foudroyante. Ce n'étaient plus de simples spasmes, des vertiges, mais tout l'ensemble de ce qui constitue le véritable accès épileptique, qu'il m'était donné d'observer: visage vultueux, puis violacé et livide, interception respiratoire, râle bruyant, écume sanguinolente, état convulsif d'une moitié du corps; puis après, accablement, sommeil soporeux.

Or, depuis que l'accès épileptique, chez l'aliénée qui fait le sujet de l'observation qui précède, s'est ainsi produit d'une manière complète, l'état que l'on était convenu d'appeler *agitation maniaque* est moins intense dans sa forme, et les actes de la malade, quoique empreints encore de violence, ne présentent plus, il s'en faut, le même danger. S'il m'était permis de hasarder non pas une théorie, mais une comparaison, je dirais que l'accès d'épilepsie, bien franchement accusé, fait dans ces cas l'office du conducteur, qui, en soutirant le fluide électrique, diminue ou annihile même le danger de la foudre. Les mêmes réflexions s'appliquent à plusieurs autres malades de notre asile qui étaient d'une violence désespérante tant qu'elles restaient dans cette période de leur mal, où l'épilepsie est comme *larvée*, et dont les exacerbations ont été moins dangereuses après l'accès confirmé.

Obs. III. — Une femme de quarante-cinq ans nous était arrivée pour la troisième fois, tantôt comme lypémaniaque, tantôt comme maniaque, mais, dans tous les cas, ses accès de folie, qui la prenaient soudainement d'après les commémoratifs, étaient accompagnés d'une explosion formidable d'agitation pendant laquelle cette aliénée était on ne peut plus dangereuse, vu la nature de ses tendances homicides. Dans ces derniers temps, elle eut de véritables accès d'épilepsie, des chutes, des convulsions, et, depuis ce temps, la violence de l'agitation a sensiblement diminué; seulement la crise maniaque se termine par une plus profonde hébétude.

Obs. IV. — Jamais il ne m'avait été donné d'assister à des accès de fureur pareils à ceux que nous présentait une jeune fille de dix-huit à dix-neuf ans, récemment admise dans cet asile. La moindre contrariété, une simple observation, faisaient éclater une colère si furieuse que cette malade se précipitait sur son entourage, poussant des cris de rage et mordant tous ceux qu'elle pouvait atteindre. Une fois la crise passée, elle n'en avait plus aucun souvenir, et venait à vous avec l'expansion propre à certains épileptiques qui vous prennent la main avec effusion, approchent leur visage du vôtre et vous font des caresses enfantines en affirmant *qu'ils ne sont pas méchants*, ou *qu'ils ne recommenceront plus.*

Je n'hésitai pas à classer cette aliénée parmi les épileptiques, quoique les renseignements que j'avais demandés constatassent

---

raison et de l'équité; tel a été, nous ne l'ignorons pas, le jugement de plusieurs tribunaux; mais est-ce le sens littéral de la loi? L'article 2274 dit très expressément que la prescription a lieu « quoiqu'il y ait eu continuation de fournitures, livraisons, *services* et travaux »; que cette prescription ne cesse de courir « que lorsqu'il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée. » Et cette disposition complémentaire s'applique expressément *aux cas ci-dessus* spécifiés, c'est-à-dire aux médecins, avoués, maîtres et instituteurs, hôteliers, etc. Sur ce sujet, nous aimerions mieux solliciter de l'autorité une modification au texte légal que de nous en rapporter à l'application de la loi actuelle, fût-ce par la haute Cour. Qu'on nous permette d'ajouter que, même reculée jusqu'à l'époque de la dernière visite, la prescription établie par l'article 2101 nous paraîtrait encore insuffisante, parce qu'elle est *annale*. Les mœurs médicales de notre temps et de notre pays, en faisant une affaire délicate de l'envoi un peu hâtif d'une note d'honoraires, frappent presque nécessairement de stérilité les bonnes intentions du législateur.

Entrons maintenant dans le domaine du charlatanisme et de l'exercice illégal de la médecine.

Dès son premier tome (p. 87), la Gazette hebdomadaire, fidèle à des opinions souvent exprimées ailleurs par son rédacteur en chef, refusait de s'associer au zèle intempéré d'un très honorable confrère, qui demandait des mesures sommaires contre le charlatanisme, telles que l'interdiction de l'annonce et de la réclame. Elle soutenait que le charlatanisme en soi n'est que l'exercice d'un droit individuel, aussi fâcheux, aussi blâmable, mais non pas plus passible de pénalités, que l'inconduite privée, ou même publique, qui ne va pas jusqu'à l'attentat aux mœurs; mais en même temps elle faisait entrevoir le moyen d'obtenir de la législation, sans en modifier en rien l'esprit, une protection plus efficace, et d'atteindre le charlatanisme, non plus dans son droit, mais dans les procédés déloyaux qui sont le plus ordinairement à son usage. La loi, disions-nous, « pourrait prononcer des peines sévères contre tout titre *usurpé* dans l'annonce, quand ce titre se rapporterait à une institution officiellement reconnue; poursuivre toute *allégation*

d'une manière positive l'absence des accès épileptiques. Le médecin de la localité, les parents de la jeune fille n'avaient rien observé de pareil, et l'on paraissait étonné de ma demande ; mais trois ou quatre mois après son entrée, l'épilepsie se révélait par des accès complets, c'est-à-dire par des convulsions, des chutes avec contracture des membres, écume à la bouche, de sorte que le doute n'était plus permis.

Depuis ce moment, la malade n'est plus aussi dangereuse ni aussi violente, quoiqu'elle le soit encore beaucoup ; mais elle est devenue plus hébétée.

Obs. V. — Le 28 juin 1858, nous arrivait, de la Salpêtrière de Paris, une femme âgée de trente-neuf ans, et qui n'a séjourné que deux mois dans cet hospice. Le certificat du médecin de la Salpêtrière constatait que la dame X... *était atteinte de manie, mais qu'elle allait beaucoup mieux, et qu'elle était en voie de guérison*. En effet, la maniaque en question était, ainsi que l'indiquait le certificat médical, parfaitement calme et tranquille; elle devint ici une des ouvrières les plus actives de la maison; aussi, m'appuyant sur le certificat de mon collègue de Paris, annonçai-je au mari que la sortie de sa femme serait prochaine.

Mais, au moment où je m'apprêtais à signer la sortie, j'entendis s'élever de tous côtés des plaintes contre cette aliénée. Les autres malades l'accusaient de les tourmenter et de les agacer; elle se relevait la nuit et devenait bruyante. Les dénégations qu'elle opposait aux accusations de ses compagnes ne pouvaient tenir contre les symptômes aussi palpables que ceux qu'elle présentait : visage rouge, yeux injectés, voix tremblante, parole embarrassée, mouvement de va-et-vient perpétuel, hallucinations terrifiantes, rire saccadé, sans motif, puis effusion de larmes; enfin accès de fureur avec paroxysme, puis oubli de tout ce qui s'est passé. Après quelques jours de l'agitation maniaque que je décris, la malade redevenait calme et tranquille, reprenait son ouvrage, et demandait avec instance sa sortie. Mais une nouvelle récidive, avec manifestation identique des symptômes précités ne nous permettait plus de nous fier au diagnostic de *manie avec amélioration et chance de guérison*.

A toutes les questions adressées au mari sur la probabilité de l'existence de l'épilepsie chez sa femme, celui-ci répondait par des dénégations formelles. Seulement il accusait une émotion très vive éprouvée par sa femme, et que lui-même avait partagée alors que, concierges l'un et l'autre d'une maison isolée, située près de la barrière de l'Étoile, des voleurs s'étaient introduits chez eux pendant la nuit, et qu'un des locataires avait failli être assassiné. Le fait remontait à cinq ans, et madame X..., depuis ce temps, avait éprouvé un grand changement dans sa santé, qui se traduisait par des inquiétudes vagues, de l'agitation et surtout par une grande irritabilité qui faisait contraste avec son caractère si connu de douceur.

Tous ces symptômes prirent progressivement une signification plus grave, jusqu'à ce qu'enfin une véritable explosion de folie obligea le mari à placer sa femme à la Salpêtrière. La folie de la malade consistait en alternances bien tranchées entre l'état connu sous le nom de *lypémanie* et la *manie furieuse*, c'est-à-dire qu'après quelques jours de mélancolie ou de prostration, elle devenait excessivement agitée, et qu'au bout d'un certain temps, la rémittence se signalait par le calme, le retour de la raison la plus parfaite. Mais, lorsque je pus observer de près cette malade, constater la manière subite, instantanée dont elle était prise de son mal, apprécier le danger que faisaient courir son excessive irritabilité, ses tendances suicides et homicides ; lorsque je fus certain que ses hallucinations étaient d'une nature terrifiante, et qu'elle ne conservait pour ainsi dire aucun souvenir de tout ce qu'elle avait fait et dit dans ses paroxysmes de fureur, je n'hésitai pas à classer madame X... parmi les épileptiques. Je recommandai à la sœur du quartier une surveillance particulière, et un jour je fus prévenu que cette femme était tombée dans un violent accès d'épilepsie. Les accès se renouvelèrent depuis tous les quinze jours. Notre épileptique est devenue plus douce de caractère, mais son intelligence a subi un affaissement notable ; elle n'a presque plus de mémoire. Je dus néanmoins, après une année de séjour, céder aux instances de la famille qui désirait reprendre sa malade. J'ai appris depuis que la situation de cette épileptique n'était pas beaucoup améliorée, et il est probable qu'il faudra l'isoler de nouveau à l'asile.

Ces faits et nombre d'autres que je pourrais citer m'ont porté à faire des aliénés épileptiques deux catégories distinctes : les uns ont des accès d'épilepsie confirmés ; chez les autres, l'épilepsie ne se traduit que par les symptômes que j'ai cités : *alternance périodique d'excitation et de dépression; manifestation d'accès de folie furieuse; hallucinations terrifiantes; irritabilité excessive; oubli de ce qui s'est passé dans les accès; affaiblissement graduel de l'intelligence, et surtout de la mémoire; reproduction du même délire, des mêmes actes dangereux ou extravagants à chaque nouvelle crise.*

C'est dans cette catégorie que je place une malade dont j'ai parlé dans mon *Traité des maladies mentales*, et qui depuis douze à treize ans a fait le désespoir de tous les médecins qui se sont succédé dans cet asile. Parfaitement lucide dans ses rémittences, qui durent trois semaines environ, madame X.... éprouve invariablement, à chacune de ses récidives, des phénomènes identiques. Trois jours avant l'explosion de son agitation furieuse, elle est d'une gaieté insolite, accuse un état de bien-être indicible ; elle est gaie, contente, et ne s'est jamais sentie si bien portante. Le lendemain, la malade se plaint de la migraine, de douleurs vagues indéterminées, sans pouvoir préciser le lieu d'élection de son mal. Les nuits sont mauvaises; elle fait des songes affreux. Enfin, le premier acte sérieux qui annonce le retour de la crise est de chercher à se briser la tête contre les murs, à frapper, déchirer, mordre. Ses conceptions délirantes sont invariablement les mêmes pendant le cours de chacun de ses accès. *Elle est l'Antechrist; on lui fait manger sa fille coupée en morceaux; elle est la tête de l'Apocalypse, condamnée à rugir, dévorer et mordre.* Rien ne saurait donner une idée du triste état de cette malheureuse dame pendant cette période, qui dure invariablement de cinq à six semaines.

La crise se termine par un profond état d'hébétement et de stupeur qui persiste cinq à six jours, et puis tout rentre dans l'état normal. Madame X.... se réveille comme d'un rêve pénible, et n'a aucun souvenir ni de ce qu'elle a fait ni du temps qui s'est écoulé dans ce triste état de fureur avec perversion de tous les sentiments. Il n'existe chez elle aucune lésion des mouvements, aucun embarras de la parole, son caractère devient seulement de plus en plus enfantin, et la mémoire est considérablement affaiblie.

Si maintenant nous voulons éclairer la situation de ces sortes

---

fausse, mensongère ou exagérée relative aux approbations des corps savants; enjoindre l'emploi des dénominations usitées au *Codex*, etc. »

Me Andral dit de son côté, avec la haute autorité de son savoir et de sa position : « On a quelquefois réclamé avec succès contre les charlatans l'application de l'art. 405 du Code pénal, qui édicte contre le délit d'*escroquerie* un emprisonnement de un à cinq ans. Pour constituer le délit d'escroquerie, la loi exige que le prévenu ait fait usage d'un *faux nom* ou d'une *fausse qualité*, ou qu'il ait employé des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un *pouvoir* ou d'un *crédit imaginaires*, ou *pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès*, d'un accident ou de tout autre événement *chimérique* (la *guérison certaine*). » Cette définition de l'escroquerie ne rend pas, il est vrai, dans sa plénitude la pensée de l'art. 405. Il ressort du contexte de cet article que la condition expresse et vraiment constitutive de l'escroquerie est de s'être « fait remettre ou délivrer » des fonds ou autres objets mobiliers. Mais, dans la pratique, cette condition est assez fréquemment réalisée, comme on l'a pu voir dans l'affaire Vriès.

Voilà donc une arme assez redoutable et toute fabriquée, mais d'un usage un peu trop restreint pour un mal aussi universel. Il nous paraîtrait dès lors souhaitable qu'on tentât, avec la prudence nécessaire en pareille matière, de préparer les voies à quelques compléments de la législation existante, dans le genre de ceux que nous indiquions tout à l'heure. Il nous semble même, — Me Andral dira si c'est une illusion, — que l'annonce, dans les journaux politiques ou dans les journaux de médecine, de pilules, tablettes, sirops, etc., sans indication de la nature ni des doses des substances composantes (exemples : *sirop antiphlogistique* de *X*..., *pilules purgatives* de *Z*..., etc.), constitue une atteinte à la loi de germinal an XI, qui interdit la vente et *l'annonce* de *remèdes secrets;* car, si ces remèdes ne sont pas secrets pour tout le monde, du moins ils *affichent* (c'est le mot propre) la prétention de l'être. En tout cas, ce serait justice simple que d'exiger, dans ces annonces, l'usage des dénominations du Codex.

Le principe de l'admissibilité des médecins à l'action civile, dans la poursuite de l'exercice illégal, a reçu maintenant la con-

d'aliénés par l'élément étiologique, il nous faudrait citer les causes qui produisent de préférence l'épilepsie. Il ne me serait pas possible de les énumérer toutes ; mais il ne me paraît pas inutile d'insister sur certaines catégories de causes qui sont de nature à confirmer tout ce que nous savons déjà sur la pathogénie des maladies nerveuses.

Je vais faire une revue abrégée des causes qui m'ont paru produire le plus ordinairement chez les malades que j'ai observés la série des phénomènes névropathiques, qui, s'enchaînant et se commandant successivement, produisent des *effets déterminés*, qui à leur tour deviennent *causes* et finissent par se résumer dans cette névrose capitale, dont il est impossible, dans l'état actuel de la science, de définir la véritable nature, et que l'on appelle *épilepsie*.

L'enchaînement et la dépendance successive des phénomènes dont je parle se font surtout remarquer dans la pathogénie cette terrible maladie. L'épileptique parcourt, en effet, comme le dit M. Delasiauve dans son excellent traité sur cette matière, *tous les tons de la gamme maniaque*, depuis l'irascibilité capricieuse, l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur la plus complète. (Delasiauve, *Traité d'épilepsie*, p. 148.)

Hérédité. — Plusieurs des malades épileptiques avec ou sans accès, que j'ai eu l'occasion d'observer depuis quinze ans dans les asiles dont j'ai eu la direction médicale, avaient eu des ascendants qui étaient morts d'hémorrhagie cérébrale et qui s'étaient fait remarquer eux-mêmes, pendant leur existence, par l'irritabilité ou l'excentricité de leur caractère.

Obs. VI. — Le cas le plus frappant que je puisse citer de cette filiation pathogénique est celui d'une vieille demoiselle de cinquante-huit à soixante ans, qui vient de rentrer à l'asile de Saint-Yon pour la trente-sixième fois. Sa première entrée a eu lieu en 1825. Un de ses frères, remarquable pour son caractère excentrique, violent, dangereux, a été séquestré d'office à l'asile de Quatre-Mares. Le père était un homme aux aptitudes intellectuelles puissantes et instinctives ; mais il était cité aussi pour ses originalités, pour les excentricités de son caractère, et il est mort d'apoplexie.

La demoiselle dont je parle présente, à chacune de ses entrées, les mêmes symptômes. Son placement définitif est précédé d'une visite qu'elle fait cinq ou six jours auparavant aux sœurs de la maison de Saint-Yon et à d'anciennes malades de sa connaissance. Elle vient leur faire part du bonheur qu'elle éprouve de se bien porter. Jamais, dit-elle, sa santé n'a été aussi complète, ses idées aussi nettes et aussi vives, sa lucidité aussi parfaite. On a tellement l'habitude de voir succéder à cette situation l'état le plus violent de manie qui se puisse concevoir, que toutes les dispositions se prennent d'avance pour recevoir cette malheureuse malade. On nous l'amène bientôt dans un état hideux : les vêtements sales et déchirés, les cheveux en désordre, la bouche écumante, criant, vociférant et nous présentant pendant deux mois le spectacle de toutes les fureurs de ces sortes d'aliénés. Vers le troisième mois, l'excitation se calme, l'irritabilité devient moins vive ; la malade tombe dans la prostration, et elle sort à la fin du troisième mois.

Ces rémittences sont de neuf mois, sans qu'aucun traitement ait jamais pu modifier la marche de cette affection, et empêcher le retour fatal, inévitable de tous ces phénomènes morbides périodiques. Inutile d'ajouter, je le dis une fois pour toutes, que ces sortes d'aliénés présentent invariablement, à chacun de leurs accès, les mêmes conceptions délirantes, les mêmes hallucinations, et que, si la période de rémittence est dépassée de quelques jours, la maladie gagne, par sa prolongation le temps acquis à la rémittence. Or, c'est là, tous les médecins le savent, ce qui arrive chez les épileptiques qui ont des chutes confirmées.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III

REVUE CLINIQUE.

Sur les néomembranes de la dure-mère, a propos d'un cas d'hémorrhagie intra-méningée ; par MM. Charcot et Vulpian.

(Suite et fin. — Voir les numéros 45 et 49.)

III.

Une fois constituées, les néomembranes se développent et s'accroissent par la superposition de couches nouvelles, et déjà, par le seul fait de cet accroissement, elles peuvent déterminer des accidents plus ou moins graves, ou contribuer, dans une certaine mesure, à amener une terminaison funeste. L'intervention de l'hémorrhagie n'est donc point partie intégrante et nécessaire de leur évolution, même dans des cas qui se font remarquer d'ailleurs par leur intensité et leur gravité. Mais souvent, le plus souvent peut-être, des déchirures vasculaires s'opèrent à un moment donné, et il y a issue du sang au sein de la néomembrane ; plusieurs cas peuvent alors se présenter : tantôt épanché en très faible quantité, le sang forme seulement de petites collections interlamellaires, des ecchymoses ; d'autres fois, répandu en plus grande abondance, il dissocie et écarte plus ou moins fortement les lames constituantes de la néomembrane, de manière à produire de véritables kystes sanguins, remarquables quelquefois par les dimensions considérables qu'ils atteignent ; enfin, les parois qui limitaient l'épanchement peuvent se rompre et le sang se répandre alors dans la cavité de l'arachnoïde. Or, ces divers modes d'hémorrhagie ne sont bien évidemment que les phases, ou, pour parler plus exactement, les degrés divers d'un processus morbide, toujours le même au fond. Les ecchymoses (1) sont très vraisemblablement le produit de la

(1) Les ecchymoses ou collections sanguines intra-lamellaires se rencontrent très fréquemment dans les néomembranes de la pachyméningite, où on les découvre même quelquefois dès les premières phases du développement. Ce dernier fait surtout a pu conduire à reconnaître aux néomembranes une origine inflammatoire à une époque où cependant leur mode d'évolution et leurs caractères histologiques n'avaient pas encore

---

sécration de la Cour suprême. On doit ce résultat à l'initiative opiniâtre de la *Société de médecine de Lyon*, et nominativement à son zélé et intelligent secrétaire général, M. Diday. Nous ne savons ce que pourra coûter à une société chaque poursuite de ce genre, et si l'on sera toujours assez riche pour payer sa gloire. Mais la consécration d'une telle jurisprudence valait des sacrifices, et nous nous faisons un plaisir d'avouer qu'elle n'a pas rencontré tous les obstacles dont nous avions peur. Me Andral n'a pas manqué de rappeler cette conquête, et en même temps il a montré le parti qu'on pourrait tirer d'un autre principe sur lequel nous appelions également l'attention l'année dernière (1859, nº du 18 février) : celui du cumul des peines dans les cas de récidive. L'orateur n'avait souvenir d'aucune cause où ce principe eût été appliqué à l'exercice illégal de la médecine, quand on lui a donné connaissance d'un jugement du tribunal d'Auxerre, du 18 mai dernier, qui prononce contre un empirique sept amendes pour sept contraventions constatées. Dans l'article auquel nous venons de faire allusion, nous avons rappelé un jugement semblable émané du tribunal correctionnel de Beauvais (affaire Séguin). Il faut dire que cet avantage du cumul des peines n'est obtenu qu'à l'aide d'une interprétation fâcheuse des articles 35 et 36 de la loi de l'an XI : il faut, pour que le cumul ait lieu, que l'exercice illégal ne soit qu'une contravention et non un délit ; car, en cas de délit, la récidive n'entraîne que l'application de la *peine la plus forte*. Nous croyons toujours, comme nous avons essayé de le démontrer contre les autorités les plus respectables (*loc. cit.*), que, dans l'esprit du législateur de l'an XI, l'exercice illégal de la médecine était un délit.

Dr Aliquis.

Nous avions intention de dire quelques mots de la question du concours appliqué à la nomination des chefs de clinique de la Faculté. L'espace nous fait défaut ; ce sera pour un prochain numéro.

rupture de très petits vaisseaux, tandis que les kystes sanguins et les hémorrhagies intra-arachnoïdiennes proprement dites proviennent de la rupture de vaisseaux plus nombreux ou plus volumineux. Toujours est-il que, dans un cas comme dans l'autre, c'est dans les vaisseaux de la néomembrane qu'il faut chercher le point de départ de l'hémorrhagie.

Tel est, tout nous porte à le croire, le mode pathogénique le plus ordinaire des hémorrhagies méningées. Ainsi considérées, ces hémorrhagies ne seraient, en définitive, dans la plupart des cas qu'un accident de la pachyméningite ; une complication qui pourra demeurer sans expression symptomatique spéciale et définie quand l'extravasat est, par exemple, peu abondant ou disséminé, mais qui se révélera, au contraire, par une perturbation plus ou moins brusque et des phénomènes graves, pour peu qu'il y ait eu épanchement rapide d'une notable quantité de sang.

Le cas dont nous avons présenté l'histoire peut fournir des données propres à justifier la plupart de ces assertions ; mais nous voulons, en outre, montrer que plusieurs auteurs ont été conduits déjà, par des recherches cliniques et microscopiques, à soutenir l'opinion qu'à notre tour nous cherchons à faire prévaloir.

Si les travaux de M. Baillarger ont eu le résultat très important de ruiner sans retour possible la doctrine qui plaçait le siége de l'épanchement entre le feuillet pariétal de l'arachnoïde et de la dure-mère, en démontrant que le siége véritable se trouve en dedans de ce feuillet ou de la couche épithéliale qui le représente, l'hypothèse bien connue émise par cet observateur éminent concernant le mode de développement des néomembranes ne nous paraît plus guère pouvoir être soutenue, au moins d'une manière générale, en présence des faits nombreux avec lesquels elle se trouve en contradiction formelle.

Antérieurement à la publication du mémoire de M. Baillarger, dès 1826 M. Calmeil avait été conduit déjà à penser que la formation des fausses membranes peut précéder l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne ; et plus tard, en 1835 (*Dictionnaire de médecine*, *loc. cit.*, p. 461), il s'exprimait dans le même sens d'une façon péremptoire. Quant à Bayle, bien qu'il n'eût pas aperçu nettement que l'hémorrhagie méningée n'est le plus souvent qu'un phénomène de seconde date, au moins avait-il reconnu qu'il est très rare de l'observer sans coexistence d'une fausse membrane. Mais l'auteur qui, antérieurement aux travaux tout à fait récents a le mieux entrevu la théorie véritable à notre sens des hémorrhagies intra-arachnoïdiennes, est M. Cruveilhier ; cela du moins nous semble établi par le passage suivant, que nous empruntons à l'Atlas d'anatomie pathologique (livraison XXXIII, p. 8). Il s'agit dans ce passage de certaines tumeurs de la face interne de la dure-mère constituées par une accumulation de matière puriforme caséeuse et se rapportant à des sécrétions pseudo-membraneuses. « J'ai reconnu, dit M. Cruveilhier, que ces tumeurs, ordinairement oblongues, étaient formées à la face interne de l'arachnoïde pariétale et résultaient d'une sécrétion pseudo-membraneuse qui ne tardait pas à s'organiser et à former une espèce de kyste, au centre duquel était déposée une matière variable par l'aspect et la consistance. *Les kystes sanguins de l'arachnoïde pariétale* se *forment par le même mécanisme*. Incontestablement ce peu de mots contient la théorie, au moins à l'état rudimentaire ; mais, isolée et pour ainsi dire perdue au milieu de faits qui lui sont en grande partie étrangers, elle a pu passer inaperçue. Récemment l'auteur l'a développée, et, on peut le dire, définitivement formulée dans le vol. III de son Traité d'anatomie pathologique, publié en 1856. Nous citons textuellement, en raison de son importance, le passage le plus explicite : « Ma position de médecin à la Salpêtrière pendant plusieurs annéess dit M. Cruveilhier, m'a permis de démontrer que ces hémorrhagie, arachnoïdiennes avaient pour point de départ une *phlegmasie pseudo-membraneuse hémorrhagique de l'arachnoïde pariétale*, et voici ce qui se passe : en vertu d'une cause difficile à déterminer, il se produit une pseudo-membrane adhérente à la face profonde de la dure-mère, et par conséquent au feuillet pariétal de l'arachnoïde, fausse membrane qu'on ne rencontre jamais sur le feuillet viscéral arachnoïdien correspondant. Cette fausse membrane tantôt est maculée de sang, tantôt contient de petits foyers dans son épaisseur. Quelquefois elle se lacère pour verser dans la cavité arachnoïdienne une quantité plus ou moins considérable de sang. C'est à cette fausse membrane, source de l'hémorrhagie, qu'est dû l'enkystement du sang, et cet enkystement se fait aux dépens de la fausse membrane, qui s'organise sans contracter d'adhérences avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde, tandis que le sang subit toutes les altérations qu'il présente dans les cavités closes. » (*Loc. cit.*, p. 516.)

On le voit, d'après M. Cruveilhier, les hémorrhagies méningées, comme d'ailleurs les kystes sanguins de l'arachnoïde pariétale, se font aux dépens d'une membrane formée à l'avance. Telle est aussi la conclusion fondamentale à laquelle ont été conduits dans leurs intéressantes recherches sur le même sujet MM. Heschl, Virchow (1) et les quelques autres auteurs allemands dont nous avons indiqué déjà les travaux dans une autre partie de cet article. Il y a donc, à cet égard, pleine concordance entre tous les observateurs français ou étrangers dont il vient d'être question, au moins sur toutes les parties essentielles, et c'est justement là le point qu'il nous importait surtout de constater. Aussi nous abstiendrons-nous d'entrer, au sujet de ces derniers, dans de plus longs développements. Rappelons seulement, afin de rendre justice à qui de droit, que le travail de M. Heschl, où l'important témoignage de l'étude histologique se trouve pour la première fois introduit dans la question, date de 1855, et qu'il est par conséquent antérieur au moins de plusieurs mois à la publication du troisième volume du Traité d'anatomie pathologique de M. Cruveilhier.

Pour compléter cet aperçu historique des documents que possède la science concernant l'hémorrhagie méningée considérée dans ses rapports avec les néomembranes de la dure-mère, il nous reste à mentionner encore deux travaux importants : c'est, en premier lieu, un des articles (2) du livre déjà cité de M. Calmeil où l'auteur, reprenant l'opinion émise autrefois par lui avec une certaine réserve, la développe et la montre d'une application plus générale qu'il ne l'avait pensé d'abord ; c'est ensuite la thèse de M. Brunet. Ces deux auteurs sont amenés à admettre que la production de l'hémorrhagie méningée est subordonnée, dans la majorité des cas, à l'existence des néomembranes, et ils concluent par conséquent exactement dans le même sens que MM. Cruveilhier, Heschl et Virchow. Tous deux ont fondé d'ailleurs leurs conclusions sur un très grand nombre d'observations originales tant cliniques que microscopiques, et ils se sont éclairés des lumières de l'histologie pathologique.

Le travail de M. Brunet nous paraît surtout remarquable à ces deux derniers points de vue. Cependant il contient, sur quelques faits de détails, des opinions, qui nous paraissent discutables. Ainsi, pour M. Brunet, le sang, dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, serait fourni, non par les vaisseaux de la néomembrane, mais par ceux du feuillet pariétal de l'arach-

pu être suffisamment étudiés. Il importe de remarquer qu'on peut confondre et qu'on a très probablement plus d'une fois confondu avec de véritables ecchymoses certaines taches rouges ou de nuances diverses qu'on observe presque constamment sur quelques points ou sur la plus grande partie de l'étendue des néomembranes. Pour beaucoup d'auteurs, ces taches sont les vestiges d'un épanchement sanguin ; en réalité, elles sont constituées par des agglomérations de granulations d'une matière colorée en jaune rougeâtre plus ou moins foncée ; on y observe aussi, ainsi que l'a noté M. Calmeil (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, p. 573 et 621), et ainsi que cela existait, d'ailleurs, dans l'observation qui nous est propre, des cristaux d'hématoïdine ; mais ce dernier fait paraît assez rare. Si ces cristaux proviennent incontestablement de la métamorphose d'un extravasat sanguin, en est-il de même, dans tous les cas, des granulations colorées ? Cela ne nous paraît pas démontré. De pareilles granulations, en effet, existent très fréquemment dans les méninges, sans le concours d'aucune autre circonstance capable de faire admettre nécessairement que des ecchymoses en aient été le point de départ. Ainsi, nous les avons rencontrées disséminées en très grand nombre dans la pie-mère cérébrale de plusieurs sujets pris au hasard à l'amphithéâtre des hôpitaux, et qui avaient, par conséquent, succombé à des maladies très diverses.

(1) Le travail de M. Virchow date de 1856. M. Virchow y compare les exsudats membraneux et sanguins intra-arachnoïdiens aux tumeurs sanguines de l'oreille (*othématome*), et il les désigne du nom d'*hématome de la dure-mère*. C'est sous ce nom que ces productions ont été étudiées ensuite par MM. Schuberg et Guido Weber.

(2) *Des cas où l'on a trouvé, entre autres lésions intra-crâniennes, des poches pseudo-membraneuses remplies de sang dans les cavités de l'arachnoïde cérébrale* (4e série, *loc. cit.*).

noïde. Nous ne saurions nous ranger à cette manière de voir; même en reportant la source de l'hémorrhagie des vaisseaux du feuillet problématique de l'arachnoïde à ceux de la dure-mère, on ne pourrait expliquer ainsi bien certainement que la minorité des faits. Les vaisseaux de la néomembrane offrent des caractères qui s'accordent bien mieux avec l'opinion dans laquelle on fait provenir l'hémorrhagie de ces vaisseaux. Et d'ailleurs, l'examen même du siége des épanchements parle assez haut dans le même sens. Si les extravasats sanguins sont peu abondants, on les trouve en général dans l'intervalle des feuillets de la néomembrane; s'ils sont considérables, ils siégent le plus souvent dans la cavité même de l'arachnoïde, où ils sont séparés de la dure-mère par une lame plus ou moins épaisse de la néomembrane. Pourquoi supposer dans ces cas que le sang a été fourni par les vaisseaux de la partie la plus interne de la dure-mère et se créer ainsi des difficultés inutiles? Il faudrait, en effet, dans cette hypothèse, supposer d'abord qu'il y a eu rupture des vaisseaux de la dure-mère et même déchirure des lames les plus internes de cette membrane, laquelle se trouve cependant parfaitement intacte dans la plupart des autopsies; il faudrait, en outre, pour les cas où l'épanchement est complétement enkysté, imaginer qu'une rupture, après s'être produite dans les lames les plus externes de la néomembrane, de manière à permettre l'issue d'une quantité de sang relativement considérable, se serait consécutivement effacée au point de ne plus laisser de traces. Enfin, dans les cas où le sang épanché siége dans la cavité même de l'arachnoïde, ce n'est plus seulement une mince lamelle de la néomembrane, mais bien la néomembrane tout entière qui aurait dû se décoller, se distendre, et enfin se rompre dans un point de son étendue, toutes choses fort difficiles à admettre, ou en opposition avec les faits. Considérons, d'un autre côté, quelle est la structure tant des néomembranes que des vaisseaux qui y rampent, et nous trouverons là des conditions éminemment favorables à la production des hémorrhagies du genre de celles qui nous occupent. Les vaisseaux, en général nombreux, se font remarquer par leur volume relativement considérable, lors même qu'ils appartiennent aux capillaires; ceux qui ont un diamètre de 2 ou 3 centièmes de millimètre, présentent néanmoins la structure pour ainsi dire rudimentaire qui distingue à l'état normal les plus petites artérioles ou veinules; leurs parois, en effet, — et toutes ces particularités pouvaient être aisément saisies dans notre observation, — sont très minces et n'offrent pas d'éléments musculaires. Quant au tissu propre de la néomembrane, quel que soit le degré d'organisation auquel il est parvenu, et quelles que soient par conséquent la densité et la résistance qu'il présente, presque jamais il n'acquiert la ténacité de la plupart des membranes normales. On conçoit aisément qu'avec de telles dispositions, les vaisseaux, ainsi que le tissu intermédiaire, cèdent facilement et se déchirent sous l'effort de la pression sanguine; d'autant mieux que, dans certains cas, des dépôts graisseux se forment, soit dans les parois des vaisseaux, soit dans l'épaisseur des éléments constitutifs de la néomembrane, de manière à affaiblir encore la résistance de toutes ces parties.

Admet-on que les hémorrhagies consécutives à la pachyméningite ont leur source dans l'appareil vasculaire des néomembranes? On se rendra facilement compte des dispositions variées que peut présenter l'épanchement. Si l'extravasation sanguine est considérable, ou si la membrane de nouvelle formation en est encore à une époque peu avancée de son développement, composée, par exemple, d'un petit nombre de feuillets minces et fragiles, l'épanchement pourra dilacérer celle-ci, la rompre facilement en un ou plusieurs points, et faire enfin irruption dans la cavité séreuse. Il y aura alors hémorrhagie intra-arachnoïdienne proprement dite. Si, au contraire, la néomembrane est déjà fortement constituée, formée de lames nombreuses et épaisses, le sang se fera place entre ces lames avec d'autant plus de facilité qu'elles n'adhèrent pas en général intimement l'une à l'autre (1), et qu'elles peuvent se prêter à la dissociation plus ou moins brusque que leur fait subir l'épanchement. Ainsi se produisent les foyers interlamellaires qui, lorsqu'ils sont un peu considérables, constituent de véritables kystes sanguins. Enfin, dans les cas auxquels nous avons fait allusion déjà, et où un kyste séreux s'est développé dans l'épaisseur d'une néomembrane de la dure-mère, on conçoit que les vaisseaux des parois de ce kyste pourront se rompre, et le sang extravasé se mêler, par suite, en proportions variables à la sérosité enkystée. C'est très vraisemblablement suivant ce mécanisme que se forment les diverses variétés de kystes séro-sanguins décrits par les auteurs.

La théorie pathogénique, qui place dans une néomembrane vasculaire d'origine inflammatoire le point de départ de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, n'est pas, d'ailleurs, isolée en pathologie, et cette considération lui fournit un appui nouveau. Elle rentre très naturellement dans une doctrine plus générale, applicable, dans certains cas, aux hémorrhagies non traumatiques qui se font dans les cavités séreuses les plus diverses. « Un grand nombre de faits, dit M. Cruveilhier, m'ont démontré que toutes les membranes séreuses sont sujettes à un mode d'inflammation qu'on peut appeler *phlegmasie pseudo-membraneuse hémorrhagique.* » (*Traité d'anat. pathol. génér.*, t. III, p. 516, note.) On pourrait citer déjà, comme appartenant à ce genre de phlegmasie, un bon nombre des cas de pleurésie et de péricardite dites hémorrhagiques, dans lesquels le sang est évidemment fourni par l'appareil vasculaire des néomembranes. On peut y rattacher encore certaines hématocèles vaginales étudiées par M. Gosselin ; car, dans ces cas-là, le sang épanché au sein de la cavité séreuse paraît provenir de la rupture de vaisseaux nombreux et à parois minces qui rampent dans l'épaisseur d'une membrane de nouvelle formation, développée sur la tunique vaginale. On sait, enfin, que quelques faits d'hématocèles péri-utérines ont pu être présentés par M. Tardieu comme dérivant d'une péritonite hémorrhagique circonscrite (voyez J. Gallard, *Mémoires sur les hématocèles péri-utérines;* in *Arch. gén. de méd.*, octobre 1860, p. 401). — Une circonstance qui tend aussi à établir que la pachyméningite hémorrhagique et les diverses phlegmasies néomembraneuses hémorrhagiques dont il vient d'être question sont des faits du même ordre, c'est que celles-ci et celle-là peuvent coexister chez un même sujet : ainsi, chez un homme de cinquante et un ans, dont l'histoire nécroscopique est relatée dans le mémoire de M. G. Weber (*loc. cit.*, p. 454, obs. XV), il existait une pachyméningite très manifeste; mais, en outre, on trouva dans la plèvre droite un exsudat hémorrhagique considérable dans lequel baignait un caillot sanguin volumineux de formation récente.

Aux arguments présentés jusqu'ici en faveur de l'opinion que nous soutenons, on peut ajouter encore ceux que suggèrent les enseignements de la clinique, et constater qu'aux diverses phases de l'évolution des désordres anatomiques, correspond le plus souvent un enchaînement particulier de symptômes. Au point de vue symptomatologique, il y a lieu de distinguer deux formes principales de l'apoplexie intra-arachnoïdienne. Tantôt, en effet, elle a un début brusque, inopiné, et se comporte comme une affection pour ainsi dire accidentelle, que rien ne peut faire prévoir. Les cas de ce genre, d'ailleurs relativement peu nombreux, paraissent être indépendants de la pachyméningite et ne rentrent pas directement dans le sujet de cette étude. Le plus souvent, au contraire, l'attaque apoplectiforme est précédée par des phénomènes morbides plus ou moins accusés, plus ou moins spécifiques, qu'il est presque toujours permis de saisir, pour peu que l'observation ne soit pas limitée aux derniers temps de la vie du malade, et qu'on peut, avec M. Schuberg (*loc. cit.*), grouper ainsi qu'il suit : Dans une première période, qui s'étend souvent à plusieurs mois, il y a, entre autres symptômes, affaiblissement graduel de la mémoire et de l'intelligence, vertige ; céphalalgie continue ou rémittente, générale ou partielle ; puis, dans une seconde période, à mesure que les troubles de l'intelligence s'aggravent, on observe de la somnolence et de l'apathie ; quelquefois la parole devient lente et s'embarrasse ; les membres, en général, les inférieurs surtout, s'affaiblissent et perdent la certitude de leurs mouvements ; il se produit

(1) Les membranes de nouvelle formation ont une grande tendance à prendre la forme capsulaire, et alors on est à peu près sûr de trouver au milieu de la vésicule qu'elles représentent, soit du sang, soit de la sérosité, soit des liquides purulents. (Calmeil, *loc. cit.*, p. 548.)

des paralysies incomplètes et partielles, le plus souvent hémiplégiques, qui ont ceci de particulier, qu'elles augmentent et diminuent souvent avec une grande rapidité; enfin se déclare, en dernier lieu, l'attaque apoplectique dont les symptômes ont été surtout, — trop exclusivement peut-être, — mis en relief dans les descriptions classiques, et qui détermine en général la mort dans un assez court espace de temps. Tel est, en résumé, le mode d'évolution des phénomènes morbides dans les cas qui nous occupent spécialement. Or si, comme nous le pensons, l'inflammation néomembraneuse de la dure-mère précède nécessairement ici l'hémorrhagie, la relation entre les symptômes et les lésions ne paraîtra pas, ce nous semble, très difficile à établir : l'affaiblissement de l'intelligence, la céphalalgie plus ou moins vive, l'assoupissement, la faiblesse des membres, et, en un mot, tous les symptômes des premières périodes, procèdent de la pachyméningite. Des recrudescences dans le travail subinflammatoire dont la dure-mère et les pseudo-membranes sont le siége, suivies de congestion sanguine des parties encéphaliques voisines, et peut-être aussi d'actions réflexes s'étendant à une partie plus ou moins grande du système de la circulation cérébrale, telles sont ensuite les causes organiques des attaques de perte de connaissance observées dans un certain nombre de cas. Lorsqu'il y a paralysie à cette époque, on conçoit qu'elle soit mobile et qu'elle puisse disparaître, reparaître ou se déplacer, puisqu'elle dépend d'une congestion qui tour à tour augmente, diminue ou se déplace. La pachyméningite pourra, d'ailleurs, passer inaperçue si elle est très légère, ou bien si elle se produit au milieu d'un état grave par lui-même, principalement lorsqu'il s'agit d'une affection dans laquelle les fonctions cérébrales sont déjà nécessairement troublées; c'est pourquoi elle est si habituellement méconnue dans le cours de la paralysie générale avec laquelle elle coexiste, comme on sait, très fréquemment. Quant aux symptômes apoplectiques de la dernière période, ils dépendent de l'irruption plus ou moins brusque d'une quantité de sang plus ou moins considérable entre les lames de la néomembrane ou dans la cavité arachnoïdienne. On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'entrer à ce sujet dans plus de détails, que ces symptômes varient suivant que l'épanchement est plus ou moins abondant.

Envisagée aux divers points de vue que nous avons présentés dans ce travail, l'histoire des hémorrhagies intra-arachnoïdiennes nous paraît conduire à certaines déductions thérapeutiques fondées principalement sur les considérations suivantes : 1° l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, la plus commune des hémorrhagies méningées, survient, dans la majorité des cas, chez des individus atteints depuis plus ou moins longtemps de pachyméningite : elle résulte alors de la rupture des vaisseaux propres aux néomembranes pachyméningitiques; 2° la pachyméningite s'annonce, en général, par un ensemble de symptômes capables, dans un certain nombre de cas au moins, d'attirer l'attention sur l'existence probable de cette affection; 3° l'évolution des néomembranes développées sous l'influence de la pachyméningite, se termine quelquefois par un travail régressif à la suite duquel elles peuvent disparaître. Il suit de là logiquement que si l'on avait recueilli des indices significatifs en nombre suffisant pour faire soupçonner l'existence de l'inflammation néomembraneuse de la dure-mère, on devrait chercher à entraver sa marche par tous les moyens que l'on oppose d'ordinaire aux inflammations chroniques, et cela avec d'autant plus d'insistance que cette affection, ainsi qu'on l'a dit plus haut et qu'on vient de le rappeler, même alors qu'elle a abouti à la formation de produits organisés, peut rétrograder et même disparaître complétement. Poursuivre, en d'autres termes, le traitement curatif de la pachyméningite, ce sera instituer du même coup le traitement prophylactique de l'hémorrhagie méningée intra-arachnoïdienne.

Varus du pied gauche datant d'un an sur un sujet de vingt ans, guéri par l'électricité, par le docteur Alex. Colson, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Noyon.

Obs. — Le 28 septembre 1860, est entré à l'Hôtel-Dieu de Noyon le nommé Barbier (Ferdinand), âgé de vingt ans, demeurant à Chisy, près Noyon, et travaillant, depuis trois ans, comme ouvrier à la fabrique de sucre de Pont-l'Évêque, où il a contracté sa maladie.

Le pied gauche est tourné en dedans, et le malade marche sur le bord externe de ce pied, qui est devenu calleux. La jambe du côté malade est très amaigrie; la peau y a perdu en grande partie sa sensibilité normale; les muscles péroniers latéraux sont complétement paralysés, et à un point tel, que ces deux muscles sont tout à fait insensibles à l'action de l'électricité pendant les premiers temps du séjour de ce garçon à l'hôpital, et que ce n'a été qu'au bout d'environ sept ou huit jours d'emploi de l'électricité que des contractions, d'abord faibles et ensuite progressivement plus fortes, finirent par se manifester; mais alors la guérison avance rapidement, car, à chacune des séances d'électrisation qui ont lieu tous les deux jours, le pied reprend progressivement aussi sa position et sa forme naturelles. Dans le jour d'intervalle de l'emploi de l'électricité, le malade prit régulièrement un bain entier tiède dans lequel il est resté une heure, et auquel on ajoutait 250 grammes de sous-carbonate de soude. Il fut aussi mis à un bon régime alimentaire, à la demi-portion d'aliments d'abord et aux trois quarts ensuite, et, au bout de trente et un jours, quand cet homme est sorti de l'Hôtel-Dieu, il était guéri et marchait comme avant l'apparition de son varus.

Il a attribué sa maladie à ce qu'il avait été très fatigué dans son service à la fabrique de sucre de Pont-l'Évêque, où il passait une semaine sur deux à travailler jour et nuit, n'ayant qu'une demi-journée de repos chaque dimanche, et restant presque toujours debout avec les pieds souvent dans l'eau froide. L'électricité a été appliquée avec l'appareil de Breton, au moyen des deux éponges mouillées, sur le côté externe de la jambe et du pied, pour faire contracter les muscles péroniers et le pédieux.

J'ai revu ce malade le 10 novembre, quarante jours après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, et j'ai constaté que la guérison se maintenait; mais le mollet du côté qui a été malade est d'un centimètre sur sa circonférence moins gros que celui du côté sain, ce qui fait paraître le bas de la jambe gauche plus gros que celui de la jambe droite, sans que pour cela il y ait dans cet endroit aucune différence réelle entre les deux membres.

Pour éviter de retomber malade, cet homme ne travaille plus à la fabrique de sucre, et je l'ai engagé à persister dans cette résolution. Il revient d'ailleurs, depuis sa sortie, tous les samedis à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où on l'électrise encore pour redonner aux muscles de la jambe du côté qui a été malade leur force et leur volume, et enfin pour éviter toute récidive.

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Physiologie. — *Sur les mouvements de rotation sur l'axe que déterminent les lésions du cervelet*, par MM. *Pierre Gratiolet* et *Manuel Leven*. — Les auteurs ont spécialement examiné les phénomènes qui résultent de la lésion des lobes latéraux. Par une très petite ouverture faite à l'occipital, ils pratiquent, à l'aide d'une aiguille tranchante, une section verticale dans le centre des lobes latéraux. L'animal tourne à l'instant même sur le côté lésé; l'œil du côté sain se porte en avant et en haut; celui du côté lésé en bas et en arrière : il n'y a d'ailleurs aucun signe d'hémiplégie faciale; le tronc est, pour ainsi dire, tordu et courbé sur le côté lésé, et les membres antérieurs se portent avec force du côté opposé; quant aux membres postérieurs, ils sont légèrement fléchis, et incessamment préparés à fournir une impulsion énergique. Aucun signe d'hémiplégie dans le tronc ni dans les membres; sensibilité générale intacte; les mouvements de déglutition s'exécutaient à merveille, l'ouïe et la vision étaient également conservées, et si les mouvements de rotation s'arrêtaient un instant, les moindres bruits, les moindres gestes en déterminaient aussitôt la reproduction. Ils se manifestaient surtout quand, sous l'influence d'une angoisse vertigineuse et d'un insurmontable effroi, l'animal

cherchait à fuir. Ces mouvements étaient donc, à certains égards, volontaires; mais ils se substituaient à toute locomotion régulière.

Comparant ces phénomènes avec ce qui se passe dans l'état normal, MM. Gratiolet et Leven concluent que chez l'animal sain tous les équilibres concordent, l'harmonie créant l'unité, tandis qu'après la lésion du cervelet il y a une dissociation manifeste de ces équilibres, ce que l'on peut exprimer en disant que *l'axe d'équilibre de la tête s'est incliné sur l'axe d'équilibre du tronc.* Cet effet est le résultat constant et simple de toute lésion pratiquée aux parties latérales de l'organe où réside le sentiment de la coordination automatique des mouvements du corps.

TÉRATOLOGIE. — *Description d'un fœtus humain, né à terme, présentant un grand nombre d'anomalies à des degrés divers, et désigné sous le nom de monstre Phocomèle; suivie de quelques considérations générales sur le mode de développement de l'organisme humain*, par M. le docteur *G.-J. Martin Saint-Ange.* — Envisagé dans son ensemble, ce fœtus très gras, né à terme, représente un enfant de dimensions ordinaires; son poids est de 3kil,72. Son corps est très développé; sa tête est volumineuse et allongée. Les membres supérieurs et inférieurs sont à peine ébauchés; et c'est là le caractère distinctif de la monstruosité. Il y a six doigts à chaque main et six orteils à chaque pied, ou pour mieux dire six saillies, à l'extrémité libre des membres, séparées par de petites échancrures cutanées, assez analogues à des pattes d'oie.

Quant à l'organisation intérieure, il résulte de ce mémoire qu'elle présente aussi de nombreux et remarquables arrêts de développement.

PHYSIOLOGIE ET MÉDECINE. — *Sur l'établissement de l'Abendberg et la nécessité d'une statistique européenne sur le crétinisme et l'idiotie*, par M. le docteur *Guggenbuehl.* — Les observations relevées depuis vingt ans dans l'établissement de l'Abendberg (Suisse) ont prouvé que le crétinisme est une affection grave du système cérébro-spinal, consistant en plusieurs altérations pathologiques qui produisent le développement irrégulier et tardif du corps, et l'obtusion des sens et des facultés intellectuelles. Parmi ces altérations on doit noter :

1° L'œdème cérébral; le ramollissement des circonvolutions contiguës aux ventricules.

2° Le développement imparfait ou retardé des lobes antérieurs et postérieurs; quelquefois l'atrophie générale du cerveau; plus rarement l'hypertrophie de cet organe.

3° L'endurcissement du cerveau ou de quelques parties, dans quelques cas exceptionnels.

4° L'hypertrophie des os du crâne, qui comprime la substance cérébrale, caractérise la forme rachitique du crétinisme dans une période plus avancée.

5° La fermeture prématurée de la suture par l'inflammation produit une déformation du crâne très fréquente chez les crétins et les idiots; mais, ayant souvent trouvé la même chose chez des personnes parfaitement intelligentes, l'auteur croit qu'elle ne peut être rangée parmi les causes pathologiques du crétinisme.

Le symptôme pathognomonique du crétinisme est la stupeur cérébrale; mais cela n'empêche pas que quelques facultés isolées soient bien développées, comme une mémoire extraordinaire pour apprendre les langues, la musique, le dessin.

N'admettant qu'avec une certaine réserve l'influence de l'hérédité, M. Guggenbuehl pense que, dans la plupart des cas, c'est sous l'action de causes pernicieuses locales que se développe le crétinisme pendant les trois premières années de la vie, le plus souvent vers l'époque de la première dentition avec les symptômes du ramollissement des os (forme rachitique), d'hydrocéphalie (forme hydrocéphalique), de scrofulosité (forme scrofuleuse), ou d'atrophie générale (forme atrophique).

L'auteur admet les trois degrés de crétinisme généralement reconnus, ainsi que la distinction établie par M. Ferrus entre le crétinisme et l'idiotisme.

Le principe fondamental dans le traitement du crétinisme, ajoute M. Guggenbuehl, est de fortifier le développement physique avant le développement des facultés des sens, parce que l'expérience a prouvé que toute tentative est dangereuse tant que les forces physiques ne sont pas relevées, la nutrition et les fonctions du système nerveux régularisées. On emploie dans ce but les bains tièdes aromatiques, les frictions, les remèdes, tels que l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, l'électricité, etc., une diète fortifiante et beaucoup d'exercice, et des courses à travers l'air vif des montagnes, qui est par lui-même un des plus puissants agents fortifiants, parce qu'il régularise la nutrition et l'hématose.

Tout asile destiné aux jeunes crétins doit être régi par une méthode médico-pédagogique; il doit donc être à la fois *un hôpital et une école*, et posséder des ateliers où les malades puissent apprendre différents métiers; des crétins avancés en âge et incapables de recevoir l'instruction élémentaire ont montré une aptitude particulière pour les travaux mécaniques ou agricoles. Jusqu'à présent nous avons obtenu une guérison plus ou moins complète chez tous les crétins en bas âge (c'est-à-dire dans les six premières années de la vie), qui étaient capables de prononcer quelques mots, et qui étaient exempts de convulsions, ce qui est une complication toujours grave. Une seule classe nous a donné des résultats satisfaisants dans un âge avancé : c'est celle que la commission sarde a nommée les crétineux. (*Comm. :* MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Andral, Rayer.)

PHYSIOLOGIE. — *Mémoire sur les modifications imprimées à la température animale par la ligature d'une anse intestinale*, par M. *Demarquay.* — L'auteur résume son travail dans les termes suivants :

Les phénomènes de refroidissement que l'on observe souvent chez l'homme sous l'influence de la hernie ou de l'étranglement interne, et qui peuvent simuler quelquefois le choléra dans sa période algide, sont dus à une constriction plus ou moins forte d'une anse intestinale. En effet, sur onze chiens mis en expérience, et dont la température a été prise avec soin, nous avons constaté dans les quatre premières heures un abaissement notable sur sept de ces animaux, tandis que sur les quatre autres il y a eu une élévation légère.

L'abaissement a été d'autant plus marqué que la ligature a été plus haut placée sur le tube digestif.

La réplétion des voies digestives a eu une action notable sur la rapidité des phénomènes. (*Comm. :* MM. Flourens, Rayer, Claude Bernard.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Note sur l'emploi du caméléon minéral ou permanganate de potasse, pour reconnaître et doser la matière organique dans les eaux minérales*, par M. *Hervier.* — Ce procédé, dit l'auteur en terminant sa note, n'est pas seulement applicable aux eaux minérales, il s'adresse également aux eaux potables et à tous les cas où il est utile de chercher la présence des matières végétales. J'ai pu, à son aide, dresser un tableau comparatif des quantités de substances organiques contenues dans les décombres employés quelquefois pour garnir les planches ou pour remplacer le sable dans le mortier. On sait que les conseils d'hygiène, en Angleterre surtout, ont démontré l'insalubrité des bâtiments dans la construction desquels on utilisait les décombres. Avec notre procédé on précisera toujours rapidement si ces matériaux sont exempts ou non de matières putrescibles. (*Comm. :* MM. Pelouze, Payen, Balard.)

M. *Lamarre-Picquot* soumet au jugement de l'Académie la première partie d'un travail intitulé : *Physiologie comparée de quelques animaux voyageurs.*

Dans cette première partie, l'auteur, après quelques considérations sur la diète alimentaire à laquelle sont condamnées les populations situées près du cercle polaire, s'occupe presque exclusivement de deux mammifères de ces régions, l'ours blanc et le renard blanc du pôle arctique. (*Comm. :* MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

M. *A. Chevallier* adresse un mémoire sur les allumettes chimiques.

L'auteur s'y occupe principalement des dangers que présentent les allumettes chimiques préparées avec le phosphore ordinaire,

tant sous le rapport de la santé des ouvriers employés à leur préparation que du danger d'empoisonnement et du danger d'incendie. (*Comm.* : MM. Chevreul, Pelouze, Payen, J. Cloquet.)

Physiologie. — *Vitesse de la circulation artérielle, d'après les indications d'un nouvel hémodromomètre*, par M. *Chauveau*. — Voici, dit l'auteur, le résumé des faits que cet instrument nous a permis d'observer :

A. Dans les grosses artères voisines du cœur, au moment de la pulsation ventriculaire, le sang est mis en mouvement avec une vitesse relativement très grande, qui peut être évaluée en moyenne à 52 centimètres par seconde. A la fin de la systole du cœur, dans l'instant qui précède immédiatement la fermeture des valvules sigmoïdes, le mouvement du sang décroît avec une grande rapidité et devient même nul. Au moment où les valvules sigmoïdes sont fermées, la circulation éprouve une nouvelle impulsion, qui pousse le sang dans le vaisseau avec une vitesse moyenne de 22 centimètres par seconde. Après la fermeture des valvules sigmoïdes, l'accélération communiquée au mouvement du sang par la pulsation dicrote, qui est due à l'occlusion de l'orifice aortique, décroît, en général, avec une certaine lenteur. A la fin de la période de repos du cœur, dans le mouvement qui précède immédiatement une nouvelle systole ventriculaire, la vitesse moyenne du sang n'est que de 15 centimètres par seconde et il arrive même souvent que la circulation paraît alors complétement arrêtée.

B. Dans les rameaux artériels éloignés du cœur, la circulation est toujours comparativement plus active que dans les troncs pendant la période diastolique des ventricules, et l'accélération communiquée au cours du sang par la pulsation du cœur se montre relativement beaucoup plus faible. L'impulsion isochrone à la pulsation secondaire ou sigmoïde est elle-même moins perceptible, et peut même manquer tout à fait.

C. L'état d'activité d'un organe augmente considérablement la vitesse du cours du sang dans les artères qui se rendent à cet organe. C'est ainsi que la carotide, pendant que les animaux mangent, alors que les muscles masticateurs et les glandes salivaires sont en activité, charrie cinq à six fois plus de sang que si ces organes sont au repos.

D. La circulation artérielle est très sensiblement modifiée pendant les hémorrhagies, et les caractères qu'elle présente alors ne peuvent jeter aucun jour sur l'état de la circulation dans les artères fermées. En effet, le sang, dans une artère ouverte, coule continuellement avec une très grande vitesse, qui n'augmente presque pas à chaque pulsation du cœur, et qui ne présente jamais l'accélération due à la pulsation dicrote ou sigmoïde.

E. La section des pneumogastriques n'apporte pas dans la circulation artérielle d'autres modifications que celles qui résultent de la succession plus rapide des mouvements du cœur.

F. La section du grand sympathique, en paralysant les tuniques des vaisseaux et en dilatant les capillaires, paraît activer légèrement la circulation dans les troncs artériels. Mais cette accélération, si elle est bien réelle, n'est, en tous cas, nullement comparable à celle qui se manifeste lorsque la dilatation des capillaires est provoquée par le fonctionnement physiologique des organes.

G. La circulation artérielle s'accélère toujours beaucoup quand la moelle a été séparée de l'encéphale par une section transverse atloïdo-occipitale.

H. Lorsque la vitesse de la circulation artérielle s'accroît par suite de la dilatation des capillaires, qui rend plus facile l'écoulement du sang refoulé dans le système aortique par les contractions du cœur, la tension artérielle baisse toujours proportionnellement.

Chirurgie. — M. *Guillon* adresse une réclamation de priorité à l'occasion de l'instrument de lithotripsie récemment présenté par M. Heurteloup, lequel ne serait, suivant l'auteur de la lettre, qu'une copie de son brise-pierre pour cheval.

La manière de placer les malades, pour pulvériser promptement et facilement la pierre, est aussi l'objet d'une réclamation de priorité envers M. Heurteloup, de la part de M. Guillon, qui cite à l'appui un mémoire de M. Arrastia inséré, en mai 1856, dans le *Moniteur des hôpitaux*, et dont un exemplaire est joint à sa lettre.

Médecine. — M. *Vousgier* (de Strasbourg), à l'occasion d'une communication récente concernant l'influence fâcheuse de l'état d'ivresse sur le produit de la conception, annonce que deux faits parvenus à sa connaissance confirment les idées émises à ce sujet par M. Demeaux.

Académie de Médecine.

SÉANCE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1860. — PRÉS. DE M. CLOQUET.

(Suite et fin. — Voir le numéro 50.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1861. — Prix de l'Académie. — « Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — « De l'angine de poitrine. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° Question relative à l'art des accouchements : « De l'influence que les maladies de la mère, pendant la grossesse, peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs. — 2° Question relative aux eaux minérales. Ce prix, qui est également de la valeur de 1,000 francs, sera accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

Prix fondé par M. le baron Bardier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies réputées le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (*extrait du testament*). — Des encouragements auraient pu être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1862. — Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques : 1° quelle est la marche naturelle des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades; 2° quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose de nouveau, pour sujet de ce prix : « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et les applications pratiques qui en découlent; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. — Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « Du pemphigus des nouveau-nés. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voir plus haut les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. ORFILA. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. L'Académie propose de nouveau la question relative aux champignons vénéneux, et elle la formule de la manière suivante : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire ; rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons. 2° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. 3° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer. 4° Faire connaître les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées, et qui pourraient éclairer la toxicologie. Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette quatrième période (1856 à 1862), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. Ce prix, qui sera de la valeur de 12,000 francs, ne pourra être décerné qu'en 1863.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1861 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours (Décision de l'Académie, du 1er septembre 1838). — Toutefois les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat, sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

SÉANCE DE 18 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État communique : *a.* Un rapport de M. le professeur *Dumas* (de Montpellier) sur une épidémie de suette miliaire qui a régné à Draguignan pendant les mois de mars, avril et mai 1860. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Goyrand* sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Bouches-du-Rhône) pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note sur les vaccinations pratiquées dans l'arrondissement de Saint-Denis (île de la Réunion), par M. le docteur *Rémy.* (*Commission de vaccine.*) — *b.* Une note intitulée : *Des délires avant-coureurs de la paralysie générale*, par M. le docteur *Berthier* (de Bourg). (*Comm.:* MM. Falret et Baillarger.) — *c.* Un travail ayant pour titre : *Établissement du phénomène de l'hématose*, par M. le docteur *Billard* (de Corbigny). (*Comm.:* MM. Longet et Poiseuille.)

M. *le Secrétaire perpétuel* fait hommage, au nom de M. le docteur Follin, d'un volume intitulé : *Études sur les effets du feu*, par le docteur Marat, médecin des écuries de monseigneur le comte d'Artois; et, au nom de MM. Bouley et Reynal, du sixième volume du *Traité de médecine vétérinaire.*

M. *Devergie*, au nom de M. Landouzy (de Reims), fait hommage d'une brochure sur la *pellagre.*

M. *Larrey*, au nom de M. Sédillot et de l'auteur, présente une notice sur onze observations d'*uréthrotomie interne* pratiquée par M. Sédillot et recueillies par M. le docteur Gaujot.

M. *Gosselin* dépose sur le bureau un mémoire manuscrit sur *l'uréthrotomie externe*, par M. le docteur Bourguet (d'Aix).

M. *Depaul* présente au nom de l'auteur, M. le docteur Cavasse, trois volumes intitulés : *Annuaire général des sciences médicales.* Ce travail, déjà accueilli avec faveur, comprend l'analyse sommaire des publications médicales de chaque année. Les travaux relatifs à la médecine, la chirurgie, les accouchements, la thérapeutique, les sciences accessoires, trouvent place dans le volume rédigé chaque année. Ces trois volumes comprennent les années 1857, 1858, 1859. Cette publication sera continuée de la même manière à l'avenir.

M. *Depaul* présente, au nom de MM. Bernutz et Goupil, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, et, au nom de M. Hervier (de Rive-de-Gier), une note manuscrite sur *l'emploi du permanganate de potasse* pour reconnaître et doser la matière organique des eaux minérales.

M. *le Président* fait part à l'Académie de la démarche officielle qui a été faite par le bureau auprès du nouveau ministre dont relève l'Académie.

M. *le Président* annonce que la séance prochaine aura lieu mercredi, à l'heure ordinaire, et non mardi, jour de Noël. — Il communique à ses collègues le dernier bulletin de la santé de M. Ferrus ; l'amélioration se soutient.

Nominations.

L'Académie procède, par voie de scrutin, au renouvellement de son bureau.

Sont élus :

Président, M. *Robinet ;* vice-président, M. *Bouillaud;* secrétaire annuel, M. *Robin ;* membres du conseil, MM. *Bouillaud*, *de Kergaradec* et *Civiale.*

Présentation.

M. *de Beaufort* soumet à l'examen de l'Académie un jeune pianiste amputé de l'avant-bras, en 1856, par M. H. Larrey, et qui peut, à l'aide du bras artificiel *automoteur*, exécuter des mouvements très variés de la main et des doigts.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1860.

DISCUSSION SUR LA RÉPONSE DE M. FAUCONNEAU-DUFRESNE A LA NOTICE DE M. LE DOCTEUR DUPARCQUE SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES COLIQUES HÉPATIQUES PAR CONCRÉTIONS BILIAIRES.

Dans sa réponse à nos assertions, relatives au diagnostic et au traitement des coliques biliaires, M. Fauconneau ne fait que reproduire ses premières critiques, sans nouvelles argumentations ni plus de faits positifs à l'appui.

M. Fauconneau redit qu'il n'a rien vu de semblable à ce que nous avons observé relativement à l'hémi-éclampsie, et qu'aucune des nombreuses observations étrangères qui forment la base de son premier travail sur les affections hépatiques n'en fait mention. Mais, fussions-nous le seul à avoir vu ce fait, ne l'eussions-nous vu qu'une fois, que des faits *négatifs* même innombrables ne sauraient le détruire. Mais ce fait, ainsi que je l'ai avancé, avait été signalé avant moi. Je l'ai constaté plusieurs fois ; il a été remarqué depuis, dans un cas, par un éminent et savant professeur de clinique, M. le docteur François (de Louvain). En voici encore un tout récent recueilli par M. le docteur Trève, observateur exact et praticien exercé. Il fut appelé, en septembre dernier, par une femme de cinquante-quatre ans, en proie à des accès de coliques hépatiques auxquels elle était sujette depuis un certain temps. Ce qui le frappa, ce fut un tremblement convulsif de tout le flanc droit : c'était, comme on le voit, presque limité comme chez le sujet de ma deuxième observation. M. Trève m'avait fait prévenir pour être témoin de ce phénomène ; mais j'étais en voyage.

Quelle est la signification de ces épiphénomènes? Nous avons cru devoir déduire de ce que nous ne l'avions vu dans aucun autre cas, dans aucune autre affection que les coliques hépatiques avec rétention de bile, par calculs biliaires, qu'il pouvait jusque-là passer pour un signe propre à éclaircir le diagnostic si souvent difficile de cette dernière affection... Les simples dénégations de notre honorable antagoniste ne sauraient détruire cette modeste prétention.

Ce n'est pas M. Fauconneau-Dufresne qui m'a appris ce que tout praticien peut savoir, que la colique hépatique est l'expression symptomatique et des efforts d'expulsion, et des violences de disten-

sion que le calcul exerce sur le canal cystique. En effet, tant que le calcul n'est pas engagé dans ce conduit, il peut séjourner en volume considérable dans la vésicule sans se déceler par aucun symptôme ou accident. Pendant notre internat à Bicêtre, que de fois nous avons trouvé, à l'autopsie des vieillards, certains états pathologiques anciens que rien n'avait divulgués pendant la vie, la vésicule remplie, comblée par des masses de calculs ou concrétions biliaires !

Nous aurions belle à combattre par des faits l'assertion de M. Fauconneau, prétendant que les symptômes de la colique hépatique se tempèrent et cessent même dès que le calcul tombe dans le canal cholédoque, plus large et plus extensible que le cystique. Mais il ajoute qu'il faut bien peu de chose alors pour déterminer l'expulsion du calcul qui, parfois même, s'échappe spontanément. Notre confrère part de là pour affirmer de notre médicament oléo-éthéré, que s'il a réussi, c'est qu'il était administré dans ces conditions, et que les calculs auraient bien pu être chassés sans lui. Objection singulière et qui ne tombe pas moins lourdement sur les médications existantes, purgatives, généralement indiquées et employées, et particulièrement l'eau de Sedlitz, à laquelle M. Fauconneau donne la préférence, comme agent propre à exciter ou favoriser l'expulsion du calcul cholédoque.

Nous rappellerons contre cette fin de non-recevoir, relativement à l'action et aux effets du mélange oléo-éthéré : 1° que, dans toutes nos observations et dans celles qui nous ont été communiquées, c'est durant et parfois au début des coliques hépatiques, et alors que, selon M. Fauconneau même, le corps devait être encore engagé dans le canal cystique, que le médicament est administré; 2° que les effets, comme sédatifs et antispasmodiques, et comme expulsifs des concrétions, ont si généralement suivi de près son ingestion, qu'on peut, en toute conscience et sans application abusive du *post hoc, ergo propter hoc*, reconnaître ici un rapport évident de cause et d'effet.

Quelles sont, en définitive, les indications rationnelles qu'imposent au praticien les coliques hépatiques par concrétion biliaire?

1° Une première, préalablement indispensable : combattre certaines complications qui souvent précèdent ou accompagnent cet état pathologique, congestion, inflammation. Moyens : émissions sanguines; traitement antiphlogistique.

2° Deuxième indication : combattre les douleurs atroces et les spasmes, convulsions, vomissements, qui constituent le cortége symptomatique des coliques hépatiques.

3° Troisième indication : provoquer, favoriser, exciter l'expulsion du calcul.

Avec tous les praticiens, M. Fauconneau remplit d'abord la première de ces trois indications par les sédatifs, et notamment les opiacés, généralement employés dans ce but. Puis il s'occupe ensuite de la seconde indication, remplie par l'eau de Sedlitz.

C'est un traitement en deux temps. Eh bien, notre remède possède, par sa composition, les qualités ou propriétés propres à remplir cette double indication; et, n'eût-il que l'avantage, assez notable, on en conviendra, d'accomplir simultanément d'un seul coup, et presque en un seul temps, ces deux indications, qu'il mériterait encore la préférence sur l'ancien traitement maintenu par M. Fauconneau.

Nous en avions appelé à l'expérimentation pratique de notre honorable antagoniste. Il a, dit-il, essayé une ou deux fois du médicament sans succès. Mais le peu qu'il rapporte de ces faits prouve qu'ils n'étaient pas dans les conditions que nous avions si clairement exprimées, et qui sont si saillantes dans nos observations. Nous ne pouvons que renouveler le désir que M. Fauconneau recommence ses essais, et surtout qu'il les opère en temps et lieu convenables.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 21 DÉCEMBRE 1860.

Communications diverses.

Société de chirurgie.

Séance du 19 décembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

ATRÉSIE DE LA VULVE. — HYDRORRHÉE DES FEMMES ENCEINTES.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à la discussion du rapport lu mercredi dernier par M. Verneuil; nous avons reproduit quelques-unes des conclusions; celles qui ont été discutées sont relatives à la médecine opératoire et au pronostic de l'opération.

Dans quelques cas, on a eu à regretter la mort des opérés, mais on doit reconnaître que ce n'est pas l'opération elle-même qui est grave, mais l'ouverture d'un vaste foyer contenant du sang; il en résulte des accidents d'intoxication putride. Il n'en est pas ainsi, et le résultat n'est jamais funeste, quand on laisse l'opération inachevée sans avoir ouvert le foyer, ou lorsque l'on opère des jeunes filles non encore réglées, ou enfin lorsque, par suite d'autres vices de conformation, tels que l'absence de l'utérus, la menstruation n'existe pas.

M. Verneuil avait donné la préférence à un procédé mixte, tenant du décollement et de l'opération sanglante. M. Huguier et M. Guérin seraient plutôt disposés à n'employer que le bistouri. En décollant, on est aussi exposé à perforer l'urèthre, la vessie ou le rectum, le péritoine, qu'en employant le bistouri, et cette perforation est alors plus grave qu'une incision fort petite, qu'on arrête aussitôt qu'on s'aperçoit de l'erreur. On évitera du reste ces accidents en procédant très lentement.

Plusieurs membres de la Société citent, en outre, quelques cas intéressants :

M. *Huguier* a opéré à l'hôpital Beaujon une jeune fille non encore menstruée; il a pu créer aussi un vagin tout entier. Une incision transversale ayant été faite, il plaça une sonde dans l'urèthre, et, maintenant un doigt dans le rectum, il a pu ainsi arriver jusqu'au col de l'utérus, qui était oblitéré. Le vagin ainsi formé a été maintenu ouvert. Puis la jeune fille est retournée dans son pays. Lorsque la menstruation apparut, le sang s'accumula dans l'utérus et le distendit; alors une ouverture fut faite, et l'écoulement sanguin put avoir lieu par le vagin préparé d'avance.

Dans un autre cas, le vagin était imperforé dans une étendue de 3 centimètres, le col utérin et le vagin étaient dilatés; il incisa également le trajet, et la malade a guéri.

A propos des accidents possibles, M. *Verneuil* cite un cas remarquable de Dieffenbach :

Une dame de province vint le consulter pour une oblitération accidentelle du vagin : déjà des tentatives d'opération avaient été faites. Un chirurgien, en voulant frayer un passage, avait ouvert la vessie; il en était résulté une fistule vésico-vaginale qui persistait. Un autre chirurgien essaya, et perfora le rectum; mais cette perforation guérit spontanément. Dieffenbach opéra alors, et, en disséquant à petits coups de bistouri, il put arriver jusqu'au col de l'utérus.

M. *Robert* dit que Dupuytren a eu plusieurs fois occasion de faire ces opérations pour des atrésies compliquées de rétention du flux menstruel; l'opération a été faite sans accidents, mais les malades ont succombé à des métro-péritonites ou à l'infection putride. Ces faits sont très anciens, et M. Robert ne peut préciser quelle était la nature exacte des complications observées.

MM. *Richard* et *Demarquay* citent des cas d'oblitérations accidentelles. La dame observée par M. Demarquay avait été atteinte de cette affection à la suite d'un accouchement; mais il restait encore un pertuis qui pouvait donner passage au sang menstruel; il y avait, en outre, une fistule vésico-vaginale que M. Demarquay jugea inopérable.

La malade observée par M. Richard avait été atteinte d'une hémorrhagie utérine grave pour laquelle on appliqua un tampon imbibé de perchlorure de fer qui fut laissé en place; il en résulta une oblitération complète, les règles ne purent s'écouler au dehors. Au bout de huit mois, les accidents étaient graves et exigèrent une intervention chirurgicale. M. Richard, ayant placé une sonde dans la

vessie et introduit un doigt dans le rectum, décolla graduellement les parois avec le bistouri. Il arriva à franchir l'obstacle ; il s'écoula environ un verre et demi de sang moins épais que dans les cas d'oblitération congénitale ; le vagin, ainsi formé, fut maintenu ouvert, mais il se rétrécit un peu ; le sang menstruel put néanmoins s'écouler très facilement.

M. *A. Guérin* a fait 5 fois l'opération du vagin artificiel ; il donne la préférence au bistouri, et, dans aucun cas, il n'a intéressé les parties voisines. Aucun accident consécutif n'est survenu.

— On observe quelquefois dans les dernières semaines ou même les derniers mois de la grossesse un écoulement séreux intermittent dont la nature et l'origine ont été l'objet de contestations. Nægelé pensait que ce ne pouvait être le liquide amniotique, mais un liquide sécrété entre les membranes de l'œuf et l'utérus ; cette opinion était admise par presque tous les auteurs, lorsqu'un fait observé par Ingleby, et cité par lui dans un mémoire sur les hémorrhagies utérines, vint remettre la question en doute et faire croire que c'était le liquide amniotique. Au centre des membranes, on trouva la perforation qui avait donné passage au fœtus, et plus près du placenta un autre orifice qui avait donné passage au liquide. M. Dubois observa ensuite un autre cas de même nature : le petit orifice des membranes était ancien et ses bords paraissaient comme cicatrisés.

Cet état de la question est brièvement rappelé par M. *Danyau*, qui présente le délivre d'une femme qui accoucha le 12 décembre, après avoir présenté cet écoulement séreux pendant cinquante-six jours. Le placenta était inséré près du col ; on voit, d'un côté, une large perforation, celle qui a donné passage à l'enfant, et, dans un point diamétralement opposé, une autre petite ouverture qui avait laissé échapper le liquide amniotique. L'écoulement de ce liquide peut être intermittent et plus ou moins abondant, suivant qu'il chemine plus ou moins vite, ou s'accumule entre les membranes et les parois utérines.

— A la fin de la séance, M. *Coulon*, interne des hôpitaux, a lu une observation intéressante de *déchirure du poumon*. Nous en donnerons une analyse dans notre prochain compte rendu.

JULES ROUYER.

V

REVUE DES JOURNAUX.

Ictère grave avec dégénérescence graisseuse du foie et des reins, par M. le docteur VON PLAZER.

L'observation suivante, recueillie par M. Von Plazer à la clinique du professeur Rigler, à Gratz, est un exemple d'une forme peu connue et apparemment peu commune d'ictère grave avec affection particulière du foie. Quelques faits analogues avaient déjà été publiés par le professeur Rokitansky (de Vienne) ; nous donnons plus loin un résumé de ces faits, qui serviront peut-être à éclairer quelques points encore assez obscurs de l'histoire de l'atrophie aiguë jaune du foie. Voici d'abord, en résumé, l'observation de M. Plazer :

OBS. I. — Marie St...., âgée de vingt-six ans, servante, non mariée, d'une belle constitution, habituellement bien réglée, entra à la clinique de M. Rigler, au mois d'octobre 1859. Depuis deux ou trois mois, elle était sujette à de la constipation et à des troubles digestifs, accompagnés de douleurs, analogues à des coliques, dans l'abdomen et notamment vers l'épigastre, douleurs qui revenaient sous forme d'accès périodiques. Deux jours avant son entrée, la malade s'était aperçue qu'elle commençait à jaunir. En même temps elle avait éprouvé du malaise, de la céphalalgie, de la chaleur, des vertiges, accidents qui l'avaient forcée à quitter son travail.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait une teinte ictérique de moyenne intensité de la peau et des conjonctives, un peu de météorisme, un enduit saburral de la langue. Peu de symptômes objectifs : la rate était tuméfiée, la peau chaude et sèche, le pouls et la respiration peu accélérés, l'urine peu abondante, brun jaunâtre, trouble, contenant de l'albumine et de la biliphéine ; selles d'un brun pâle, pâteuses.

Les symptômes subjectifs les plus saillants étaient les suivants : somnolence, tête lourde et embarrassée, vertiges, sensibilité à la pression de la région de l'estomac et du foie, nausées, soif assez vive, anorexie.

Les accidents changèrent notablement de physionomie dès le lendemain et surtout le surlendemain (cinquième jour de la maladie). A la somnolence succéda le coma, aux nausées des vomissements de matières brun-noirâtre, analogues à du marc de café ; le coma alternait avec du délire parfois furieux ; la parole était embarrassée, le regard fixe, les pupilles dilatées et immobiles, le pouls extrêmement petit et fréquent, la respiration râlante ; gémissements continuels qui paraissaient, d'après les mouvements automatiques de la malade, se rattacher à des douleurs dans la région du foie.

La malade succomba trois jours après son entrée à la clinique. Comme traitement, on avait employé la glace à l'intérieur, du bicarbonate de soude, des applications froides sur la tête et sur l'estomac et des révulsifs légers.

Autopsie. Météorisme considérable, persistance de la teinte ictérique. Infiltration œdémateuse des méninges ; cerveau turgescent, imbibé de sérosité, gorgé de sang ; à la base du cerveau environ deux onces de sérosité sanguinolente ; poumons un peu œdémateux ; cœur flasque ; ecchymoses nombreuses sous l'endocarde et le péricarde.

Foie volumineux, pesant 1600 grammes, à bords épais, enveloppe tendue, luisante. Surface et parenchyme, dans le lobe gauche et dans la moitié gauche du lobe droit, d'une coloration jaune intense, le reste d'un brun pâle ; substance hépatique, molle, friable, anémiée, graissant le couteau ; disposition lobulaire effacée, vésicule biliaire petite, contenant une petite quantité de bile jaune clair ; voies biliaires libres.

Volume de la rate augmenté de moitié, capsule tendue, parenchyme pulpeux, d'un rouge foncé. — Estomac et intestins fortement distendus par des gaz, muqueuse boursouflée présentant de nombreuses ecchymoses du volume d'une tête d'épingle, recouverte de mucosités visqueuses brun noirâtre. — Reins volumineux, flasques, un peu ictériques, médiocrement injectés ; corticale d'un jaune pâle, présentant çà et là des stries ou un pointillé rouge ; substance tubuleuse rouge brunâtre. Vessie petite, contenant trois ou quatre onces d'urine trouble, ictérique.

Examen microscopique. Le foie présentait une dégénérescence graisseuse très avancée. Malgré les recherches les plus attentives, on ne trouvait que de très rares cellules parenchymateuses normales. Presque partout on ne rencontrait qu'une agglomération de gouttes graisseuses de volume variable, nageant librement dans un liquide, ou plongées dans une masse finement granuleuse. On trouvait très peu de sang et de pigment biliaire.

L'examen microscopique révéla également une dégénérescence graisseuse des reins, moins avancée cependant que celle du foie. Cette dégénérescence portait assez uniformément sur toute l'étendue des reins ; on voyait des granulations graisseuses en grand nombre accumulées dans les canalicules ou dans leurs éléments épithéliaux ou déposés à la surface des glomérules de Malpighi. — Dans des mucosités noirâtres qui tapissaient l'estomac et l'intestin, on voyait des cellules épithéliales isolées, des globules sanguins ratatinés, du pigment brun rougeâtre amorphe et des masses moléculaires.

M. Plazer pense que l'altération qui vient d'être décrite représente la première phase de l'affection désignée par le nom d'atrophie aiguë. Il invoque à l'appui de cette manière de voir les considérations suivantes, qui s'appliquent également aux faits de M. Rokitansky, dont il sera question tout à l'heure.

Identité des symptômes dans les deux cas : marche aiguë, fébrile, accidents typhoïdes, douleur dans la région du foie, hématémèses, selles contenant du sang décomposé, ictère. A l'autopsie : ecchymoses des membranes séreuses, présence de sang dans le canal digestif, colliquation graisseuse des reins, coloration ictérique du foie.

Analogie des lésions microscopiques : entre la dégénérescence graisseuse des éléments et leur destruction il y a, en effet, souvent un rapport intime ; c'est ce qui se voit dans la production du foie granuleux, dans la troisième période de la maladie de Bright, dans le retour de l'utérus à l'état habituel après la grossesse. Il n'y a d'ailleurs pas de raison pour ne pas admettre que la dégénérescence graisseuse du foie puisse se produire avec une grande rapidité.

Dans les deux cas, la dégénérescence rénale paraît être un fait

secondaire, consécutif à l'altération du foie, l'altération de l'épithélium rénal étant moins avancée que celle des cellules hépatiques. Enfin la *stéatose* (dégénérescence graisseuse) aiguë, aussi bien que l'atrophie aiguë ont été observées principalement chez des sujets jeunes et chez des femmes. (*Spitals-Zeitung*, n° 5, 1860.)

Les observations de M. Rokitansky ont été publiées l'année passée dans la *Zeitschrift der Wiener Ærzte* (n° 32); voici le résumé de ces faits :

Obs. II. — Le 29 novembre 1858, on fit l'autopsie médico-légale d'une servante âgée de vingt-trois ans, morte six jours après avoir ingéré de la pâte phosphorée qui sert à la fabrication des allumettes chimiques. L'ingestion de cette substance fut suivie de vomissements abondants et dans les matières vomies on reconnut sans peine de la masse phosphorée. Après ces vomissements la malade se porta parfaitement bien. Plus tard coloration ictérique de la peau, écoulement menstruel, perte de connaissance, vomissements brun noirâtre. Mort le sixième jour.

Autopsie. Ecchymoses sous la plèvre, dans le médiastin et à la base du cœur; un peu d'épanchement pleurétique à gauche. Foie présentant une dégénérescence graisseuse très avancée, d'un jaune pâle ou légèrement rougeâtre, de consistance pâteuse, anémié. Vésicule et conduits biliaires contenant des mucosités teintes par de la bile. L'estomac contient une livre et demie d'un liquide brun foncé ; muqueuse stomacale boursouflée, couverte de mucosités visqueuses dans lesquelles on voyait des stries brun noirâtre. Matières intestinales mêlées de sang partout. — Reins très volumineux, très pâles, blanc jaunâtre, un peu ictériques, graisseux. La vessie contient quelques gouttes d'urine chargée, ictérique.

Dans son rapport judiciaire, M. Rokitansky déclara que l'ingestion de la masse phosphorée était étrangère à la maladie qui avait entraîné la mort.

Obs. III. — Une servante âgée de trente-huit ans, entra à l'hôpital le 26 février 1859, avec les symptômes suivants : constipation, vomissements, céphalalgie, spasmes des muscles de la face et des extrémités, anémie; pouls à 60. Dans la nuit elle est prise de délire; le lendemain, dans la matinée, on constate une légère coloration ictérique ; dans l'après-midi, la malade tombe dans le coma et succombe.

Autopsie. Ecchymoses très étendues sous la plèvre et sous le péritoine et dans le médiastin. Foie volumineux, d'un jaune pâle, anémié, mou, pâteux, graisseux, un peu ictérique au centre de quelques lobules. Quelques gouttes d'un mucus grisâtre dans la vésicule biliaire. Estomac présentant vers sa grosse tubérosité quelques cloisons hémorrhagiques et contenant une petite quantité d'un liquide brun noirâtre. — Substance corticale des reins d'un jaune pâle, présentant de petites taches blanches et une foule de points rouges dus à l'injection des glomérules de Malpighi; substance tubuleuse d'un rouge pâle. Dans les bassinets, les uretères et la vessie, on trouve un liquide muqueux trouble.

Obs IV. — Le 22 avril, on reçut à l'hôpital une petite fille âgée de huit ans, malade depuis une semaine; elle avait eu de la céphalalgie, de la fièvre, des vomissements, et avait perdu sa connaissance. A son entrée, elle avait beaucoup de fièvre ; pendant la journée, elle vomit à plusieurs reprises, puis elle eut des convulsions et mourut le 23.

Autopsie. Foie volumineux, à bords épais et arrondis, pâteux, d'un jaune pâle, graisseux, vésicule renfermant de la bile jaune très liquide. — Reins volumineux; substance corticale d'un jaune rougeâtre pâle, présentant des stries et des taches blanc jaunâtre; substance tubuleuse d'un rouge brunâtre foncé. Quelques gouttes d'urine dans la vessie.

Dans ces trois cas, l'examen microscopique révéla des lésions identiques. Les canalicules de la substance corticale étaient remplis de cellules épithéliales gonflées et remplies de granulations graisseuses et de granulations graisseuses libres. La substance corticale était anémiée, la substance tubuleuse, au contraire, hypérémiée.

Le résumé auquel nous empruntons ces détails (*Prager Vierteljahrschrift*, 1860, t. II) ne dit rien des caractères microscopiques du foie; mais l'autorité de M. Rokitansky suffit pour mettre son diagnostic à l'abri de toute contestation. M. Rokitansky admet, comme M. Plazer, que dans ces faits la dégénérescence graisseuse du foie s'est produite en premier lieu, et que la lésion des reins ne s'y est jointe que consécutivement; ces altérations auraient pour résultat ultime la suppression des sécrétions biliaire et urinaire, et la mort serait la conséquence de l'*urémie* et d'une décomposition hémorrhagique du sang.

Cette dernière opinion n'est pas partagée par M. Plazer, pour ce qui est de l'*urémie*. Il fait remarquer que l'altération du foie est toujours beaucoup plus avancée que celle du foie ; que les lésions des reins ne sont pas identiques avec celles qui caractérisent la maladie de Bright, et que les ecchymoses, les hémorrhagies et le gonflement de la rate sont étrangers à l'urémie, tandis qu'on les rencontre à peu près constamment dans l'atrophie aiguë du foie.

De l'existence d'un appendice à la région sacrée chez une petite fille, communication à la Société centrale de médecine du département du Nord, par M. le docteur Arrachart.

Il s'agit d'une petite fille âgée de sept ans qui portait à la région sacrée une tumeur assez volumineuse. Au dire de la mère, cette tumeur existait à la naissance de l'enfant et s'était accrue proportionnellement au reste du corps; depuis quelques mois, l'accroissement en avait été plus rapide. Elle était, d'ailleurs, complétement indolente et gênait seulement un peu l'enfant dans l'attitude assise. Voici les principaux caractères de cette tumeur : elle est attachée, vers le milieu du pli interfessier, par un pédicule assez large, appuyant un peu plus à droite qu'à gauche, de sorte qu'elle est couchée sur la fesse droite. Abandonnée à elle-même, elle fait avec l'axe de la colonne vertébrale un angle de 55° ouvert en bas. Elle est très mobile sur son pédicule; cylindrique, un peu renflée en bas; elle mesure 12 centimètres en longueur et en circonférence; elle est recouverte par la peau et le tissu circulaire sous-cutané.

Dans son intérieur, on peut constater la présence de deux parties osseuses: l'inférieure, de forme presque conique; la supérieure, se rapprochant de la forme cylindrique, toutes deux jouant l'une sur l'autre, de même que la supérieure joue sur le sacrum, qui lui sert de lieu d'implantation. La tumeur n'est d'ailleurs pas transparente, et la pression ne la fait pas diminuer de volume.

Au-dessus d'elle, le sacrum présente tous ses caractères normaux; « au-dessous, dit l'auteur, l'examen est plus difficile; les dernières pièces du sacrum offrent à cet âge si peu de résistance, que je n'oserais affirmer ou non leur existence. Le meilleur moyen de s'en assurer, c'était certainement l'exploration rectale. Comptant bien enlever cette tumeur, je négligeai cet examen à cause de l'indocilité de l'enfant, en promettant de faire cette dernière recherche au moment de l'opération. Mais la mère, sous prétexte de consulter son mari, emmena l'enfant et je ne la revis plus. »

Qu'était-ce que cet appendice? M. Arrachart pense qu'il ne s'agit pas là d'une déviation des coccyx, mais d'un véritable prolongement caudal. Quant à l'opération projetée par l'auteur, elle lui paraissait utile à cause du développement rapide de la tumeur et de la difformité. Il ne pense pas qu'elle ait pu entraîner de danger sérieux. S'il y avait communication avec le canal rachidien, elle ne pouvait pas être bien large, et s'il y avait quelques filets nerveux, ils ne devaient pas être importants. Voici, au reste, le procédé que M. Arrachart s'était proposé d'employer : 1° tailler un lambeau suffisant pour recouvrir la plaie ; 2° disséquer avec le plus grand soin jusqu'au pédicule ; 3° étreindre ce pédicule dans une ligature fortement serrée; 4° exciser des tumeurs au-dessous de la ligature, celle-ci devant être conservée ou enlevée suivant qu'il y aurait eu ou non communication avec le canal rachidien.

A la suite de la communication de M. Arrachart, deux faits semblables furent cités par MM. Pilat et Petit. Chez l'enfant observé par ce dernier médecin, à l'endroit où se trouve normalement la pointe du coccyx, on sentait dans un espace interosseux une légère fluctuation qu'il attribue à la présence du liquide céphalo-rachidien. Les parents rapportaient qu'au moment de la naissance, cette queue avait le volume d'une phalange du petit doigt; qu'elle s'était développée en même temps, et même, proportion gardée, plus que le reste du corps, au point d'acquérir la forme et le volume d'une queue de mouton écorché. M. Petit, craignant de pénétrer dans le canal rachidien par la base de la tumeur, jugea prudent de ne pas en faire l'ablation. (*Bulletin médical du nord de la France*, septembre 1860.)

Recherches sur un accident produit par la calandre du riz, communication à l'Académie de médecine de Belgique, par M. C. de Brou, pharmacien à Louvain.

« Au commencement du mois de mai dernier, dit l'auteur, des ouvriers occupés à décharger un bateau de riz non décortiqué, furent atteints d'une tuméfaction et rougeur de la face et d'une inflammation des yeux si intense, que plusieurs furent obligés d'interrompre leur travail au bout de quatre heures; deux d'entre eux furent tellement incommodés qu'ils ne purent regagner leur domicile et furent dans l'impossibilité d'ouvrir les yeux pendant douze heures. Les applications de compresses imbibées d'eau de Goulard dissipèrent les accidents, et les plus maltraités ne purent reprendre leur travail qu'au bout de trois jours..... Les ouvriers étaient des hommes robustes, habitués à ce genre de travail, qui jusqu'à présent n'avait déterminé chez eux le moindre accident. »

En examinant une petite balle du riz dont le déchargement avait produit ces accidents, M. de Brou reconnut qu'il était recouvert de larves vivant de la calandre du riz et de leurs dépouilles, et que le riz en grande partie vermoulu, renfermait une quantité énorme de calandres de riz (*Curculio oryzæ*, L.) morts et se réduisant en poudre par un léger frottement.

M. de Brou s'assura, en outre, par des analyses chimiques (extraction par l'éther) et par quelques expériences, que la calandre du riz contient un principe susceptible de produire une assez vive rubéfaction de la peau. Il n'était, par conséquent, pas douteux que les accidents observés par M. de Brou aient été le résultat de l'action irritante exercée sur la face par la poussière des calandres et de leurs larves.

M. de Brou fait remarquer à cette occasion que, dans les usines où l'on opère la décortication du riz, les ouvriers sont exposés à une atmosphère dans laquelle voltige une poussière très abondante, par suite des opérations nombreuses et compliquées auxquelles on soumet le riz brut, afin de débarrasser le grain des matières étrangères qui y sont mêlées, ainsi que des glumelles dans lesquelles il est étroitement enveloppé. Lorsqu'on travaille le riz sain, cette poussière ne présente pas de danger pour la santé de l'ouvrier; mais lorsqu'on opère sur du riz charançonné, il est de la plus haute importance d'établir dans les usines une ventilation énergique, afin de préserver les ouvriers de la poussière irritante de la calandre. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1860, n° 6.).

VI

BIBLIOGRAPHIE.

Chimie organique fondée sur la synthèse, par M. Berthelot. 2 vol. in-8, 1860, chez Mallet-Bachelier.

L'ouvrage que vient de publier M. Berthelot, bien que s'éloignant du cadre des études habituelles des lecteurs du journal, s'y rattache cependant par quelques-unes des questions que l'auteur y traite avec le talent remarquable qui lui a fait déjà un nom justement honoré dans la science, et rendra certainement, dans un avenir plus ou moins rapproché, plus facile l'étude de certains phénomènes encore obscurs de la médecine ou de quelques-unes des sciences qui s'y rattachent.

Au lieu de procéder, comme on l'a fait jusqu'à lui dans tous les ouvrages de chimie organique, c'est-à-dire au lieu de partir de l'analyse des corps composés, d'abord en éléments composés eux-mêmes, puis en corps simples, M. Berthelot (ainsi qu'il l'indique par le titre même de son ouvrage) suit une voie tout opposée et procède par synthèse, groupant d'abord entre eux les corps simples pour finir par reconstituer les corps les plus complexes. Les nombreux faits de cet ordre qu'il a réunis par un travail incessant de dix années lui ont permis d'en opérer le groupement, d'établir leur filiation et démontrer leur enchaînement, ce qui eût été impossible avant ses travaux, car on ne connaissait jusqu'alors que la production de toutes pièces de l'urée, par Wohler, et celle de l'acide acétique, par Kolbe, et encore ces deux faits, en raison même de la nature des corps sur lesquels ils portent, n'ont-ils pu servir de point de départ à aucune méthode générale, ni même à aucune reproduction de produits naturels.

L'ouvrage est divisé en quatre livres : trois sont consacrés à l'exposition des faits particuliers, le quatrième aux méthodes générales.

Après avoir traité dans le premier livre de la synthèse des carbures d'hydrogène qui, par la simplicité des combinaisons binaires que le carbone forme avec l'hydrogène et leurs allures particulières, étaient indiqués comme point de départ des opérations synthétiques, M. Berthelot développe les procédés qui lui ont permis d'arriver à cette synthèse sans avoir employé jamais aucun produit, même simple originairement, des êtres organisés.

Dans le second livre, se basant sur les faits énoncés dans le livre précédent, l'auteur démontre que l'on arrive à la synthèse des alcools au moyen des carbures d'hydrogène, c'est-à-dire, en définitive, à la synthèse des alcools au moyen des éléments, et il indique comment on peut arriver à faire de toutes pièces le phénol, principe contenu dans le castoréum et l'urine humaine, les acides benzoïque, hippurique, etc., que l'on retrouve dans l'urine des animaux herbivores.

Les corps gras et les corps sucrés, dont l'importance dans l'organisation des êtres vivants est incontestable, sont l'objet du troisième livre, et permettent à l'auteur de trancher nettement la question de la nature de la constitution des corps gras, mise en lumière par les beaux travaux de M. Chevreul, mais qui laissait encore les chimistes incertains sur la validité de leurs hypothèses.

Dans le quatrième livre, spécialement consacré aux méthodes générales, M. Berthelot indique au milieu de quel cercle de métamorphoses la formation d'un principe naturel peut être recherchée, et par quelles voies on peut espérer sa réalisation. Consacrant un chapitre tout entier à l'étude des phénomènes connus sous le nom d'actions de contact et de fermentations, dont le rôle est si important en chimie organique et dans les changements qui ont lieu au sein des êtres vivants, M. Berthelot insiste tout particulièrement sur leur nature véritable, encore obscure, et arrive à démontrer que « parmi les phénomènes qui touchent aux transformations de » la matière contenue dans les êtres vivants, soit pendant leur vie, » soit après leur mort, il en est peu qui ne participent plus ou » moins des fermentations. » C'est ainsi que « la digestion des » animaux a été presque toujours regardée comme le résultat d'une » série de fermentations; les aliments amylacés deviennent solubles » sous l'influence de la salive et des liquides intestinaux; les corps » gras s'émulsionnent sous l'influence du suc pancréatique; enfin, » les aliments azotés se désagrégent sous l'influence de la pepsine, » matière spéciale au suc gastrique. Tous ces effets paraissent dus » à des fermentations déterminées. La maturation des fruits résulte » aussi de transformations successives de principes immédiats, » modifiés en vertu de certaines fermentations. Enfin, il est pro» bable que l'action des venins, des virus et des miasmes sur les » êtres vivants, ainsi que le développement de la plupart des ma» ladies contagieuses, rentrent dans la même série de phéno» mènes. »

Tout en reconnaissant que dans l'histoire des ferments il reste encore beaucoup de faits qui échappent à l'investigation du chimiste, M. Berthelot pense qu'il arrivera un moment où l'on pourra assimiler la fermentation aux actions de présence provoquées par le contact des acides et des agents chimiques proprement dits, et alors on « réussira à constituer une science complète et subsistant » par elle-même, c'est-à-dire telle qu'elle doit être pour concourir » efficacement à l'intelligence des métamorphoses physiologiques » et à leur reproduction artificielle. »

Enfin, après avoir examiné le rôle que joue l'isomérie dans la production des phénomènes chimiques, l'auteur termine en démontrant la nécessité de contrôler les résultats que fournit la synthèse, et de vérifier l'identité des principes artificiels avec ceux que fournit la nature. Il insiste tout particulièrement ensuite sur les applications physiologiques dont la synthèse est susceptible, en rappelant

que l'art peut reproduire déjà quelques-uns des phénomènes que nous offre la nature ; pour l'acide hippurique, ou la formation du sucre dans la germination, par exemple, il établit l'identité, déjà démontrée par M. Claude Bernard, entre cette formation du sucre par la transformation du principe glycogène sous l'influence des acides et des ferments, et la métamorphose parallèle qui se passe, dans la germination, par la fabrication du sucre sous l'influence de la diastase.

M. Berthelot, tout en accordant un rôle très important à la chimie organique, ne prétend pas pour cela que les lois physiques et chimiques puissent seules tout expliquer dans l'organisation, même la vie, et il pense que si le chimiste peut former les substances chimiques, dont l'assemblage constitue les êtres organisés, la formation des organes eux-mêmes n'est pas de son domaine. « Jamais » le chimiste ne prétendra former dans son laboratoire une feuille, » un fruit, un muscle, un organe. Ce sont là des questions qui » relèvent de la physiologie ; c'est à elle qu'il appartient d'en dis» cuter les termes, de dévoiler les lois du développement des êtres » vivants tout entiers, sans lesquels aucun organe isolé n'aurait ni » sa raison d'être, ni le milieu nécessaire à sa formation. Mais ce » que la chimie ne peut faire dans l'ordre de l'organisation, elle » peut l'entreprendre dans la fabrication des substances renfer» mées dans les êtres vivants... La chimie organique poursuivra » désormais sa marche dans la voie synthétique jusqu'à ce qu'elle » ait parcouru tout son domaine et qu'elle ait défini ses limites » aussi complétement que peut le faire aujourd'hui la chimie mi» nérale. Par là, elle formera avec cette dernière un ensemble con» tinu procédant des mêmes méthodes et des mêmes lois générales, » en même temps qu'elle constituera à la physiologie une base et » des instruments pour s'élever plus haut. »

L'ouvrage de M. Berthelot, outre qu'il est conçu dans un esprit supérieur, nous paraît éminemment utile, car, en ouvrant la voie de la synthèse, il nous trace la direction à suivre pour arriver à élucider de nombreux faits de physiologie restés encore obscurs, et il nous permet d'espérer qu'un jour viendra où nous pourrons fabriquer de toutes pièces des substances très rares aujourd'hui et dont l'utilité est incontestable. Ne serait-ce pas un bienfait pour tous si l'on pouvait arriver à faire la synthèse de la quinine, qui tend à devenir de plus en plus rare, et dont le manque serait un malheur pour la thérapeutique ? Espérons que M. Berthelot, ou quelqu'un des chimistes qui le suivront dans la voie qu'il a tracée, nous amènera bientôt à un aussi magnifique résultat !

J.-Léon Soubeiran.

Agenda médical pour 1861, chez Asselin.

Cet *Agenda* de poche, nous avons eu déjà occasion de le dire l'année dernière, est parfaitement combiné pour offrir sous un petit volume, au praticien, toutes les indications, tous les renseignements dont il peut avoir besoin, non dans son cabinet, où il pourrait souvent se les procurer dans sa bibliothèque, mais au lit du malade, mais dans la rue, quand le besoin s'en fait sentir immédiatement. Ainsi : *mémorial thérapeutique; secours à donner dans l'asphyxie et l'empoisonnement; pathologie et thérapeutique syphilographiques; pratique obstétricale usuelle; thérapeutique des maladies de l'enfance ; résumé pratique des eaux minérales ; calendrier avec éphémérides médicales; liste des* docteurs, officiers de santé, pharmaciens et vétérinaires ; médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires ; facultés et écoles préparatoires, avec le nom des professeurs ; itinéraire des omnibus dans Paris, etc. Nous ajouterons, d'après notre expérience personnelle, que l'*Agenda* de M. Asselin se distingue par l'exactitude des renseignements, notamment quant aux adresses des confrères et à leurs heures de consultation. Voilà pour le contenu. Quant au contenant, c'est un portefeuille très commode, plus ou moins compliqué, suivant le prix. Nous regrettons seulement que celui qui est *à serviette, avec trousse*, ne renferme pas, comme les trousses ordinaires, un petit fourreau spécial pour les crayons porte-caustique. A. D.

VII

VARIÉTÉS.

Par décret du 10 décembre 1860, M. Sédillot, médecin principal de 1re classe, a été nommé au grade de médecin-inspecteur. C'est la récompense méritée de services appréciés de tous, dans la médecine civile comme dans la médecine militaire.

— Par décret du 1er décembre 1860, ont été nommés à douze emplois de médecin aide-major de 1re classe les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent : MM. Sarazin, Arnould, Paris, Vincent-Genod, Debaussaux, Marteau, Hédoin, Paoli, Symon de Villeneuve, Josué-Sainte-Rose, Massaloup, Sculfort.

— Les inscriptions prises à l'École de médecine et de pharmacie de Toulouse pour le premier trimestre de l'année scolaire 1860-1861, s'élèvent au chiffre de 144, qui se trouvent ainsi réparties : aspirants au doctorat, 68 ; au titre d'officier de santé, 58 ; au titre de pharmacien de 1re classe, 14 ; au titre de pharmacien de 2e classe, 4. En tout, un nombre de 144 élèves, qui se décomposent en : élèves de 1re année, 62 ; de 2e année, 54 ; de 3e année, 25 ; de 4e année, 3. — Total, 144 élèves.

— La Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée (ancien 1er arrondissement), dans sa séance du 6 décembre, a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1861 :

Ont été nommés : président, M. le docteur *Mouzard;* — vice-président, M. *Huguier;* — secrétaire-général, M. *Mac-Carthy ;* — secrétaire particulier, M. *Boutin de Beauregard ;* — trésorier, M. *Gimelle.*

— M. le docteur Clerc a commencé son cours public de syphiliologie le mardi 11 de ce mois, à une heure, amphithéâtre n° 1 de l'école pratique. Il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le docteur Rousseau vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés d'Auxerre (Yonne).

— MM. les docteurs Conolly, Bucknill et Forbes Winslow, médecins aliénistes anglais, viennent d'être nommés membres associés de la Société médico-psychologique de Paris.

— M. Tharsile Valette, chirurgien de l'hôpital de Perpignan, vient de mourir à l'âge de quarante-deux ans. M. Valette avait publié récemment deux mémoires sur l'*Ostéomyélite* et sur un *Nouveau procédé sur la ligature de l'artère occipitale.*

Pour toutes les variétés : A. Dechambre.

Agenda médical pour 1861, mémento a l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires. Paris, Asselin. 1 fr. 75
Divisé en 3 cahiers et doré sur tranche. 3 fr.
Reliures de 3 fr. à 9 fr.

De l'hématocèle péri-utérine, par le docteur *Albert Puech.* Brochure grand in-8 de 56 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 50

L'année médicale, annuaire général des sciences médicales, par le docteur *Cavasse.* 3e année. 1 beau volume in-12 de 660 pages. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr. 50

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, faites à la Faculté des sciences de Paris, par *H. Milne-Edwards.* Tome VI. 1re partie : *Appareil digestif.* Grand in-8 de 344 pages. Paris, Victor Masson et fils. 5 fr.

L'ouvrage comprendra 8 vol. grand in-8.
En vente : le t. I, *Introduction, sang et généralités sur la respiration ;* le t. II, *Organes de la respiration ;* les t. III et IV, *Circulation du sang et transsudation ;* le t. V, *Digestion et absorption.* 45 fr.
Le complément de l'ouvrage sera publié par demi-volumes de six mois en six mois.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 31 décembre 1860, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier 1861.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

// GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL
Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr, 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME VII. PARIS, 28 DÉCEMBRE 1860. N° 52.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I

Paris, le 27 décembre 1860.

DE LA *maladie de Basedow :* M. ARAN. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : OPÉRATION DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE PAR LE PROCÉDÉ AMÉRICAIN.

Nous nous étions promis de revenir quelques instants sur le travail lu par M. Aran à l'Académie de médecine (v. n° 49) et relatif à cette singulière sorte d'exophthalmie qui se lie au gonflement du corps thyroïde et à l'excitation du système artériel. La brièveté imposée à une lecture académique, et, par suite, l'obligation de s'écarter le moins possible du fait et de l'idée qu'il s'agit d'exposer, ont donné à la communication de notre confrère, — comme il arrive souvent contre l'intention même des auteurs, — un air de nouveauté, et presque de réforme, susceptible peut-être de tromper ceux qui ne suivent pas avec attention le mouvement de la science. Des théories se sont élevées, des dissidences se sont établies sur le fond de la maladie comme sur la cause immédiate de quelques-uns de ses symptômes; M. Aran a pris parti pour des opinions assez généralement répandues sans se préoccuper d'historique. C'était son droit, et, sans doute aussi, comme nous venons de le dire, sa nécessité. Mais, pour cela même, il ne nous saura pas mauvais gré de rappeler quelques antécédents, encore bien qu'ils ne concordent pas tous avec sa manière de voir. Ce sera d'ailleurs pour nous une occasion de dire, chemin faisant, quelques mots d'une leçon clinique de M. Trousseau, récemment publiée par l'UNION MÉDICALE, et d'une discussion qui vient d'avoir lieu à la *Société médico-chirurgicale de Londres* à l'occasion d'un cas de cachexie exophthalmique communiqué par M. Handfield Jones.

Il existe bien aujourd'hui une soixantaine d'écrits (*Observations*, *Notes* ou *Mémoires*) sur la *maladie de Basedow*. De ce nombre, un quart environ émane d'auteurs français. Dans cette collection déjà riche, comme on voit, se rencontrent toutes

---

FEUILLETON.

Histoire du merveilleux dans les temps modernes; par M. LOUIS FIGUIER, t. III et IV, 2 vol. in-12. Paris, 1860. Chez Hachette.

Étude philosophique, historique et critique sur le magnétisme des médecins spagiristes au XVIe siècle; par le docteur Postel (de Caen). Broch. in-8.

(Suite et fin. — Voir le numéro 50.)

Si le XVIIIe siècle mérite d'être blâmé de son enthousiasme pour le surnaturel, il est juste également de le féliciter d'avoir fait subir au merveilleux une assez heureuse transfiguration; car, en ce temps de révolution par excellence, le merveilleux eut aussi sa révolution. On vit, en effet, s'évanouir la démonolâtrie du moyen âge avec son hideux cortége de stryges et de sorciers, de succubes et d'incubes, de loups-garous et de vampires, qui jetaient l'épouvante et la désolation dans les campagnes, incendiaient les maisons, dévastaient les bergeries, ravageaient les moissons, faisaient périr les bestiaux, se livraient à des accouplements immondes, déshonoraient les filles, souillaient la couche des jeunes moines et des nonnains, frappaient les femmes de stérilité et les hommes d'impuissance, égorgeaient les vieillards, tuaient les enfants dans les entrailles des mères, dérobaient les nouveau-nés, étouffaient les nourrissons, suçaient gloutonnement le sang de leurs victimes, se repaissaient de leur chair et composaient, avec les débris sanglants de ces monstrueux festins, des breuvages secrets et des onguents magiques.

Durant cette période, il semble que le merveilleux soit l'apanage à peu près exclusif de la religion. Enchanteurs en tout genre, crisiaques de toute espèce, miraculés grands et petits, trembleurs et convulsionnaires, tous croient tenir leur puissance du ciel ou de l'enfer. La plupart, regardés comme hérétiques et comme entachés de diablerie, sont justiciables des saints canons, qui condamnent leur corps à brûler ici-bas en place de Grève et envoient

les hypothèses qu'on peut former sur le mode de production des accidents, mais en même temps assez de faits pour montrer qu'aucune explication, même celle qu'a adoptée M. Aran, n'embrasse toutes les données de l'observation clinique. A part ce qu'ont déjà dit quelques-uns de nos ophthalmologues (Sichel, Desmarres) et le docteur Datin dans sa *Thèse inaugurale* (1854), c'est un de nos collaborateurs, M. Charcot, qui a été en France le premier historien de cette singulière affection (1856-1859, voy. *Gaz. hebd.*, t. IV, p. 886, et t. VI, p. 216); c'est lui surtout qui a été l'introducteur des travaux étrangers sur la matière. Avec ses deux mémoires et celui que M. Fischer a inséré en 1859 dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (n^{os} de novembre et décembre), on a le tableau exact de l'état actuel de cette partie de la science.

Or, la théorie qu'adopte M. Aran, vers laquelle incline également M. Trousseau, la théorie d'une affection primitive du grand sympathique, figure dans ces deux publications comme elle avait figuré auparavant dans les travaux allemands. Pour prendre cette théorie au lieu d'origine, nous en emprunterons l'exposé à la thèse latine de Kœben (Berlin, 1855). L'auteur suppose d'abord que le grand sympathique peut être comprimé au cou par la glande thyroïde tuméfiée. « *Fieri vero posse ut nervus sympathicus compressione organi hoc loco positi irritetur docet illa historia*, etc. » Et plus loin : « *Memoremus deinde observationes illas quibus probatur pupillam dilatari posse si locum certum medullæ spinalis irritaveris, quo Budge putat* nervum sympathicum *e medulla spinali oriri; quas observationes R. Wagner repetiit, qui et columnam vertebrarum et medullam forfice ossifraga perscindebat et inter sectas partes laminam vitream interponebat; tum ganglion cervicale supremum vulsella irritans, effecit ut* pupilla dilataretur et bulbus promineret... *Conjectura petenda est* irritationes nervi sympathici partis cervicalis eo modo quo in mobilitatem iridis bulbique vim habeant, *rebus secundis ad nutritionem oculi plurimum conferre*, etc. » Ainsi compression du grand sympathique par la thyroïde développée; action du nerf irrité sur les muscles qui portent l'œil en avant. Cette théorie est évidemment vicieuse. M. Charcot a déjà fait remarquer que le goître n'accompagne pas toujours l'exophthalmie, et que le goître ordinaire n'engendre aucun des symptômes de la maladie de Basedow. On peut ajouter qu'une compression du grand sympathique en amènerait la paralysie plutôt que l'excitation, et que l'un des résultats de la section de ce nerf (qui équivaut à la paralysie complète) est, non pas la propulsion de l'œil en avant, mais tout au contraire sa rétraction dans l'orbite. Quoi qu'il en soit, la théorie de l'excitation étant posée, donne-t-elle, comme le professe aussi M. Aran, l'explication de l'état physique de l'œil dans la maladie de Basedow? Il y a lieu d'en douter. D'abord, dans les expériences physiologiques rappelées par notre confrère, la dilatation de la pupille sous l'excitation galvanique du nerf est un effet aussi constant, aussi nécessaire que la proéminence du globe de l'œil. Ces deux phénomènes sont connexes, venant d'une seule et même cause. Or, si dans quelques observations on a trouvé la pupille un peu élargie, ce qui peut tenir à un déplacement des milieux de l'œil, le fait commun, le fait remarqué par presque tous les observateurs, c'est l'état normal de la pupille. En second lieu, quand on se figure ces fibres lisses décrites par Müller, qui constituent le *muscle orbitaire* chez l'homme *Gazette hebdomadaire*, tome VI, page 127), on a peine à croire qu'elles puissent être l'agent d'une propulsion assez énergique pour que certains auteurs aient cru pouvoir contester la possibilité de refouler l'œil dans l'orbite par une pression avec le doigt. Cette difficulté théorique avait frappé d'ailleurs M. Brown-Séquard, qui, dans une discussion sur ce sujet à nous ne savons plus quelle société américaine, a fait cette conjecture que, la contraction des vaisseaux artériels résultant nécessairement de l'excitation du grand sympathique, et cette contraction amenant d'ordinaire un certain degré de paralysie des muscles auxquels ces vaisseaux se distribuent, l'action du muscle orbitaire, à la supposer réelle, pourrait bien être aidée par un peu de relâchement des muscles droits. Il faut dire pourtant que, dans la cachexie exophthalmique, les mouvements de l'œil subordonnés à l'action des muscles droits ne paraissent limités que par l'exophthalmie elle-même. Enfin, on ne peut pas oublier que quelques auteurs affirment avoir constaté *à l'autopsie* l'augmentation de volume du globe oculaire. Une observation de Naumann, par exemple, est très explicite sur ce point. On comprend que, s'il en était ainsi, l'explication de l'exophthalmie par une simple action musculaire tomberait de soi.

Quant à l'hypothèse d'une excitation générale du grand sympathique, dominant l'ensemble des symptômes, les battements cardiaques et artériels, ainsi que les divers désordres nerveux observés parfois du côté des voies digestives, et que vient de signaler encore tout particulièrement M. Meryon à la Société médico-chirurgicale de Londres, elle a été émise par MM. Charcot et Fischer, mais moins affirmativement que

---

leur âme se consumer pour l'éternité dans les flammes de l'inextinguible géhenne. Telle est l'époque *théologique* de l'histoire du merveilleux.

Avec le XVIIIe siècle, le merveilleux change d'allures, de forme et de costume. Il se dépouille de la peau de loup pour revêtir celle de l'agneau; d'anthropophage et de lycanthrope qu'il était, il devient doux, philanthrope et humanitaire; au lieu de jeter des maléfices, de semer des sortiléges et de massacrer les gens, il répand partout des bienfaits, il soulage les affligés, il guérit les malades, il essaye de ressusciter les morts, il promet de prolonger les jours des vivants; il communique aux femmes nerveuses des émotions inconnues et des transports enivrants, il leur procure de délicieuses pâmoisons et les inonde de voluptés ineffables. Il fait mieux encore : coiffé d'un bonnet de docteur, il imagine des théories, il pose des lois, il formule des axiomes, il crée des systèmes, il s'érige en doctrine et il fait école. Dès lors, il échappe aux mains des exorcistes et aux bûchers de l'inquisition pour tomber sous la juridiction de la science et des tribunaux académiques. C'est la période *métaphysique* du merveilleux, qui s'étend depuis Mesmer jusqu'à l'époque actuelle.

Enfin, de nos jours, l'histoire du supernaturalisme est entrée dans une phase que nous pourrions appeler *mixte :* théologique et métaphysique d'un côté, avec les enthousiastes, les illuminés, les spiritistes, les mystiques et les électro-biologistes, qui rappellent le moyen-âge par leur foi robuste dans le merveilleux et veulent expliquer le surnaturel par le surnaturel, en invoquant l'intervention active des puissances occultes et des génies invisibles dont ils peuplent l'univers; — scientifique et positive de l'autre, avec les savants, les philosophes et les médecins, qui rivalisent de zèle pour démasquer les prétendus thaumaturges et pour expliquer, selon les données de la science et de la raison, les faits soi-disant merveilleux qu'accréditent à l'envi l'exaltation des fanatiques convaincus, l'imposture des charlatans, l'ignorance de la foule et la sotte crédulité des gens du monde.

Enfin, on pourrait aussi faire compte à part des sceptiques opiniâtres et des mécréants endurcis qui, se retranchant derrière un

par M. Aran. Cette vue est, du reste, très séduisante, quand on songe aux fonctions des nerfs vaso-moteurs et à leur triple influence sur la circulation, la sécrétion et la nutrition. Il pourrait arriver même que ces congestions vasculaires et ces amas de graisse qu'on a si souvent rencontrés au fond de l'orbite, et dont M. Aran nous paraît faire trop bon marché, dépendissent de ce qu'il appelle le *trouble du grand sympathique ;* c'est l'opinion de Kœben ; mais dans ce cas l'exophthalmie, quoique produit indirect d'une affection nerveuse, ne serait pas l'effet mécanique d'une action musculaire. En attendant la décision de l'avenir, on doit admettre, avec M. Aran et beaucoup d'autres, que la maladie de Basedow n'est constituée essentiellement ni par l'exophthalmie, ni par le gonflement de la glande thyroïde; que son élément symptomatique principal, réside dans l'excitation du système artériel, et que l'hypertrophie du cœur fait souvent défaut, du moins au début de la maladie.

Le sujet dont M. Aran a rapporté l'histoire, a guéri sous l'influence de la digitale et de la vératrine à l'intérieur, et de l'application permanente de glace sur la région cardiaque. La plupart des guérisons déjà citées par les auteurs ont été obtenues par les reconstituants, l'usage intérieur du fer, de l'iode, du quinquina, des eaux sulfureuses, l'hydrothérapie, l'exercice au grand air, etc., et les révulsifs autour de l'orbite. Les médecins de Londres paraissent aussi d'accord sur les bons effets de l'emploi des toniques et des excitants (fer, strychnine), sans préjudice de quelques sédatifs, de l'opium même, pour calmer les accidents nerveux. Nous devons ajouter que Graëfe proclame l'impuissance de la digitale, et proscrit les préparations martiales dans les cas où l'excitation musculaire est très prononcée. Sur ce chapitre du traitement, il est prudent de faire également de grandes réserves au profit de l'expérience ultérieure. Toutefois, l'ensemble des résultats obtenus paraît déposer en faveur du grand rôle attribué par la plupart des observateurs à l'anémie; et, s'il est vrai que plusieurs des cas publiés soient relatifs à des sujets non anémiques et même pléthoriques, il nous semble que M. Trousseau va trop loin en rangeant l'anémie parmi les accidents consécutifs de la maladie de Basedow.

A. Dechambre.

M. Verneuil a attiré l'attention de l'Académie sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le nouveau procédé connu sous le nom de *procédé américain.* Depuis longtemps, les chirurgiens délaissaient les opérations applicables à cette infirmité, parce quelles échouaient presque invariablement. Cependant, de temps en temps, certains journaux publiaient des cas d'opérations suivies de guérison; mais une juste défiance existait parmi les chirurgiens, depuis que l'on avait reconnu l'inexactitude de quelques-unes de ces observations au point de vue du résultat définitif. Aussi, en 1855, Vidal (de Cassis) écrivait encore : « Je pense *qu'il n'existe pas dans la science une observation bien faite, bien authentique, de guérison complète de fistule vésico-vaginale, fistule due à une perte de substance du bas-fond de la vessie;* je n'admets pas l'incurabilité de ces fistules ; je pense seulement qu'on n'a pas encore pu les guérir *complétement* » (t. V, 4e éd., p. 55). Et plus loin, il indique les causes de ces erreurs, et les moyens employés pour dissimuler le résultat réel. M. Verneuil insiste également sur la nécessité d'observer les malades assez longtemps après la guérison apparente.

Cependant les rares succès obtenus démontraient la curabilité de cette affection, mais les procédés employés habituellement échouaient trop souvent pour qu'on cherchât activement à les appliquer et à les perfectionner. Les esprits étaient donc très bien disposés pour admettre une innovation dans le traitement des fistules vésico-vaginales, lorsqu'en 1858, un chirurgien américain, M. Bozeman, vint à Paris, démontrer et propager une nouvelle opération, ou plutôt une modification des différents temps de l'opération ancienne; c'était une série de perfectionnements imaginés par plusieurs chirurgiens américains. La première application, faite par le propagateur de ces innovations, dans un cas difficile, eut un plein succès. Plusieurs chirurgiens français, qui avaient pu voir M. Bozeman opérer, s'empressèrent de répéter son procédé ; parmi ceux-ci, nous devons noter M. Verneuil, qui vient exposer aujourd'hui le résultat de sa pratique et de ses études.

Nous ne rappellerons pas ici en quoi consiste le procédé américain ; les lecteurs de ce journal se rappellent sans doute les articles publiés ici même par M. Verneuil, et l'analyse d'une bonne thèse de M. d'Andrade sur ce sujet, insérée il y a quatre mois environ. M. Verneuil a eu occasion d'opérer deux malades ; il rend compte aujourd'hui des diverses tentatives qu'il eut à faire pour arriver à un résultat heureux.

Après avoir présenté l'analyse de ces deux observations, M. Verneuil a donné quelques détails statistiques sur les autres opérations pratiquées par le procédé américain. Voici les chiffres cités par notre collaborateur :

« Sur 68 femmes traitées, 53 furent radicalement guéries, soit 78 pour 100, près des 4/5, et sur ce dernier nombre, 40 le furent du premier coup.

» Si nous comptons le nombre des fistules, abstraction faite de celui des malades, nous trouvons 83 fistules, dont 64 furent oblitérées, soit 77 pour 100, plus des 3/4.

» Enfin, si nous additionnons toutes les opérations pratiquées

---

superbe dédain, sont d'avis qu'il faut laisser toutes ces fadaises, ces sottises et ces billevesées circuler à l'aise dans les ruelles et dans les salons, amuser les femmes, les enfants et les oisifs, et mourir de leur belle mort.

Nous ne saurions approuver ce procédé, qui nous paraît plus commode que vraiment philosophique. Nous estimons que la véritable sagesse consiste à se défendre avec une égale précaution d'une crédulité aveugle et d'un septicisme outré. Quand l'évidence ne frappe point nos yeux, au lieu de détourner fièrement la tête et de nier sans examen, il faut s'armer de la lanterne du philosophe et chercher résolument ; car souvent la vérité luit dans les ténèbres, *lucet in tenebris*, et ce n'est qu'à travers l'ombre épaisse du mensonge et le chaos de l'erreur qu'on parvient à découvrir ses premiers rayons. Selon nous, on sert plus la science en s'efforçant de confondre l'imposture et de lutter contre les aberrations de l'esprit humain, qu'en se retirant sous sa tente et qu'en se renfermant dans une négation absolue. D'ailleurs, sait-on si, au ond des systèmes les plus ridicules en apparence et des doctrines les plus vaines à la surface, il n'y a point quelque vérité cachée ! L'erreur est parfois comme le fumier d'Ennius; remuez, fouillez de fond en comble, et vous y trouverez peut-être une perle. N'oublions pas que l'alchimie portait dans ses flancs les plus belles et les plus fécondes découvertes des temps modernes !

Bien que tout ceci soit dit à propos du magnétisme animal, à Dieu ne plaise que je songe à faire céans l'apologie de cette merveille ! Je voudrais seulement épargner pour jamais aux corps savants et aux médecins présents et futurs des reproches du genre de ceux-ci : — « Chez elle (la *Faculté de médecine de Paris.* — celle d'aujourd'hui? — non! mais celle de 1776) l'esprit de corps étouffant l'esprit d'examen, avait dégénéré en une hostilité systématique contre toute idée ou toute découverte nouvelle. Elle mettait à soutenir ses anciens dogmes une opiniâtreté qui ne savait fléchir ni devant les faits les mieux prouvés, ni devant les expériences les plus décisives. A différentes époques, elle avait lancé les arrêts les plus sévères contre l'antimoine, l'opium, le mercure, le quinquina;... et tout récemment elle venait de signaler

pour ces 83 fistules, nous arrivons aux chiffres suivants : 111 opérations, 64 guérisons, 22 améliorations, 23 insuccès, 2 morts. »

Ces résultats sont très satisfaisants et justifient pleinement l'éloge fait par M. Verneuil de la méthode nouvelle, et la grande supériorité qu'il lui accorde sur la méthode employée auparavant. Personne, je pense, ne contestera l'exactitude de cette conclusion. Pour la combattre, il faudrait, comme le dit M. Verneuil, se servir des mêmes armes, c'est-à-dire, opposer les chiffres aux chiffres. Mais « ce document indispensable » ne peut guère être produit, et d'ailleurs, il serait appuyé sur ces mêmes observations dont nous avons parlé précédemment, et qui n'ont pas eu le privilége d'inspirer une entière confiance.

Jules Rouyer.

Nous apprenons à l'instant même que M. Longet vient d'être élu membre de l'Académie des sciences. C'est un résultat auquel applaudira le corps médical : nous espérons y revenir.

A. D.

II

TRAVAUX ORIGINAUX.

D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant a une variété non encore décrite d'épilepsie ; par le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon.

(Épilepsie larvée.)

(Suite et fin. — Voir les numéros 48 et 51.)

Intoxication alcoolique. — Je ne parle pas ici des accès épileptiques ou plutôt épileptiformes que l'on peut observer dans la dernière période de l'intoxication alcoolique, lorsqu'il y a des lésions cérébrales graves. Les mêmes phénomènes convulsifs se font remarquer dans la paralysie générale. Je fais allusion à une variété d'alcoolisés qui peuvent faire les plus grands excès, sans éprouver les phénomènes ordinaires de l'intoxication alcoolique, et qui ont toutes les violences, les emportements et les tendances dangereuses des épileptiques. Je ne puis expliquer autrement les excès alcooliques que commettent ces sortes de malades, la prolongation indéfinie de leurs accès furieux, la persistance même de la vie dans des conditions où ils ne goûtent ni repos ni sommeil, où ils ne mangent souvent que d'une manière insuffisante; je ne puis, dis-je, expliquer ces excès que par la préexistence d'une névrose qui neutralise l'effet toxique de l'alcool pris en excès. Cette supposition n'a rien d'improbable, puisque l'on sait que les médicaments les plus énergiques peuvent être pris impunément dans certains états névropathiques. On a vu des individus affectés de tétanos prendre jusqu'à 25 et 30 grammes d'opium, sans éprouver le phénomène d'intoxication.

Obs. VII. — Nous avons à l'asile de Saint-Yon une malade qui est un phénomène de persistance de la vie dans des conditions de fureur maniaque. Cette femme, âgée de soixante-et-dix ans, petite, maigre, nerveuse, nous a été envoyée comme faisant des *excès alcooliques;* mais, depuis quinze mois qu'elle est à l'asile, l'influence exercée par l'alcool aurait dû disparaître. Cependant il nous serait difficile de présenter un cas plus saillant d'agitation maniaque perpétuelle, avec irritabilité, absence de sommeil, et sans qu'il soit possible de constater aucune rémittence.

Cette furieuse, que rien n'a pu calmer, ni les bains prolongés, ni l'opium à haute dose, a été trois mois sans manger. Ce n'était qu'à la dérobée qu'on pouvait lui faire prendre quelques cuillerées de soupe, un peu de pain et avaler un verre de cidre. Nous n'avons pas cependant remarqué aucun dépérissement notable dans sa constitution. Depuis huit à dix mois cette même femme mange prodigieusement, et nous avions fondé sur la possibilité de lui faire prendre des aliments, l'espoir d'une guérison. Mais, malgré le régime substantiel auquel nous avons soumis cette aliénée, la nutrition reste au même point, la maigreur est la même.

L'état pathologique de ces sortes de malades ne répond pas, je le sais bien, au titre de ce paragraphe : *Intoxication alcoolique.* Tout ce que l'on peut dire, c'est que les excès d'alcool sont plutôt, dans les cas de ce genre, un phénomène consécutif à la névrose primitive, qu'ils ne sont la cause de cette agitation excessive. Sans doute, lorsque ces individus sont à l'état de liberté, l'alcool peut bien ajouter quelque chose à leur état d'irritabilité, mais, encore une fois, ils peuvent en prendre des doses incroyables, sans ressentir les phénomènes de l'intoxication (1). Le point de départ de leur mal est, je le répète encore, autre que la cause que l'on cite généralement dans ce cas.

Je vais achever par un exemple de donner une idée de ces sortes de malades névropathiques capables de faire des excès de toutes sortes : excès bachiques, vénériens, excès de travaux intellectuels ou manuels, sans altération appréciable de leur santé physique. On dirait qu'ils peuvent impunément se passer de sommeil; j'en ai même vu tantôt manger avec excès, tantôt se soumettre aux privations les plus déraisonnables; leur existence, au point de vue physique, est une espèce de défi porté aux règles de l'hygiène la

(1) Après des périodes d'excitation, sans rémittence appréciable, et qui durent cinq à six mois, un an, dix-huit mois et plus même, comme j'en ai constaté des exemples, ces aliénés avec excitation et irritabilité excessives tombent soudainement dans la prostration et ne tardent pas à succomber avec le caractère du marasme nerveux : maigreur progressive, diarrhée, vomissements fréquents. La peau devient jaunâtre sale et terreuse, les extrémités s'œdématient et les épanchements dans les cavités splanchniques se rencontrent fréquemment. L'autopsie ne révèle aucune lésion caractéristique du côté du cerveau. Cet organe est ordinairement pâle, décoloré, exsangue ; il présente parfois quelques adhérences des membranes avec la substance corticale.

---

son esprit de résistance, ou, pour mieux dire, de proscription, par la guerre à outrance qu'elle avait faite à l'inoculation... Quant aux médecins, dont les succès de Mesmer compromettaient les intérêts, ils s'apprêtaient à combattre *pro aris et focis;* ils parlaient, *avant tout examen*, de mensonge et de fraude, injustice dont l'expérience n'a jamais pu les corriger, et qui leur a souvent porté malheur devant le public. »

De qui sont ces paroles? D'un hérétique de la science ou d'un magnétiste de mauvaise humeur? — Nullement; je les trouve, bel et bien, sous la plume d'un savant très orthodoxe, de M. Figuier lui-même.

M. Figuier ne croit pas plus que nous à la doctrine de Mesmer, ni à celle de Puységur, ni au système de Bergasse, ni aux théories de M. Dupotet; il n'admet ni l'existence d'un agent spécial, ni l'intervention d'un fluide universel; il repousse sans pitié, et même il raille très plaisamment tous les prodiges attribués aux influences sidérales et tous les miracles opérés de nos jours, au nom de je ne sais quelle puissance surnaturelle; il fait bonne et prompte justice, toutes les fois que l'occasion s'en présente, des prétentions extra-scientifiques des magnétiseurs et des somnambules, et il renvoie poliment à Robert Houdin les phénomènes d'intuition, de clairvoyance, de lucidité, de double vue, de prévision intérieure, etc. Non-seulement M. Figuier ne croit pas aux vaines théories de Mesmer et de ses adeptes, mais même il se donne le soin de les discuter et de les réfuter, à l'intention de ceux qui seraient tentés d'y croire. Il démontre, comme déjà quelques savants l'avaient fait avant lui, que tout l'édifice mesmérien est construit sur le sable et ne saurait résister au moindre souffle de la science et de la raison. Le point de départ de la doctrine est une hypothèse inadmissible, et ce fluide subtil, éthéré, vital, sympathique, auquel on accorde un si merveilleux pouvoir, n'est qu'un agent purement imaginaire, un de ces mythes exhumés de l'arsenal exégétique du XVIe siècle et destinés à rentrer tôt ou tard dans le néant d'où ils sont sortis.

La conclusion suprême implicitement renfermée dans l'œuvre de M. Figuier, c'est que le magnétisme animal n'est ni une théorie

moins incontestée, et, au point de vue moral, un mépris publiquement affiché des lois divines et humaines.

Ces individus sont dans un état spasmodique perpétuel ; je ne puis mieux désigner cette situation que sous le nom d'*épilepsie diffuse*. Quelques-uns de ces êtres névropathiques puisent, il est vrai, les dispositions dont je parle dans l'état maladif de leurs ascendants ; ils appartiennent à une variété d'aliénation que j'ai appelée *folie héréditaire;* mais il en est d'autres chez lesquels les anomalies de l'ordre intellectuel, physique et moral dont je parle, ne peuvent être expliquées que par un vice propre de leur tempérament. L'individu dont je vais résumer l'histoire appartient évidemment à cette dernière catégorie.

Obs. VIII. — Je fus appelé, il y a quelques mois, pour constater la folie d'un homme de soixante ans, *parfaitement raisonnable en paroles*, et chez lequel on me défiait d'avance de trouver aucune idée délirante. Les excès d'alcool étaient, me disait-on, la cause principale de son mal, et il en consommait des quantités qui ne s'élevaient pas à moins d'un litre d'eau-de-vie par jour et souvent davantage. Mais ce même individu, si raisonnable en ses paroles, donnait le spectacle d'étranges et terribles aberrations dans ses actes. Sa femme avait été obligée de fuir le domicile conjugal, et elle avait failli plusieurs fois succomber sous les coups d'un mari que la moindre contrariété exaspérait. Ses enfants, qui gèrent une maison de commerce importante, étaient pareillement devenus l'objet de l'animadversion de leur père. Il ne se tiendrait pour satisfait, disait-il, que lorsqu'il les aurait compromis, déshonorés, ruinés. Aussi ne se faisait-il pas faute de les invectiver lorsqu'il les rencontrait, de les menacer, et de faire en public des scènes scandaleuses.

Lorsque j'allai visiter cet homme, je le trouvai chez lui, occupé à vider un litre d'eau-de-vie (sa ration journalière), et la manière brusque et décidée dont il m'interpella sur les motifs de ma présence, m'indiqua immédiatement que je n'avais pas affaire à un paralysé général ou à un dément. Il n'existait chez cet individu aucune hésitation dans la parole ou dans la marche, aucune des perceptions délirantes propres aux alcoolisés. Ses idées étaient lucides, si l'on entend par là que les prévenus que l'on interroge répondent raisonnablement aux questions banales qu'on leur adresse sur leur âge, leur profession, leurs intérêts de famille. Mais si, dans le cas présent, on faisait appel aux sentiments de cet individu, on voyait soudain éclater une fureur mal contenue : *j'aurai sa vie ou elle aura la mienne*, disait cet insensé, en parlant d'une pauvre femme inoffensive, mère de huit enfants, et qui avait toujours supporté avec une patience angélique les mauvais traitements de son mari. *Je les ruinerai, les déshonorerai*, ajoutait-il, en parlant de ses enfants qui ne lui avaient jamais donné aucun sujet de plaintes : *je me détruirai ensuite*, ajoutait ce forcené, *car ce n'est pas vivre que de souffrir comme je fais*.

Et quelles étaient donc les souffrances de cet homme ? Fallait-il en chercher l'origine dans l'ordre des sentiments moraux blessés ou froissés, ou dans la sphère des sensations physiques suractivées par quelques causes maladives ? Quant à ce qui regarde les chagrins, les peines ou les afflictions que cet homme aurait éprouvés, il n'était pas nécessaire d'en tenir compte, car, jouissant d'une honnête aisance, entouré qu'il était de soins et d'affections, il aurait dû se féliciter de la part bien minime qui lui revenait dans les peines ordinaires et inévitables de la vie. C'était donc à un autre point de vue qu'il importait de se placer pour se rendre compte des souffrances *intolérables* accusées par cet individu, du profond dégoût pour la vie qu'il manifestait, des tendances homicides qu'il nourrissait dans un cœur ulcéré sans motifs. Or, voici ce que m'avait appris l'enquête sérieuse à laquelle je procédai. Je vais résumer en quelques lignes les faits détaillés dans le volumineux dossier que j'ai en ma possession :

A l'âge de dix à douze ans, François N... présentait les signes d'un caractère violent, indomptable. Au moindre reproche de ses parents ou de ses instituteurs, il se roulait par terre, comme s'il était pris de convulsions, et la crise ne cessait que lorsqu'il avait eu une grande effusion de larmes. Dans ces accès de fureur, il lui arrivait de mordre avec tant d'intensité qu'on avait peine à lui faire lâcher les objets qu'il avait saisis. Il passait sans transition de la gaieté à la tristesse, et sa jeunesse fut signalée par des rixes et par des querelles sans fin avec les jeunes gens de son âge. Marié de bonne heure, devenu père, il n'apporta pas dans son ménage un tempérament plus malléable.

On attribuait aux excès d'eau-de-vie les colères formidables qui s'emparaient de lui pour les causes les plus futiles ; mais, comme me le disait sa femme, dont je cite les expressions : *il bondissait de colère, qu'il eût bu ou qu'il fût à jeun*. Il lui arriva un jour, après une simple observation qui lui était adressée, de se lever avec une apparence calme, d'entrer à l'écurie, de tirer un couteau et d'éventrer son cheval. Un autre jour, étant à table, il brisa un verre, le broya et en mit les débris dans son potage qu'il avala ensuite.

C'était parfois une heure ou deux après ces actes insensés que la fureur faisait explosion par des cris, des convulsions et des menaces horribles contre ses enfants. Il se précipita un jour sur l'un d'eux infirme et maintenu au lit pour une maladie de Pott, et l'aurait étranglé si les frères n'étaient intervenus ; cet homme a fait trois tentatives de suicide. Il s'est jeté une fois dans un puits, une autre fois dans une mare, enfin il s'est pendu, et n'a dû la vie qu'à la promptitude des secours qui lui ont été donnés. Sa première disposition d'esprit, lorsqu'il revenait à la connaissance, était d'injurier et de menacer ceux qui l'avaient sauvé ; il s'en prenait à eux de *ses souffrances*, et ce qu'il éprouvait était précisément ce sentiment indéfinissable de malaise, de douleur indicible ressentie par quelques épileptiques avant l'explosion de l'accès. Pour lui, comme pour tous les individus appartenant à la même catégorie, la maladie ne se révélait pas par des accès ou par des vertiges, mais bien au contraire par des emportements furieux, par l'ensemble de tous ces actes insolites (*suicide, homicide*) dont j'ai donné les détails dans le cas présent, et dont j'ai longuement, et à plusieurs reprises, signalé les manifestations caractéristiques dans les autres faits que j'ai relatés.

Ce n'était pas non plus aux excès d'alcool qu'il fallait attribuer exclusivement les colères et les actes dangereux de ce forcené, car depuis plus d'un an qu'il est renfermé dans un asile, où il lui est impossible de faire aucun excès de ce genre, il est sombre et concentré ; ses dispositions envers les siens sont toujours aussi farouches. Il y a des accès périodiques d'excitation alternant avec la torpeur, et, quoiqu'on n'ait observé chez lui *aucun accès avec convulsion, aucun vertige d'épilepsie, aucune chute*, je suis amené par la comparaison que j'établis entre les faits observés, à ranger ce prétendu maniaque alcoolisé dans la classe des épileptiques.

---

possible ni une doctrine acceptable, encore moins une science ou un art dans le sens rigoureux et philosophique des mots. Mais, si le magnétisme animal ne doit être accepté ni comme un art ni comme une science, il ne mérite pas non plus d'être entièrement proscrit comme un vil mensonge ou dédaigné comme une fable ridicule. Dégagez la pratique des magnétiseurs de tous les prodiges qui étonnent les niais ; faites abstraction des jongleries si audacieusement exploitées par les Robert-Macaire du métier ; reléguez au rang des plus insignes impostures la science infuse des somnambules et les guérisons miraculeuses dont ils se prévalent ; bafouez et flétrissez, avec notre spirituel confrère M. Mabru, toutes les excentricités qu'exécutent ou que débitent les illuminés, les fourbes et les charlatans ; et, au milieu de cette masse d'erreurs, de préjugés, d'extravagances et de supercheries, vous distinguerez encore un certain nombre de faits d'une incontestable authenticité, propres à dévoiler plus d'un mystère de la nature humaine et très dignes assurément de l'intérêt du physiologiste et des méditations du psychologue ! Dès l'origine, ces phénomènes avaient frappé les meilleurs esprits et les observateurs les plus sévères. On sait que Bertholet, Franklin, de Jussieu et beaucoup d'autres savants qui ont illustré la fin du dernier siècle ne crurent pas déroger en assistant aux séances de Deslon et en pratiquant eux-mêmes des passes magnétiques. Le rapport de Bailly à l'Académie des sciences et celui de Husson à l'Académie de médecine sont là pour attester la réalité des effets physiologiques produits par les procédés mesmériens sur certaines organisations, et particulièrement sur les femmes nerveuses et les gens impressionnables. Depuis lors, des médecins éclairés et des savants très dignes de foi, parmi lesquels il nous suffira de nommer Georget, Réveillé-Parise, MM. Ferrus, J. Cloquet, Rostan, Oudet, Foissac, ont été témoins de phénomènes analogues et n'ont pas craint de les signaler à l'attention du monde médical, avec des différences d'appréciations, il est vrai.

Pour ceux qui rejetaient, avec juste raison, l'hypothèse du fluide magnétique, restait à trouver l'interprétation scientifique de ces phénomènes, la cause rationnelle de leur production. On connaît le rôle important que Bailly fait jouer à l'attouchement, à l'imita

Affections cérébrales idiopathiques; ramollissement; paralysie générale; hémorrhagies cérébrales. — Tous les médecins savent la coïncidence fréquente qui existe entre les affections cérébrales idiopathiques et les convulsions épileptiformes; mais ce n'est pas de l'épilepsie des individus affectés de ramollissement du cerveau ou de paralysie générale que je veux parler.

Obs. IX. — M. X..., âgé de cinquante-quatre ans, a eu, il y a cinq ans, une hémorrhagie cérébrale qui lui a laissé une hémiplégie incurable. L'intelligence est parfaite du reste, si l'on s'en tient à l'opinion des personnes qui ne vivent pas dans l'intimité du malade; car M. X..., doué de facultés industrielles peu communes, dirige ses fabriques et remplit toutes ses fonctions sociales. Toutefois ce tableau ne serait pas exact si je n'en faisais ressortir les ombres et si je n'expliquais pas en quoi mon intervention de médecin spécialiste a semblé utile à la famille.

Depuis plus d'un an déjà, on remarquait de singuliers changements dans le caractère de M. X...; il était devenu quinteux, morose, irritable, au suprême degré. Cependant ce n'était pas là son état habituel, et les orages périodiques que l'on observait dans la situation mentale alternaient avec les manifestations de son caractère naturellement gai, expansif. Mais ces manifestations elles-mêmes n'avaient plus rien de leur naturel primitif; souvent, au milieu d'une conversation sérieuse, *il perdait le fil* des choses que l'on discutait, et il était pris d'un rire inextinguible; ou bien encore, sans que personne lui en donnât l'occasion, il devenait *triste, sombre et pleurait comme un enfant.* Je souligne à dessein tous les commémoratifs donnés par la femme de ce malade.

Lorsque je fus appelé la première fois pour donner des soins à M. X..., il était dans une prostration profonde; les battements du cœur étaient forts et irréguliers; les artères temporales étaient gonflées et des bruits retentissaient, dit le malade, *comme des coups de marteau dans sa pauvre cervelle.* Il était en proie à une angoisse inexprimable, *souffrait de partout*, et ne parlait que de mourir; il avait fait la veille des tentatives pour se pendre. Je procédai à une large saignée, et, grâce aux dérivatifs que j'ordonnai sur le tube intestinal, aux potions calmantes avec addition d'extrait de belladone, je pus rétablir un calme momentané dans la situation. Mais bientôt il s'organisa un état périodique qui ne me laissa aucune incertitude sur le diagnostic de cette affection. « Voyez-vous, me » dit un jour M. X..., à côté duquel j'étais assis sur un banc de son jar- » din, ce caillou qui est là devant nous, eh bien, quand je le regarde fixe- » ment, je vois toutes sortes d'images fantastiques : ce sont des individus » qui se battent et s'égorgent, et tout devient souvent autour de moi » rouge et lumineux. La nuit je ne dors presque pas, ou, quand le som- » meil me prend, je suis réveillé par des cauchemars terribles. Il me » semble que je tombe dans un précipice. Dans d'autres circonstances, » ce sont des individus qui me parlent à l'oreille. »

Le fait est que les nuits de ce malade étaient singulièrement agitées. La sensation de voir des objets fantastiques s'agiter ou se mouvoir dans les corps qu'il fixait était bien plus vive lorsque ces corps étaient brillants: on avait dû couvrir les glaces et les pendules de sa chambre à coucher et de ses autres appartements, car il lui était arrivé de se lever comme un furieux et de briser les objets les plus précieux. Lorsque les crises étaient passées, M. X... pleurait; il ne pouvait croire que, dans ses moments de paroxysme, il eût attenté à la vie de sa femme et cherché à se précipiter lui-même par la fenêtre.

Or, je le demande, est-il besoin de pousser plus loin l'analyse de ces détails pour attester que M. X... est atteint d'épilepsie? Toutefois, ce diagnostic ne fut pas admis immédiatement par le médecin traitant la famille, car il manquait à cette affection son complément ordinaire, l'accès *convulsif*, les *vertiges*, les *chutes*. Cependant je dois ajouter que mon confrère se rallia à mon opinion lorsque, nous promenant un jour avec la malade dans son jardin, il nous dit en nous montrant son bras paralysé : « Voyez comme mon bras se contracte, je souffre horriblement. » Et cet homme qui, en dehors de la surexcitation nerveuse dont je parle, ne se traîne que péniblement à l'aide de sa canne, se prit soudain à courir et à frapper avec violence les objets qui se trouvaient à sa portée. Ces sortes de crises le prennent fréquemment. Il y a quelques jours qu'il se leva vivement de table, sortit par la porte de son jardin et se dirigea vers la rivière qui coule à 3 kilomètres de chez lui, avec l'intention de s'y jeter, ainsi qu'il le dit aux domestiques que l'on dirigea sur ses traces, et qui eurent à peine le temps de le joindre, car la marche de ce paralysé acquiert pendant ses crises une vivacité extraordinaire.

Je n'ai pu obtenir de la famille de M. X... que leur malade fût renfermé dans une maison de santé. Il répugne aux sentiments de beaucoup de parents de séquestrer ceux des leurs qui, en temps ordinaire, sont si lucides et si bienveillants. C'est la situation de ce malheureux épileptique, dont l'existence est partagée entre les regrets que lui cause son état, les épanchements du cœur, les marques de tendresse et parfois d'une tendresse exagérée pour les siens, la raison la plus droite pour la direction de ses affaires commerciales, et entre les manifestations les plus soudaines, les plus imprévues, et conséquemment les plus dangereuses de la fureur épileptique.

Névroses; névralgies. — Les malades qui font le sujet de cette étude se plaignent souvent des vives souffrances qu'ils éprouvent; si on leur demande de déterminer le lieu d'élection des douleurs qu'ils ressentent, ils disent souffrir *de partout; on leur arrache la tête, le cœur, la poitrine. Je suis comme enragée*, me disait une aliénée de cette catégorie; *si je ne me retenais, je me tuerais ou tuerais quelqu'un; et dire*, ajoutait-elle, *que j'ai toutes mes idées. Je voudrais être complétement folle*, me disait une autre malade, *au moins je ne sentirais pas mes souffrances.* Et c'est là le langage commun à beaucoup d'individus ultra-névropathiques.

Je ne manque jamais, ainsi que cela ressort des observations que l'on vient de lire, de remonter à la cause primitive de la situation qu'éprouvent ces malades, et c'est en étudiant par voie pathogénique l'enchaînement successif et fatal des phénomènes morbides du système nerveux que je parviens à donner à ces sortes d'êtres souffrants la place qui leur convient en nosologie. Quelques-uns m'ont avoué avoir été soumis, antérieurement à leur affection nouvelle, à des névralgies, à des névroses, à *de violentes migraines.* Ils caractérisaient parfaitement ce genre de souffrances, ils les localisaient; mais à présent ils ne le peuvent plus, car leur mal

---

tion et surtout à l'imagination. Ces influences sont incontestables dans l'étiologie des agitations nerveuses et des crises qui éclataient autour du baquet mesmérien. Mais le rapport de Bailly ne dit pas un mot du somnambulisme artificiel, de l'état d'insensibilité, de catalepsie, provoqués par le sommeil magnétique. L'explication de ces phénomènes était réservée à notre génération. Les travaux récents de MM. Azam, Broca, Gigot-Suard, Demarquay, Giraud-Teulon, Postel, Maury et Figuier, en faisant ressortir l'étroite parenté qui existe entre les effets attribués à la magnétisation somnambulique et les phénomènes d'hypnotisme, ont arraché une quantité de faits du domaine de la fascination et du merveilleux pour les ramener « à un état physiologique, c'est-à-dire à des conditions entièrement naturelles. »

Après un appel énergique au zèle des observateurs, M. Figuier termine hardiment son œuvre en rappelant et en paraphrasant ces paroles de Husson : « *L'Académie de médecine devrait encourager les recherches sur le magnétisme comme sur une branche très curieuse de psychologie et d'histoire naturelle.* »

Jusqu'à nouvel ordre, nous sommes d'avis que le magnétisme animal comme méthode thérapeutique est une chimère ou une duperie, je dirai même un moyen quelquefois dangereux; mais peut-être renferme-t-il, comme l'affirment des gens sensés, d'utiles et de précieux enseignements pour la physiologie et la pathologie. S'il en est ainsi, et si la pratique des magnétiseurs peut, entre des mains honnêtes, apporter quelque profit sérieux à la science de l'homme, nous nous associons volontiers au vœu de M. Figuier.

Nous nous dispenserons de parler des *mediums* et des *esprits frappeurs*. Nous ne saurions dire, sur ce sujet, ni plus ni mieux que ce qu'en a dit avec tant d'esprit et d'autorité (t. VI, p. 609, 625, 657) notre aimable et savant rédacteur en chef.

Dr A. Linas.

Le concours pour l'internat est terminé. Nous en ferons connaître le résultat dans le prochain numéro.

n'est plus fixé à tel ou tel organe ou système organique ; *il est généralisé*. Quelques-uns disent fort judicieusement qu'ils voudraient bien éprouver de nouveau les souffrances périodiques qu'ils ressentaient autrefois. Ils ont comme une espèce de conviction instinctive que ces névralgies, ces névroses qui les préoccupaient tant, et pour la guérison desquelles ils avaient tout tenté, étaient favorables à l'élimination de ce que je serais tenté d'appeler *l'excès du fluide nerveux*, si je voulais me laisser aller, ce dont je me garderai bien pour l'instant, à établir une théorie sur la nature de ce mal redoutable qui a nom épilepsie. Toujours est-il que nous-mêmes nous portons un pronostic favorable sur ces sortes d'états épileptiques lorsque nous voyons les douleurs générales de ces malades se localiser de nouveau, et que nous pouvons signaler le retour bien franc, bien accusé d'une névralgie, d'une névrose, d'une migraine périodique dont ils se plaignaient autrefois.

Je pourrais entrer dans de plus longs développements à ce sujet, mais ce que j'en dis suffit pour entrevoir l'importance des relations pathogéniques entre l'état de *folie épileptique* que je décris et les névroses ou névralgies qui existaient antérieurement. Mes convictions sont même si bien arrêtées sous ce rapport qu'il m'est plus d'une fois arrivé de conseiller à des malades qui venaient me consulter pour des névralgies périodiques, pour des migraines intolérables qu'ils éprouvaient à époques fixes, de se tenir tranquilles et de tourner le mal au lieu de l'aborder franchement. Ces sortes de conseils, il faut bien l'avouer, ne sont pas toujours bien reçus. Les névropathiques sont d'une exigence excessive; quelques-uns voient dans la conduite d'un médecin prudent une fin de non-recevoir pour ce qui regarde la direction de leur traitement; la généralité accusera dans tous les cas l'impuissance de notre art.

Ici je m'arrête dans l'énumération des causes physiques qui sont en rapport *avec cette forme particulière de délire ou de folie par suite d'épilepsie*, car il me faudrait épuiser le cadre des causes en nosologie. Je désire cependant fixer l'attention sur les rapports qui existent entre certaines *folies périodiques* à forme épileptique, et une vive impression morale ressentie, soit dans le jeune âge, soit à une époque antérieure. J'en ai déjà donné un exemple à propos de la femme de ce concierge effrayée par une invasion nocturne de la maison qu'elle habitait; mais je crois devoir insister encore sur ce point.

Émotions morales. — Tout le monde sait les relations étiologiques intimes que l'on observe entre l'épilepsie et une émotion morale, la frayeur par exemple. Je ne crois pas exagérer en soutenant que sur des centaines d'épileptiques que j'ai eus à soigner, la frayeur, une impression morale vive, avaient déterminé la maladie dans la moitié des cas, et souvent l'invasion a été subite. J'en ai vu un exemple malheureux tout récemment encore chez une personne de dix-huit ans de cette ville, traitée par M. le docteur Vingtrinier. Une parente imprudente ayant forcé cette jeune fille à déposer un dernier baiser sur la figure de son père mort d'un cancer à la face, celle-ci fut prise d'un tel sentiment de répulsion, qu'elle tomba immédiatement à la renverse, frappée d'épilepsie. On aurait pu croire que l'instantanéité de cet état convulsif serait un signe de sa non-récidive, mais les prévisions des médecins ont été trompées; les accès épileptiques sont devenus périodiques, et rien n'a pu les prévenir. Je ferai remarquer en passant que ces sortes d'épilepsie offrent un pronostic des plus défavorables.

En interrogeant plusieurs de nos malades soumises à des crises périodiques de folie, sans prodromes pour ainsi dire, et se déclarant subitement après des mois et souvent après des années de rémittence, je n'ai pu trouver d'autres relations entre leur maladie et le point de départ qu'une émotion morale éprouvée dans leur enfance, dans leur jeunesse ou à une période critique de leur existence, la menstruation par exemple. Tel me paraît être le cas d'une de nos malades dont je vais décrire l'état en peu de mots :

Obs. XI. — Quatre fois déjà cette dame a été prise subitement d'une folie désignée dans chacun des certificats médicaux sous le nom de *folie maniaque*. J'attache beaucoup d'importance au commémoratif d'invasion subite comme caractérisant bien la nature du mal. Ce qui n'est pas moins à remarquer que l'instantanéité de l'invasion, c'est la nature identique du délire à chacun des accès, qui est pour ainsi dire calqué sur celui qui a précédé, et, quant à ce qui regarde l'incohérence des idées, la perversion des actes et des sentiments, l'irritabilité du caractère, et quant à ce qui a trait à la durée de cet état délirant, ainsi qu'à sa disparition subite. Or voici tout ce que j'ai pu apprendre sur les causes de cette affection périodique de la malade qui fait le sujet de cette observation. Madame X... était encore en pension lorsque la fête de l'institutrice, que les jeunes filles avaient célébrée en jouant une comédie, fut signalée par un accident imprévu qui faillit coûter la vie à plusieurs jeunes pensionnaires, ainsi qu'à leurs parents. Il y eut une terreur indicible, des cris, de l'agitation, des spasmes, des convulsions, et dans l'assistance et surtout parmi ces jeunes filles. Une d'elles, m'a-t-on affirmé, en est demeurée épileptique. Quant à madame X..., elle fit une maladie très grave, et quoiqu'elle fût restée très impressionnable, on la maria deux ans après cet événement. Mais les parents m'ont certifié que depuis il ne s'est pas passé d'année sans qu'à l'époque anniversaire de cet événement elle n'ait éprouvé quelque chose de bizarre. C'était comme un état de spasme et d'irritabilité indéfinissable; on était obligé alors de l'entourer de soins spéciaux, de l'isoler pendant quelque temps, puis de la faire voyager, et enfin cette situation névropathique spéciale s'est résumée ultérieurement dans une névrose généralisée, dans une véritable folie (1).

Je ne veux pas tirer d'autre induction de ce fait et préfère laisser le lecteur à ses propres réflexions, et pour ce dernier fait en lui-même et pour l'ensemble de tous ceux que j'ai rapportés. Je craindrais d'être taxé d'exagération si je me laissais trop aller à mes appréciations personnelles. Je désire seulement qu'on veuille bien me tenir compte des efforts que je tente pour rapporter à leur véritable origine certains états névropathiques extraordinaires. Il m'a paru, d'un autre côté, que les désignations de *folie maniaque*, *folie périodique instantanée*, *de folie morale*, *de fureur*, *de manie instinctive*, *monomanie homicide ou suicide*, et autres que je ne me soucie pas de rappeler, ne voulant pas froisser les auteurs dans les dénominations qu'ils ont cru devoir donner à certains états de trouble intellectuel, il m'a paru, dis-je, que ces désignations ne pouvaient laisser dans l'esprit qu'un vide regrettable.

Ajoutons encore que le seul moyen d'arriver à des indications curatives efficaces, c'est de ne pas confondre les symptômes avec le mal lui-même. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut alors attaquer ce dernier dans son origine et dans les transformations successives amenées par la progression et l'enchaînement fatal des phénomènes morbides qui, simples effets à une certaine période du mal, deviennent cause à une période ultérieure. Cette dernière conclusion me paraît inattaquable en médecine aussi bien qu'en dehors de la médecine. Tout le monde avouera en effet sans peine qu'un mal, de quelque nature qu'il soit, ne peut être combattu si l'on attaque les effets au lieu de la cause. Quelques considérations sur ces sortes d'aliénés épileptiques, que leurs actes agressifs ont amenés devant la justice, compléteront ce que j'ai dit sur la nature du mal qu'ils éprouvent et sur les phénomènes pathologiques de leur triste existence.

On conçoit facilement les graves difficultés d'une expertise médico-légale en présence des actes homicides de quelques épileptiques qui, dans leur rémittence, se présentent devant les magistrats chargés de les juger, ayant, en apparence du moins, l'intégrité de leurs facultés et ne pouvant alléguer autre chose, sinon qu'ils ont agi dans un moment de fureur dont ils ont à peine conservé le souvenir. Mais la difficulté devient bien plus grande quand on a affaire à des individus semblables à quelques-uns de ceux dont j'ai rapporté l'observation, et dont l'épilepsie *est larvée*. Qu'on se figure le malade atteint d'une ancienne hémorrhagie cérébrale dont j'ai cité les actes délirants subits, instantanés, et les rémittences avec lucidité si parfaite qu'il lui est possible de vaquer à ses

(1) Je puis constater une situation pareille chez une jeune fille de notre Asile, qui fut exposée à une tentative de viol. Plusieurs fois déjà nous l'avons renvoyée ; mais elle est devenue si impressionnable, et ajoutons surtout si irritable, qu'à la moindre impression morale, comme à la plus simple contrariété, elle passe sans transition d'un état d'extrême lucidité au paroxysme de l'état maniaque le plus violent. Ses accès de fureur durent quinze jours ou trois semaines, et passent avec la même rapidité qu'ils sont venus. Il est bon d'ajouter que le père de cette jeune fille a été aliéné et qu'il s'est suicidé.

occupations, de diriger les intérêts les plus complexes de son industrie, qu'on se figure, dis-je, ce malade traduit en justice pour le meurtre de sa femme, ainsi que cela a déjà failli lui arriver. Croit-on qu'il suffise, pour l'innocenter, de dire qu'il a agi sous l'influence d'une *folie instantanée*, d'une *monomanie homicide?* Évidemment non. Les magistrats ont le droit de demander, dans des cas analogues, des preuves positives de la folie, et ces preuves ne peuvent se trouver que dans l'exposition des caractères généraux d'une maladie.

Or, les caractères d'une affection cérébrale ne sont pas seulement de troubler plus ou moins la raison, d'empêcher les individus de formuler plus ou moins nettement leurs idées, mais ces caractères consistent encore dans la manifestation de certains actes qui sont toujours en rapport avec leur cause génératrice. L'accusé peut être compromis pour meurtre, vol, incendie, pour attentat à la pudeur, pour n'importe quel autre crime ; mais ces actes, et je n'en excepte pas le suicide, ne sont pas des faits qui se produisent indifféremment dans toutes les variétés de folie. A chaque variété d'aliénation revient sa part d'idées délirantes spéciales et d'actes de même nature. Plus d'une fois j'ai été mis sur la trace de la forme particulière d'aliénation dont un prévenu était atteint rien qu'en étudiant la nature des actes qu'il avait commis.

Obs. XII. — Il y a deux ans qu'un jeune employé d'une fabrique aux environs de Rouen fut traduit aux assises pour avoir porté, à un de ses camarades, un coup si violent avec un pilon de pharmacie, qu'il avait failli le tuer. Voici dans quelles circonstances ce fait s'était accompli.

Ferdinand X... était un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un caractère sombre et mélancolique. Il se plaignait souvent de violentes migraines, et ses amis avaient eu tant à souffrir de l'inégalité et de la susceptibilité de son caractère, que peu à peu ils s'étaient retirés de lui; souvent il lui arrivait de passer d'une gaieté excessive à une prostration très grande. Il était irritable au dernier degré, et plus d'une fois, sans provocation aucune, il lui était arrivé de frapper ses camarades; ce qu'il y avait de plus étrange, c'est que, quand on lui rappelait les faits de ce genre, il niait les avoir commis, et ses souvenirs étaient si vagues et si confus, ses impulsions tellement instantanées et irrésistibles, qu'il ne pouvait donner aucune explication de ces actes étranges dont au reste il était le premier à gémir. Il se défiait même tellement de lui qu'il avait volontairement rompu avec la plupart de ses camarades, et, son travail fini, il s'enfermait dans sa chambre où il se livrait avec ardeur à ses expériences de chimie.

Un jour, en passant près du seul ami qu'il avait conservé dans la fabrique où il exerçait un emploi important, il s'arrêta devant cet ami, l'embrassa à plusieurs reprises avec grande effusion de larmes, et vint ensuite s'asseoir à sa place. Personne ne fit attention à ces démonstrations, tant on était accoutumé à regarder Ferdinand comme un être original, capricieux, fantasque, excentrique. Un moment après, il repassa encore derrière son ami, et lui asséna un coup si violent à la tête, avec un pilon de pharmacie, que l'on crut ce malheureux tué sur le coup. Il put cependant être sauvé après un traitement qui dura fort longtemps, et c'est pour ce fait que Ferdinand, aussi tranquille et plus tranquille peut-être après la perpétration de son meurtre, qu'il ne l'était quelques moments avant de le commettre, avait à répondre devant les assises de la Seine-Inférieure.

Je n'avais pas été chargé d'examiner l'état mental de cet individu, mais la nature des faits pour lesquels il était arrêté, la manière dont ces faits s'étaient accomplis, suffisaient pour me pousser, dans l'intérêt de la science, à me mettre en rapport avec le prévenu. Je puis affirmer, en toute sincérité, que les conversations que j'ai eues avec lui à la prison me portèrent à soupçonner de prime abord qu'il appartenait à la variété d'épileptiques dont j'ai fait l'histoire, et telle fut aussi l'opinion de M. le docteur Jules Falret, qui m'accompagnait dans cette visite, et qui, de son côté, interrogea le prisonnier. L'observation ultérieure confirma ce diagnostic.

L'accusé était calme, impassible; non-seulement il ne témoignait aucun regret de sa tentative homicide, mais il ne paraissait avoir gardé aucun souvenir du fait lui-même. Il se plaignait de violentes migraines, et souvent, disait-il, il se réveillait ayant le pouce plié dans la paume de la main, et si violemment contracté qu'il fallait quelque temps pour le remettre en place. Les nuits étaient souvent très agitées, et je pus constater des vertiges épileptiques nocturnes ; mais ce qui porta la dernière conviction dans mon esprit, c'est que ce jeune homme, originaire d'Alsace, appartenait à une famille dans laquelle on comptait des aliénés, des apoplectiques, des épileptiques. Je fis prendre des informations par le médecin de l'endroit, et les renseignements les plus authentiques me donnèrent la conviction que le tempérament nerveux du jeune homme et son état d'épilepsie se rattachaient à des transmissions héréditaires de mauvaise nature. On ajoutait que lui-même, quoique doué d'intelligence, ou possédant plutôt des facultés instinctives (1), avait toujours été bizarre, original, très irrégulier de caractère, et d'une irritabilité excessive. Les magistrats admirent dans ce cas des circonstances atténuantes, mais l'accusé n'en fut pas moins condamné à cinq ans de prison.

Encore une fois, les faits de ce genre présentent les plus grandes difficultés. Au moment où j'écris ces lignes, je suis chargé par le juge d'instruction du tribunal de Rouen de me prononcer sur l'état mental d'un individu qui se trouve dans une situation presque analogue à celle de Ferdinand, et cela au double point de vue de l'acte pour lequel il est inculpé et de la nature du mal dont il est atteint. Je compte publier mon rapport dans ce journal, afin de compléter cette étude *sur une forme particulière de délire ou de folie par suite d'une surexcitation nerveuse, se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie, et que l'on peut désigner sous le nom d'*ÉPILEPSIE LARVÉE.

Conclusions. — L'épilepsie est une névrose qui, par la répétition de ses accès, détermine chez la plupart des individus qui en sont atteints, des troubles spéciaux de la sensibilité, ainsi que des facultés intellectuelles et affectives.

L'ensemble de ces diverses lésions constitue une forme de vésanie dont les caractères généraux servent à établir la différence qui existe entre cette forme de folie et les autres variétés d'aliénation mentale.

L'épilepsie se signale le plus ordinairement dans son expression symptomatique ultime par des *accès convulsifs*, des *chutes*, des *vertiges*.

Cette névrose peut exister aussi à l'*état larvé* et produire chez les malades les mêmes troubles de la sensibilité des facultés intellectuelles et affectives que si l'épilepsie était franchement accusée par des *accès*, des *chutes*, des *vertiges*. Elle forme alors une variété que j'appelle *épilepsie larvée*.

Dans ce cas, on arrive au diagnostic de l'épilepsie par la constatation des principaux symptômes qui caractérisent la *folie épileptique* proprement dite et qui sont :

L'excitation périodique suivie de prostration et de stupeur ; l'irascibilité excessive et sans motifs; la manifestation d'actes agressifs ayant le caractère de l'instantanéité et de l'impulsion irrésistible; l'exaltation de la sensibilité; les tendances à l'homicide et au suicide ; intercurremment les conceptions délirantes en rapport avec l'excitation cérébrale ; idée exagérée chez les malades de leurs forces, de leurs richesses, de leur beauté, de leur intelligence ; mélange de tendances érotiques et de sentiments religieux exagérés ; hallucinations terrifiantes; sensation d'une atmosphère lumineuse, rêves épouvantables ; cauchemar; affaiblissement graduel de l'intelligence, et surtout de la mémoire; perte des souvenirs à propos des faits accomplis dans le paroxysme des accès; manifestations délirantes identiques chez les individus, soit au point de vue de leurs idées, soit au point de vue de leurs actes, à chaque retour périodique des phénomènes morbides; enfin, la violence et la durée du délire se modelant sur la durée de la période de rémittence.

Ce n'est pas seulement dans les asiles d'aliénés, mais dans la pratique civile, que se rencontrent des malades névropathiques présentant cet ensemble de symptômes. La connaissance de ces symptômes intéresse les médecins praticiens au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Les asiles consacrés au traitement de l'aliénation renferment deux catégories d'*aliénés épileptiques*.

Les uns ont des accès, des chutes, des vertiges ; les autres ne se révèlent à l'observation que par les caractères précités du tempérament des épileptiques, et ce ne sont pas les moins dangereux.

Il peut arriver qu'après un certain nombre de mois, quelquefois

(1) On observe l'existence de ces facultés instinctives chez les individus nés de parents aliénés. L'individu en question avait des aptitudes spéciales pour l'industrie de la teinture. Il arrivait à des résultats remarquables en dehors des notions de la chimie, qu'il ne connaissait que confusément.

après des années, l'accès épileptique proprement dit se produise ; on constate alors *des convulsions*, *des chutes*, *des vertiges*, et les malades sont généralement *moins violents dans leurs actes*.

Je ne considère pas ces phénomènes comme des complications de la folie. Ils sont l'expression symptomatique ultime d'une névrose à forme épileptique existant parfois depuis longtemps à l'état larvé et déterminant une variété de vésanie qui a reçu diverses désignations dans la science.

Tantôt les auteurs ont désigné cette folie sous les noms de *manie avec fureur*, *manie périodique*, *instantanée;* tantôt sous ceux de *folie morale*, *manie instinctive*, *monomanie*, *suicide*, *homicide*, etc. Pour ce qui me regarde, je fais de cette forme d'aberration mentale avec lésion de la sensibilité, de l'intelligence et des sentiments, une variété de la *folie épileptique*.

J'ai soin de faire une différence entre l'épilepsie que je décris et les convulsions épileptiques, ou plutôt épileptiformes, qui sont le résultat de l'alcoolisme ou du ramollissement du cerveau dans la paralysie progressive.

Enfin, une dernière conclusion de mon travail est de donner à la médecine légale des aliénés une base plus certaine en établissant, grâce à un procédé pathogénique fondé sur l'étude de l'enchaînement et de la dépendance fatale des phénomènes morbides du système nerveux, la possibilité de relier les symptômes observés chez un individu souffrant à leur véritable origine, c'est-à-dire à la maladie dont ces symptômes sont l'expression irrécusable.

III

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

CHIMIE MÉDICALE. — *Émulsion de coaltar, pour l'application à la médecine ou à l'hygiène*, extrait d'une note de M. *Demeaux*. — Ce produit, qui, par la facilité de sa préparation, par la modicité de son prix, par la quantité de coaltar qu'il contient, et par sa grande solubilité dans l'eau, me paraît destiné à rendre de grands services, se prépare de la manière suivante : coaltar, savon, alcool, 1000 grammes de chaque.

Chauffez au bain-marie jusqu'à parfaite solution.

On obtient, par le refroidissement, un véritable savon, très soluble dans l'eau, et formant, en se dissolvant dans ce liquide, une émulsion stable. Le prix de ce produit est très modique, 3 kilogrammes coûteraient environ 3 francs, et avec cette quantité on peut faire environ 100 litres d'émulsion. Chaque litre contiendrait 10 grammes de coaltar.

On comprend combien cette préparation peut trouver d'applications utiles, soit dans les hôpitaux, soit dans les amphithéâtres d'anatomie, soit dans des manufactures ou usines, soit dans certains établissements de l'État, dans le but de prévenir des dangers réels pour la santé publique, ou d'éviter certaines émanations, qui sont à la fois désagréables et insalubres.

Le coaltar, mêlé avec le savon et l'alcool dans des proportions convenables, devient une des substances les plus maniables de la matière médicale. Ce mélange peut être concentré ou étendu à volonté, on peut lui donner la forme solide ou le dissoudre. Sa grande solubilité dans l'eau chaude ou froide l'empêche de salir le corps, le linge, les vêtements.

L'émulsion de coaltar pourra être employée en bains, et produire de bons résultats dans certaines maladies de la peau; en lotions et en fomentations sur le corps comme topique modificateur ou désinfectant. On pourra en imprégner des linges de corps, de literie, de pansements pour ceux des malades dont les excrétions ou les déjections produisent des émanations fétides. (*Comm.* : MM. Chevreul, Dumas, Pelouze.)

CHIRURGIE. — *Sur la pulvérisation des pierres dans la vessie*, par M. *Mercier*. — L'auteur, s'attachant principalement dans cette communication à discuter la validité des assertions mises en avant par M. *Heurteloup* dans un mémoire lu à la séance du 26 novembre dernier, la note est renvoyée aux commissaires nommés pour l'examen de ce mémoire. (*Comm.* : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Pappenheim* adresse une note ayant pour objet d'établir qu'il a le premier, dans son travail imprimé sur la digestion, exposé la manière de séparer la *pepsine* de la *salivine*. Quand, à une époque postérieure, d'autres personnes ont donné cette découverte comme nouvelle, et ont prétendu se l'attribuer, M. Pappenheim n'avait pas à sa disposition les pièces nécessaires pour appuyer une réclamation de priorité ; aujourd'hui il envoie copie de deux pièces qu'il considère comme probantes, et dont il prie l'Académie de vouloir bien prendre connaissance. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. *Billiard* (de Corbigny), qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un travail ayant pour titre : *Établissement du phénomène de l'hématose*, adresse aujourd'hui un supplément à ce travail. (*Comm.* : MM. Pelouze, Cl. Bernard.)

M. *Delfrayssé* envoie une addition à ses précédentes notes sur certains dispositifs destinés à rendre possible l'usage de la plume ou du pinceau à des personnes privées de plusieurs doigts ou même de toute la main. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

COMITÉ SECRET. — La section de zoologie et d'anatomie comparée présente, par l'organe de son doyen, M. *Isid. Geoffroy Saint-Hilaire*, la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. *Duméril* :

En première ligne, M. *Blanchard;* — en deuxième ligne, M. *Gervais;* — en troisième ligne, M. *Martin Saint-Ange;* — en quatrième ligne, M. *Robin;* — en cinquième ligne, M. *Hollard;* — en sixième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. *Gratiolet* et *Pucheran*.

Par deux votes successifs, au scrutin, sont adjoints à la liste : 1° M. *Longet;* — 2° M. *Poiseuille*.

Les titres des candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Académie de Médecine.

SÉANCE DE 26 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. CLOQUET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre d'État transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Jacquemier.

M. *Jacquemier*, sur l'invitation de M. le président, prend place parmi ses collègues.

2° L'Académie reçoit une lettre de M. *Duroy*, pharmacien à Paris, qui demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a déposé le 17 mars 1857.

M. le *président* ouvre ce pli qui contient une note résumée par l'auteur, dans les conclusions suivantes :

1° Comme complément aux faits énoncés dans mon premier mémoire, je viens de m'assurer que l'iode arrête la fermentation alcoolique;

2° Que l'iode, en s'immiscant aux ferments naturellement contenus dans les liqueurs sucrées, clarifie ces liqueurs;

3° Que les ferments me paraissent généralement des corps solides, en suspension dans les liquides fermentescibles, mais susceptibles de se liquifier en se décomposant. L'iode constitue avec

ces ferments des composés peu solubles dans l'eau et imputrescibles;

4° Parmi les composés d'iode, j'ai reconnu que l'iodure d'amidon avait, jusqu'à un certain point, une action pareille à celle de l'iode libre ,... etc.

M. *Velpeau* dépose sur le bureau une note de M. le docteur *Demeaux* (de Puy-l'Évêque), sur l'*iodisme par hypertrophie*. (*Renvoi à la commissiom déjà nommée.*)

M. Velpeau fait part ensuite, à l'Académie, de la mort de M. le docteur *Gendron* (de Château-du-Loir), membre correspondant. Ce médecin, dit M. Velpeau, un des plus distingués praticiens de province, a succombé à une angine couenneuse contractée en faisant l'opération de la trachéotomie sur une jeune femme de vingt-cinq ans. M. Gendron avait eu déjà une angine couenneuse, il y a plus de vingt ans. La mort de ce regrettable confrère prouve donc qu'on peut être atteint deux fois par cette cruelle maladie.

M. Velpeau énumère les titres nombreux qui recommandaient M. Gendron à la considération de l'Académie et du corps médical.

M. le *secrétaire perpétuel* ajoute que l'Académie avait le projet de porter prochainement M. Gendron sur la liste de ses associés.

M. le *président* annonce qu'à l'occasion du premier jour de l'an, la prochaine séance aura lieu mercredi prochain 2 janvier.

Il prononce ensuite l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues, c'est aujourd'hui que j'ai l'honneur de vous présider pour la dernière fois. Je me suis efforcé de me rendre digne de vos suffrages; mais permettez-moi de vous remercier de votre coopération pour me faciliter les fonctions de président, de votre assiduité à nos séances, de l'ordre et de l'urbanité de langage qui ont régné dans les discussions, et surtout du silence que vous avez accordé aux lectures intéressantes qui ont été faites devant vous.

Permettez-moi actuellement de vous offrir, pour votre bibliothèque, les deux principaux ouvrages que j'ai publiés sur l'anatomie, savoir : l'*Anatomie de l'homme*, en 5 volumes, in-folio, avec 320 planches, et le *Manuel d'anatomie*, en 3 volumes, dont l'un est un atlas de 338 planches. » (*Applaudissements.*)

Nominations.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement partiel des membres des *commissions permanentes* pour l'année 1861. Sont nommés :

Épidémies : MM. Larrey, Gibert;
Eaux minérales : MM. Poggiale, Patissier;
Remèdes secrets : MM. Chatin, Boudet;
Vaccine : MM. Blache, Jacquemier;
Comité de publication : MM. Bouillaud, Barth, Denonvilliers, Danyau, Bouchardat.

Lectures.

M. *Verneuil* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Note sur deux fistules vésico-vaginales opérées et guéries par le procédé américain, suivie de quelques remarques sur ce procédé, avec observations détaillées à l'appui.*— L'auteur après avoir tracé l'historique des opérations de fistules vésico-vaginales et avoir rappelé les difficultés ainsi que les insuccès fréquents de ces opérations par les procédés usités en France, préconise la manière de faire de M. Bozeman, chirurgien américain. M. Verneuil qui a suivi *de visu* tous les détails du manuel opératoire adopté par M. Bozeman pour la cure d'une malade, couchée dans le service de M. Robert à l'Hôtel-Dieu, a appliqué lui-même ce procédé, grâce auquel il a obtenu des succès que ne lui donnait pas la méthode ancienne.

Deux femmes, dit-il, affectées de fistules vésico-vaginales, se sont confiées à mes soins : toutes deux, opérées par le procédé américain, ont été guéries; l'une du premier coup, l'autre à la troisième tentative. Ainsi sur quatre opérations, deux succès complets, une amélioration voisine de la guérison et un insuccès absolu. Tel est le résultat jusqu'à ce jour. Si l'auteur l'énonce ainsi, c'est qu'il croit que pour l'exactitude d'une statistique de ce genre il faut compter, non pas les opérés, mais bien les opérations.

Empruntant à la thèse de M. le docteur d'Andrade une statistique portant sur un nombre de faits plus considérables, M. Verneuil établit que le chiffre des succès obtenus par le procédé américain est de 77 pour 100.

On m'a souvent demandé, dit en termes naïfs M. Verneuil, en quoi consiste *la découverte américaine :* à cela je réponds qu'il ne s'agit en réalité que d'un résumé éclectique heureusement composé de tout ce qui est bon dans les anciens procédés et grossi de quelques additions ingénieuses. Le procédé américain se décrit et ne se définit pas, etc. (*Commissaires :* MM. Velpeau, Jobert et Robert.)

—M. le docteur *Moreau* (de Tours), médecin de Bicêtre, lit un mémoire ayant pour titre : *Du délire hypochondriaque et de la paralysie générale des aliénés.* — Ce mémoire est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Les faits qui nous sont propres, dit-il, ne nous permettent pas de regarder le délire spécial hypochondriaque pris isolément comme un signe prodromique de la paralysie générale des aliénés. Sur ce point, la lumière a besoin de se faire.

2° Il existe entre le délire spécial et la paralysie générale des rapports sinon nécessaires, du moins très intimes, dont l'importance n'avait jusqu'ici éveillé l'attention d'aucun observateur.

3° Le délire spécial emprunte sa valeur séméiologique à un état morbide plus général et intéressant plus profondément l'organisme; car cet état c'est la dépression générale, l'anéantissement lent et progressif des forces vitales, qui s'observent chez tous les paralytiques généraux.

4° Le délire hypochondriaque et certains autres délires analogues diffèrent en ce sens que le premier tire son origine de *sensations anormales réelles*, mais défigurées, et pour ainsi dire transformées par l'intelligence troublée, et que les seconds sont plutôt le résultat d'un travail morbide de l'esprit et de préoccupations délirantes.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

Séance du 26 décembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

La Société a renouvelé son bureau pour l'année 1861. Ont été nommés : MM. Laborie, président; Morel-Lavallée, vice-président; Bauchet et Béraud, secrétaires. Le reste de la séance a été consacré à d'autres élections, et nous n'avons à présenter ici que l'analyse de l'observation très intéressante qui a été lue dans la dernière séance par M. *Coulon*, interne distingué des hôpitaux.

Cette observation est intitulée : « Rupture du poumon causée par le passage d'une roue de voiture sur la poitrine; épanchement sanguin dans la plèvre et pneumothorax à la suite de cette rupture; fractures incomplètes de côtes (la face externe seule est fracturée). » Alfred B..., âgé de treize ans, fut amené à l'hôpital deux heures après qu'un camion chargé de trois tonneaux lui eut passé sur la poitrine. Il ne peut rester couché que sur le côté droit; toute autre position est douloureuse et ne peut être supportée. La respiration est anxieuse; la face est pâle; pouls à 120. A l'auscultation, murmure vésiculaire parfait à gauche; du côté droit, respiration amphorique avec tintement métallique dans toute l'étendue du poumon, et aussi bien en avant qu'en arrière.

Malgré un traitement convenable prescrit par M. Coulon, puis par M. Marjolin, lorsqu'il vit le jeune malade, celui-ci succomba quarante-huit heures après l'accident.

A l'autopsie, on trouva à la face externe des troisième et quatrième côtes gauches et de la troisième côte droite de petits épanchements sanguins sans déchirure du périoste, avec mobilité extrêmement peu prononcée; on peut les déprimer de manière à former une légère concavité à la face externe.

Le poumon gauche est parfaitement sain; lorsqu'on ouvre la cavité pleurale droite, il se produit un sifflement très marqué, tenant à l'issue du gaz; à la partie inférieure de cette cavité est une notable quantité de sang, au moins 200 ou 300 grammes. Sur le bord antérieur du poumon droit, tout près de la scissure, existe une déchirure ayant au moins 1 centimètre de profondeur; on en trouve une autre à l'union du lobe supérieur avec le lobe moyen, ce qui augmente la profondeur de la scissure; mais déjà des fausses membranes nouvellement formées font adhérer ces deux lobes. Aucune déchirure des vaisseaux thoraciques.

Les troisième et quatrième côtes gauches et la troisième côte droite sont fracturées incomplétement; en enlevant le périoste, on constate que la *face externe seule est fracturée;* la plèvre costale n'est pas intéressée, ce qui explique l'absence d'emphysème. L'os a conservé sa courbure normale, et il n'y a pas de déformation. La même disposition existe sur les côtes fracturées à droite et à gauche.

La rupture du poumon, dans ce cas, ressemble aux cas de ruptures du foie sans fractures; c'est ainsi encore qu'on peut observer des déchirures de la rate et du rein. A propos de la fracture, l'auteur fait encore remarquer que ce fait peut servir à expliquer la rareté des fractures de côtes chez les enfants, puisque ces arcs osseux peuvent supporter des pressions considérables sans se rompre. Ambr. Paré rapporte un fait qui a une grande ressemblance, à ce point de vue, avec celui que nous venons d'analyser (t. III, p. 489, édit. Malgaigne).

— Annonçons pour terminer que la Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le 9 janvier. M. Broca prononcera l'éloge de Lenoir, M. Legouest celui de Bégin.

Jules Rouyer.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 12 ET 27 DÉCEMBRE 1860. — PRÉSIDENCE DE M. HERVEZ DE CHÉGOIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES.

M. *Sée* se propose de discuter à fond la question des paralysies essentielles, et de passer en revue les circonstances étiologiques que l'on invoque pour les expliquer.

Il faut d'abord distinguer avec soin des paralysies ce qu'on a désigné sous le nom d'*affections musculaires*, l'infiltration graisseuse des muscles, l'infiltration du tissu cellulaire intermusculaire, et la transformation graisseuse des fibres.

D'après M. Sée, les paralysies dites essentielles peuvent être considérées comme le résultat, soit d'une altération humorale, soit d'une asthénie, soit d'altérations histologiques non encore décrites de la moelle, qui, pour n'être pas appréciables à l'œil nu, n'en sont pas moins réelles, et devraient faire rayer les paralysies qui s'y rapportent du nombre des paralysies essentielles, soit enfin d'actions réflexes ou sympathiques. Il reste un dernier groupe tout à fait distinct, les paralysies atrophiques, sur lesquelles M. Sée se propose de revenir plus tard.

Les paralysies par altération humorale comprennent celles que l'on attribue à la convalescence, à laquelle a été appliqué faussement le nom de cachexie aiguë. Les éléments constituants de la convalescence peuvent être rapportés à quatre chefs : l'inanition, les pertes sanguines, les transsudations intestinales, l'albuminurie. Voyons si ces diverses causes peuvent produire des paralysies.

Les effets de l'inanition ont été bien étudiés sur les animaux par M. Chaussat. L'amaigrissement qu'elle produit porte sur trois systèmes : le tissu cellulaire, le tissu musculaire et le sang, dont les déperditions représentent les neuf dixièmes de la perte totale du poids du corps. Le système musculaire à lui seul figure pour moitié dans le total, car ce n'est pas seulement la masse musculaire, c'est aussi le nombre des fibres qui diminue, comme l'a observé M. le professeur Bruck. L'altération des éléments du sang consiste surtout dans une diminution des globules, et mais en même temps, selon M. Schmidt (de Dorpat), en une augmentation relative de l'hématosine; la fibrine, les matières extractives et les sels augmentent, tandis que l'albumine et la graisse éprouvent une diminution considérable.

La température baisse de 3 dixièmes de degré jusqu'à 1 degré par jour. Les sécrétions se tarissent, particulièrement celle du suc gastrique. L'absorption semble diminuer elle-même par l'inanition, contrairement à ce qu'avait dit Magendie, car, d'après les expériences de M. Köhler, l'empoisonnement est plus difficile chez les sujets soumis à l'abstinence absolue que dans l'alimentation normale. Parmi les phénomènes nerveux observés dans les expériences de M. Chaussat, on ne voit pas figurer de paralysies.

Chez l'homme, les résultats de l'inanition ont été observés d'une manière malheureusement trop fréquente pendant les disettes graves. En Silésie, de 1847 à 1849, Virchow a observé le typhus pétéchial, en Irlande c'était le typhus *fever*, et en Belgique (Vleminks) on a noté des phénomènes nerveux, des fourmillements avec faiblesse générale, contracture des extrémités et même du diaphragme, se terminant quelquefois par la mort; mais les paralysies des moteurs ne se sont montrées que d'une manière exceptionnelle, et seulement comme effet des contractures.

Il est des maladies remarquables par la profonde inanition qu'elles produisent : telles sont le cancer du cardia, par exemple, qui cependant ne s'accompagne pas de paralysies, et la fièvre typhoïde, où l'amaigrissement a été encore aggravé par la diète sévère à laquelle on soumettait les malades il y a vingt ou trente ans, qui n'en présente pas non plus. M. Bouillaud affirme qu'il n'en voit pas davantage sous l'influence des émissions sanguines qu'il pratique au début. Il est donc évident que si des angines de courte durée produisent des paralysies, ce n'est pas par l'inanition.

Les hémorrhagies, les saignées, produisent des effets analogues à ceux de l'inanition sur le sang, seulement la fibrine augmente à chaque saignée; les phénomènes nerveux qui en résultent sont des anesthésies, des hyperesthésies, des convulsions, des faiblesses générales, des vertiges, mais non des paralysies musculaires. La chlorose et l'anémie ont présenté si peu de faits de paralysie que ceux-ci sont tous discutables. Dans le travail considérable de M. Landry, on ne trouve relatés que quatre faits de paralysies par perte de sang : l'un attribué à M. Grisolle qui le renie complétement, est un cas d'hémorrhagie puerpérale; deux autres dus à M. Moutard-Martin, sont des cas d'hémorrhagies utérines, et l'on peut se demander si les phénomènes utérins n'ont pas joué un rôle plus important que la perte de sang; enfin le quatrième fait observé par M. Landry lui-même, est celui d'un sujet affecté d'hémorrhagies multiples que son médecin croyait devoir saigner à chaque hémorrhagie, on comprend dans ce cas la débilitation du malade et le bon effet de la médication tonique. Mais dans les cas même d'hémophylie, dans le purpura hæmorrhagica, on ne voit pas mentionnées de paralysies. Dans le scorbut de Crimée, dont les suites ont été observées par le docteur Rizet, dont M. Lallier nous analysait dernièrement le travail, et par M. Lebret à Balaruc, on trouve notée une faiblesse générale des sujets qui pouvaient à peine se tenir sur leurs jambes, des anesthésies, des douleurs, des oscillations fibrillaires des muscles, des espèces de contractures; mais si ces phénomènes ressemblent plus ou moins à des paralysies, les autopsies ont montré le plus souvent des altérations des muscles.

L'oblitération des grosses artères produit des phénomènes qui ont la plus grande analogie avec ceux des hémorrhagies. Lorsqu'on lie l'aorte elle-même, comme l'a fait Sténon il y a déjà cent ans, comme on l'a fait encore en Angleterre au commencement de ce siècle, comme l'ont répété en dernier lieu M. Brown-Séquard et M. Schiff, on voit survenir immédiatement la paralysie des membres inférieurs, des oscillations musculaires et des anesthésies. La paralysie des mouvements est complète, c'est une espèce de sidération; si l'on soulève l'animal, il retombe aussitôt; les muscles des membres abdominaux présentent déjà la rigidité cadavérique, pendant qu'on observe tous ces phénomènes de la vie dans toute la partie antérieure du corps. Si on lie seulement l'artère principale d'un membre, la paralysie survient de même; mais le mouvement se rétablit avec la circulation collatérale. MM. Bauley et Goubaux ont noté des claudications produites chez des chevaux par des obli-

térations artérielles et qui se prononçaient au moment où l'on forçait l'animal à la course. Chez l'homme, on possède des cas analogues. En Angleterre, Gull a vu la compression de l'aorte par un anévrysme amener une paraplégie qui s'est dissipée à mesure que la circulation collatérale s'est rétablie. M. Barth a vu deux cas de paralysie permanente à la suite d'une oblitération de l'aorte, la circulation collatérale s'étant rétablie en deux mois. M. Rostan a cité deux cas de paralysie permanente d'un membre par oblitération de l'artère. M. Charcot a observé une claudication intermittente qui n'empêchait pas le malade de descendre au jardin, mais qui l'arrêtait subitement dans sa marche. L'autopsie a montré une oblitération de l'artère iliaque.

Dans ces faits, la paralysie paraît produite par l'arrêt de la circulation, et c'est pour cela que M. Sée propose de les appeler *paralysies ischémiques* (nom donné pour la première fois par Frank à l'arrêt de la circulation). Toutes ces paralysies doivent être distinguées nettement de celles qui nous occupent.

La ligature des artères qui alimentent le cerveau présente des différences réelles chez les animaux. L'expérience a été faite par Ashley Cooper, par M. Longet, par Schiff, et surtout par M. Küssmaul. Elle occasionne d'abord l'insensibilité, puis des convulsions générales qui se terminent par la mort si l'on ne se hâte de relâcher la ligature ; mais pas de paralysies.

Sur l'homme, les ligatures de la carotide ont été pratiquées souvent par les chirurgiens (plus de 70 cas). A la suite de ces opérations, on n'observait quelquefois pas le moindre phénomène ; mais, dans d'autres circonstances, comme dans les faits rapportés par MM. Sédillot, Robert, et par M. Vincent en Angleterre, on a vu survenir des hémiplégies subites du même côté que l'artère opérée : c'est spécialement la ligature de la carotide gauche qui a amené ces hémiplégies foudroyantes. L'autopsie n'a montré dans quelques cas aucune lésion cérébrale apparente, il n'y avait que privation de sang ; d'autres fois, on a trouvé des foyers de ramollissement ; il est probable, selon M. Sée, que ces différences tiennent à la coagulation du sang dans les artères cérébrales elles-mêmes (cercle de Willis).

Des phénomènes analogues à ce qui se passe dans les opérations chirurgicales ont été observés aussi dans des cas de pathologie médicale. A la suite des oblitérations artérielles, soit par un athérome (Rostan), soit par une coagulation du sang sur place, soit enfin par des embolies partant du cœur, ainsi que l'ont démontré pour la première fois Hasse, Kölliker, Virchow, Ruhle et le professeur Schützenberger (de Strasbourg), on observe des hémiplégies sans autre lésion que l'oblitération, ou bien, ce qui est plus fréquent, des ramollissements à tous les degrés, et cela dans les points correspondants à l'oblitération. Il est bien entendu que ces lésions devront être cherchées, non-seulement dans les grosses artères, comme on le faisait autrefois, mais aussi dans les dernières ramifications artérielles. Les embolies devront être soupçonnées surtout dans les cas d'altérations valvulaires du cœur. Si la mort survient rapidement, on ne trouve aucune autre lésion dans le cerveau que l'embolie elle-même. Les apoplexies nerveuses ne sont probablement pas autre chose.

Enfin, une dernière série de phénomènes a été observée à la suite d'anémie spontanée ou consécutive à des maladies, sans qu'il y ait oblitération des artères. Dans ces cas, Marshal-Hall a décrit chez les enfants des phénomènes qu'il a groupés sous le nom d'*hydrocéphaloïde :* l'excitabilité, la privation de sommeil, un peu de subdélirium ; parfois, dans les cas les plus graves, la pâleur extrême de la face, la dilatation de la pupille, le refroidissement, le coma et la mort.

Ainsi l'inanition, les pertes de sang, l'anémie complète même du cerveau, produite par les oblitérations artérielles, peuvent amener des phénomènes nerveux de toute espèce, sauf des paralysies.

M. Sée terminera sa communication dans la prochaine séance.

Dr E. Isambert,
Ex-chef de clinique de la Faculté.

IV

REVUE DES JOURNAUX.

Nouvelle expérience sur la métamorphose du Cysticercus cellulosæ en Tænia solium de l'homme, par F. Kuchenmeister.

Les études faites dans ces dernières années sur les métamorphoses et les migrations des helminthes, ont conduit aux résultats les plus intéressants, non-seulement au point de vue de la science pure, mais encore au point de vue de la pathologie. En effet, en même temps qu'elles ont révélé le mode de développement de la plupart des vers intestinaux, elles ont jeté une grande lumière sur l'étiologie de certaines affections vermineuses, et ont fourni quelques données utiles à la prophylaxie de ces affections. Parmi les helminthes de l'homme, citons un exemple : le ténia. On admet très généralement aujourd'hui que le ténia est l'état adulte du cysticerque ladrique. Lorsqu'un cysticerque, par suite de circonstances spéciales, a été avalé et qu'il est parvenu dans l'intestin, il est à ce moment privé de son kyste d'enveloppe, lequel a été digéré. Le cysticerque se fixe, à l'aide de ses crochets, à la membrane muqueuse intestinale, et il devient le siége d'une sorte de bourgeonnement par suite duquel se produisent à sa partie postérieure des anneaux ou articles de plus en plus nombreux. Le cysticerque s'est transformé en ténia. Les articles postérieurs du ténia, lesquels sont les plus anciennement formés, sont aussi ceux qui arrivent les premiers à maturité ; ils contiennent alors des œufs, et ceux-ci renferment eux-mêmes des embryons. Ce sont ces derniers anneaux qui se détachent du reste du corps, sont rendus isolément et portent le nom de cucurbitins. Qu'un de ces segments mûrs, ou que quelques-uns des œufs qui y sont renfermés soient avalés par un homme ou par un porc, la digestion rendra libres les embryons contenus dans les œufs, et ces embryons, perçant les tuniques intestinales, seront transportés dans divers points du corps, où ils se changeront en cysticerques. C'est là aussi l'histoire, avec quelques modifications, du développement des échinocoques et du cœnure.

Pour appuyer, autant que possible, cette doctrine sur des preuves solides, on a institué des expériences de deux sortes : les unes avaient pour but de produire à volonté des ténias dans le tube digestif de l'homme par l'ingestion de cysticerques ladriques ; d'autres d'amener le développement de cysticerques ladriques chez les cochons en leur faisant avaler des articles mûrs du *tænia solium*. M. Davaine, dans son excellent *Traité des entozoaires* (Synopsis, p. xxvii et suiv.), a exposé les résultats de ces deux séries d'expériences. L'une d'elles, la plus connue, est celle que fit M. Küchenmeister sur une femme condamnée à mort. Il lui fit prendre dans du boudin et du potage, à son insu et en plusieurs fois, un grand nombre (75) de cysticerques ladriques, 72, 60, 36, 24, et 12 heures avant l'exécution.

On trouva, à l'autopsie, quatre jeunes ténias dans le duodénum et six autres dans le reste de l'intestin. Les détails de cette observation sont loin d'être de nature à entraîner la conviction, comme le fait remarquer M. Davaine, et si l'helminthologie ne pouvait pas invoquer d'autres preuves en faveur de la parenté qu'elle a établie entre le cysticerque ladrique et le *tænia solium*, elle eût rencontré bien des incrédules.

Une expérience de cette nature, si elle eût réussi complétement, eût eu une valeur exceptionnelle, car c'est un sujet humain qui était en cause, et le résultat était directement applicable à la pathologie de l'homme. D'autres expérimentateurs, un jeune homme observé par M. Leuckart, et, d'une autre part, M. Humbert, ont essayé de produire cette métamorphose du cysticerque ladrique en *tænia solium* dans leur propre intestin. Quoique dans les deux cas il y ait eu expulsion de ténias, deux à trois mois après l'ingestion des cysticerques, on peut encore élever des doutes sur la légitimité des conclusions qu'on serait tenté de tirer de ces expériences.

M. Küchenmeister a eu l'occasion de répéter son expérience à la fin de l'année dernière et au commencement de celle-ci sur un autre condamné ; et, cette fois, il est difficile de ne pas croire qu'il y a eu relation de cause à effet entre l'ingestion des cysticerques et le développement des ténias. Le nombre de ceux-ci et leurs divers degrés de développement ne paraissent guère pouvoir s'expliquer autrement.

Obs. — M. Küchenmeister fit cette nouvelle expérience avec le docteur Siebenhaar. Il parvint à se procurer de la viande crue de porc ladre, d'abord à la campagne en novembre 1859, et en janvier 1860 à Zittau même. Chaque fois, la partie employée fut divisée en vingt morceaux contenant des cysticerques qui furent dissimulés, la première fois, dans un pain garni de boudin, et, la seconde fois, dans un pain garni de cervelas. Ce fut le docteur Siebenhaar lui-même qui les offrit au criminel qui devait servir de sujet à l'expérience, et il s'assura les deux fois que le pain avait été ingéré. La première ingestion eut lieu le 24 novembre 1859, et la seconde, le 18 janvier 1860. Lors de la nécropsie du criminel, lequel avait été décapité le 31 mars, les expérimentateurs trouvèrent que la moitié des cysticerques avalés s'étaient transformés en vers plats; et parmi ces vers, onze avaient des segments arrivés à maturité. De ces segments, les uns faisaient encore partie de la colonie (les ténias arrivés à maturité peuvent être considérés comme une agrégation, une colonie d'individus placés à la file, les uns derrière les autres, et destinés à se séparer spontanément à un certain moment) ; les autres étaient détachés et rampaient librement dans la partie inférieure du canal intestinal (proglottis séparés, cheminant vers le monde extérieur). Il y avait huit autres vers qui n'avaient pas encore atteint leur complète maturité. Un de ces vers montrait très nettement la forme arrondie décrite par les auteurs et présentée par le dernier anneau d'une colonie qui n'a encore perdu aucun segment. Comme cela arrive quand les vers sont en très grand nombre dans un intestin, les exemplaires en question n'étaient ni très larges, ni très épais, et ils étaient relativement petits, les plus grands n'ayant pas plus de 5 pieds de longueur. Dans ces cas, ils arrivent aussi pour la plupart plus lentement à maturité.

M. Küchenmeister fait suivre cette observation d'une appréciation des résultats de l'expérience. Le principal de ces résultats, c'est la démonstration de la réalité de la métamorphose du *cysticercus cellulosæ* en *tænia solium*. Il ne faut pas d'ailleurs s'étonner de ce que tous les cysticerques n'ont pas passé à l'état de ténia, car on s'est assuré que, même dans les circonstances les plus favorables, les cysticerques étant dégagés de leur kyste d'enveloppe, il y en a la moitié qui périt sans se transformer en vers rubanés.

La viande de porc ladre peut supporter un certain refroidissement sans que les cysticerques qu'elle renferme perdent la vie. Par une température moyenne, ne favorisant pas trop la putréfaction, les cysticerques contenus dans la chair, conservent leur faculté de développement en moyenne pendant huit jours, et peut-être plus longtemps.

Lorsque la vie est tranquille, qu'il y a absence d'excès de nourriture ou de boisson, et que l'alimentation est régulière, les vers rubanés, même en grand nombre, ne troublent pas la santé de l'homme et ne s'opposent pas à l'accroissement de son embonpoint.

Malgré la quantité de proglottis (segments mûrs) libres dans la partie inférieure du canal intestinal du sujet en expérience, il ne s'est trouvé dans les muscles aucun cysticerque perceptible, ce qui ne doit pas étonner, puisque, vu le régime régulier du sujet, il n'y a eu aucun vomissement; par conséquent aucun ver rubané n'a été ramené dans l'estomac, et ainsi ne s'est pas produite la condition nécessaire, d'après les observations de l'auteur, à l'apparition du *cysticercus cellulosæ* chez l'homme.

Au moment de l'autopsie, les vers étaient très adhérents; les uns au bord libre, d'autres aux faces des valvules conniventes, d'autres enfin adhéraient au fond de l'espèce de vallon qui sépare deux de ces valvules. En certains points, l'adhérence était telle que l'on pouvait tirer les vers avec un certain effort, sans leur faire lâcher prise; et ils paraissaient fixés uniquement par leurs crochets. Lorsque l'on avait détaché la tête, le ver arrivait à saisir un nouveau point de l'intestin, et y adhérait tout aussi fortement qu'auparavant.

Aux reproches qu'on lui a adressés, au sujet de sa première expérience, M. Küchenmeister répond que, même dans le cas où le criminel eût été gracié, l'affection déterminée chez lui était sûrement curable, et, qu'après le traitement, il n'y aurait eu aucune suite fâcheuse. (*Deutsche Klinick*, n° 20, 19 mai 1860.)

Sur les maladies des ouvriers employés dans les fabriques de glaces de Friedrichsthal, Neuhurkenthal et Plisenthal (Bohême), par M. le docteur Keller.

Les fabriques de glaces ci-dessus nommées occupent plusieurs catégories d'ouvriers qui se trouvent généralement dans des conditions hygiéniques identiques pour tout ce qui n'est pas relatif à leurs travaux. Or, tandis que les verriers présentent en général un état sanitaire assez satisfaisant (sauf les tailleurs de cristal, qui fournissent un contingent considérable de tuberculeux), les étameurs de glaces sont presque tous malades, pour peu qu'ils ne soient pas entrés tout récemment dans la fabrique. Les enfants mêmes des ouvriers qui ont été employés pendant longtemps à l'étamage se font remarquer par un facies pâle et cachectique, et présentent tous les caractères de la constitution scrofuleuse.

Les premiers accidents se manifestent généralement dès la première quinzaine que les ouvriers passent dans les ateliers d'étamage. On remarque d'abord une coloration grisâtre des dents, du gonflement avec rougeur violacée des gencives et de la muqueuse buccale ; plus tard, des excoriations à la face interne des lèvres et aux gencives, une salivation légère, un coryza accompagné d'un écoulement séreux, souvent de l'enrouement et la perte de l'odorat; puis les excoriations se transforment en des ulcérations profondes à bords boursouflés, déchiquetés, en même temps qu'on observe un gonflement des amygdales et des ganglions cervicaux. Lorsque ces ouvriers se contentent d'interrompre de temps en temps leurs travaux sans y renoncer d'une manière définitive, des ulcérations semblables se montrent également dans la muqueuse du pharynx, et notamment à sa face postérieure.

A ces accidents succèdent le tremblement des mains, quelquefois des pieds, puis des douleurs nocturnes dans la tête et dans les extrémités. Les dents se déchaussent et tombent, notamment les incisives; finalement, on voit apparaître des périostoses qui affectent de préférence le tibia, plus rarement le fémur et les os de la tête, accompagnées de douleurs violentes qui s'exaspèrent pendant la nuit et par les variations atmosphériques. Parfois le dos, la poitrine et le cuir chevelu sont le siége d'une éruption maculeuse, papuleuse ou squameuse ; ces éruptions se montrent subitement, persistent pendant plusieurs semaines, puis disparaissent pour se reproduire plus tard.

Les accidents qui viennent d'être énumérés en dernier lieu n'affectent pas seulement les ouvriers actuellement employés à l'étamage, ils surviennent encore chez des sujets qui depuis longtemps (plusieurs années même) ont cessé de manier le mercure. C'est ce que l'on observe surtout pour les ulcérations serpigineuses de la peau. Lorsque les périostoses se produisent dans ces conditions, le gonflement persiste indéfiniment.

La fréquence des avortements chez les femmes employées aux mêmes travaux a décidé l'administration à ne plus employer de femmes mariées dans les ateliers d'étamage. Il est, du reste, remarquable que les accidents se manifestent avec plus de rapidité et de gravité chez les hommes que chez les femmes. L'âge avancé constitue également une prédisposition fâcheuse. Une autre circonstance singulière, c'est que les ouvriers qui présentent les accidents de l'hydrargyrose chronique se trouvent généralement mieux en continuant à travailler que lorsqu'ils se mettent au repos.

A part le traitement symptomatique par les moyens externes généralement usités, on combat principalement les accidents par l'emploi des purgatifs salins, les bains tièdes et l'exercice dans une atmosphère pure. M. Keller, médecin actuel des fabriques, raconte que l'analogie de ces accidents avec ceux de la syphilis secondaire et tertiaire, l'avait décidé, dans les premiers temps de son exercice, à la combattre par les pilules de Dzondi ; mais il ne tarda pas à se convaincre que ce traitement restait absolument inefficace au lieu qu'il aggravait l'état des malades. Au reste, il est très fréquent d'observer les accidents dont il s'agit chez des sujets exempts de toute infection syphilitique; la vérole étant extrêmement rare parmi les ouvriers des fabriques de glaces de la Bohême. (*Wiener Medicinische Wochenschrift*, 1860, n° 38.)

Remarques cliniques sur l'urémie, par M. le professeur Jaksch.

Les observations de M. Jaksch sur l'urémie consécutive à la maladie de Bright ne renferment pas de données nouvelles, mais on trouve dans son travail des aperçus intéressants sur les accidents qui résultent de la stagnation et de la résorption de l'urine décomposée. M. Jaksch désigne par le mot *ammoniémie* l'altération de sang produite par cette résorption, parce que l'élément le mieux connu de l'urine en voie de décomposition, c'est le carbonate d'ammoniaque, fourni par l'urée. Il a observé l'ammoniémie : 1° à la suite de torpeur et de paralysie de la vessie ; 2° dans des cas d'imperméabilité des uretères ; 3° comme conséquence de diverses affections des reins (suppuration, tubercules, hydronéphrose).

Voici en quels termes M. Jaksch caractérise les accidents d'ammoniémie et les différencie des accidents urémiques propres à la maladie de Bright.

L'urine évacuée spontanément ou par le cathétérisme, dans les cas d'ammoniémie, présente, au moment même de son évacuation, une odeur ammoniacale pénétrante, preuve péremptoire de sa décomposition dans l'intérieur des voies urinaires. Rien de semblable dans l'urémie, suite de maladie de Bright.

L'ammoniémie ne s'accompagne pas d'accidents hydropiques, que sa marche soit aiguë et fébrile, ou chronique et apyrétique.

Les sujets chez lesquels l'ammoniémie est très prononcée présentent presque constamment une sécheresse remarquable, et un état lisse particulier de la muqueuse buccale et de l'arrière-gorge. Il semblerait que ces parties ne conservent pas un atome d'humidité, et cette sécheresse persiste d'une manière très opiniâtre. Elle se propage quelquefois jusqu'à la muqueuse des fosses nasales et à la conjonctive, et peut-être aussi à la muqueuse laryngée ; ce serait là la cause de l'enrouement et de l'aphonie que l'on remarque chez un certain nombre de sujets affectés d'ammoniémie à un degré avancé. Ces accidents sont complétement étrangers à l'urémie consécutive à la maladie de Bright.

Lorsqu'on découvre un malade affecté d'ammoniémie chronique et avancée, il exhale une odeur ammoniacale intense, évidente, qui est également très frappante dans l'air expiré par le malade. Ce dégagement manifeste et assez abondant d'ammoniaque n'appartient pas à l'urémie albuminurique. — M. Jaksch cite à ce propos un malade qui mourut d'albuminurie chronique et qui resta plusieurs jours avant sa mort sans *sécréter* une goutte d'urine ; il était plongé dans le coma pendant les trois derniers jours de sa vie. Chez ce malade, on ne put constater, soit par l'odeur, soit à l'aide d'un papier de tournesol, que des traces à peine perceptibles d'ammoniaque dans l'air expiré.

Tous les malades affectés d'ammoniémie avaient un dégoût insurmontable pour les viandes, et notamment pour les viandes noires, alors même que l'affection n'était pas très avancée. Dans les cas d'urémie suite d'albuminerie, c'est tout le contraire que l'on observe.

M. Jaksch n'a jamais observé dans l'urémie les frissons violents, intermittents, qui accompagnent parfois l'ammoniémie et simulent assez exactement des accès de fièvre intermittente. Jamais, par contre, il n'a vu, dans l'ammoniémie, des attaques convulsives, épileptiformes, ni des exsudations croupales ou diphthéritiques sur les muqueuses buccales, pharyngée ou respiratoire, sur les membranes séreuses ou à la peau. Sans conclure dès lors que ces accidents n'accompagnent jamais l'ammoniémie, il faut au moins admettre qu'ils en sont des complications extrêmement rares. L'ammoniémie ne paraît pas donner lieu non plus aux mêmes accidents du côté des yeux que la maladie de Bright.

L'ammoniémie chronique s'accompagne constamment d'une coloration terreuse de la peau et d'un amaigrissement progressif, qui porte principalement sur le tissu adipeux et les muscles. Dans l'ammoniémie très intense et aiguë, la face présente une altération remarquable des traits, et les malades sont atteints d'une faiblesse musculaire voisine d'un état paralytique. Dans ces cas, on observe également comme symptôme constant les vomisseme[nts] assez souvent accompagnés ou suivis de diarrhée, tandis qu'o[n] les rencontre que fort exceptionnellement dans l'ammonié[mie] chronique.

Dans tous les cas terminés par la mort, M. Jaksch a vu la [ter]minaison fatale précédée de coma pendant plusieurs heure[s] plusieurs jours.

L'ammoniémie peut se manifester avec une marche essenti[elle]ment aiguë, guérir en peu de jours sous l'influence d'un tr[aite]ment convenable, ou se terminer par la mort dans un délai court, deux à six jours par exemple. Dans ces cas, des vomi[sse]ments violents plus ou moins répétés marquent le début d[e la] maladie. Viennent ensuite, dans les cas défavorables, des mo[uve]ments fébriles, la perte rapide des forces et le coma. L'am[mo]niémie chronique peut se prolonger pendant plusieurs semai[nes,] plusieurs mois, et même pendant des années ; après des alte[rna]tives d'aggravation et d'amélioration, elle peut encore gué[rir] même quand elle existe depuis très longtemps, à la condition [que] l'on en reconnaisse la cause en temps opportun, et qu'il soit [pos]sible de l'éloigner.

Il arrive assez souvent que l'ammoniémie passe inaperçu[e ou] donne lieu à des erreurs de diagnostic graves, parce que les mal[ades] cachent au médecin des affections qui peuvent occasionne[r la] rétention et la décomposition de l'urine, ou parce que ces affec[tions] ne sont pas reconnues par toute autre raison. Dans ces cas, [les] accidents fébriles peuvent simuler une fièvre typhoïde s'ils [sont] continus, ou une fièvre intermittente s'ils se produisent sous fo[rme] d'accès. Il n'est pas rare non plus de voir prendre l'ammonié[mie] pour un catarrhe stomacal ou intestinal. Dans tous ces cas, il [est] généralement facile d'éviter l'erreur en procédant à un exa[men] méthodique des organes urinaires. (*Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde*, 1860, t. II, p. 143.)

V

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations sur les grossesses triples, par le doc[teur] B. Dunal (de Montpellier), broch. in-8° de 64 pages. Pa[ris,] 1860 ; Victor Masson et Fils.

Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécess[aire] et des procédés opératoires relatifs à cette extracti[on], par S. Tarnier, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Pa[ris,] broch. in-8° de VIII-228 pages. Paris, 1860 ; J.-B. Bail[lière] et Fils.

Des ruptures dans le travail de l'accouchement e[t] leur traitement, par le docteur Antoine Mattei, profe[sseur] particulier d'accouchements, broch. in-8° de 91 pages. [Paris,] 1860 ; Adrien Delahaye.

Si la présence de deux fœtus dans la cavité utérine peut deve[nir] dans certains cas, une cause de dystocie, il était rationnel d['ad]mettre que les cas de grossesse triple donneraient lieu à des c[om]plications plus embarrassantes ; cependant, en étudiant les [faits] de ce dernier ordre, on reconnaît qu'il n'en est pas ainsi, et [que] l'accouchement ne présente que fort rarement des diffic[ultés] réelles.

Établissons d'abord le degré de fréquence des gross[esses] triples. Sur 484 550 cas recueillis en France, en Angleter[re et] en Allemagne, on trouve 6248 accouchements gémella[ires,] 78 triples et 4 quadruples ; soit, pour les doubles, 1 sur 78 ; [pour] les triples, 1 sur 6209 ; pour les quadruples, 1 sur 121 08[?.] [Si] l'on distribue ces faits d'après les pays où ils ont été observés, [on] trouve, pour les grossesses triples, en Grande-Bretagne, 1 [sur] 4311 ; en Allemagne, 1 sur 7182 ; en France, 1 sur 11 105.

Dans le chapitre *étiologie*, M. Dunal étudie l'influence que [peut] avoir l'hérédité dans la production des grossesses triples, influ[ence]

[tement] démontrée déjà pour les grossesses gémellaires; pour [gr]ossesses triples, on pouvait penser *à priori* que la biparité [pouvait] être une cause prédisposante, c'est-à-dire que les femmes [nées d]e mères ayant eu des grossesses gémellaires seraient plus [dispos]ées à fournir des grossesses triples; mais l'analyse des faits [ne vie]nt pas confirmer cette opinion.

[On] a recherché aussi comment la fécondation pouvait se faire [dan]s les cas de grossesses multiples. Déjà M. Guillemot avait fait [cette ét]ude pour les grossesses gémellaires, et il avait admis les [quatre] variétés suivantes :

[1°] Deux ovules fécondés le même jour ou à des époques très [rapprochées] : chaque fœtus a son placenta, son chorion et son [amnio]s. Quelquefois les placentas sont réunis, mais sans communi[cation] vasculaire.

[2°] Ovule contenant deux germes : chaque fœtus a son amnios; [le cho]rion est unique, un seul placenta.

[3°] Deux ovules confondus en un seul; deux fœtus distincts. [Chorio]n, amnios et placenta uniques.

[4°] Deux ovules confondus plus intimement; monstruosités par [inclusio]n.

[« Ch]acune de ces espèces, dit M. Dunal, parfaitement admise et [démont]rée par l'observation dans les cas de grossesse double, se [retrouv]e très bien dans les divers faits de grossesse triple que j'ai [à ma dis]position. L'analogie est ici amplement démontrée et con[firmée p]ar l'observation pratique. »

[Ainsi], pour la *première espèce*, chaque fœtus a son chorion et [son am]nios, et l'on trouve trois placentas séparés, ou un placenta [simple e]t un placenta double formé de deux parties juxta-appo[sées, ou] un seul placenta formé de trois parties sans communica[tion. Po]ur la *deuxième espèce*, 1° un placenta unique, un chorion [unique e]t trois amnios; 2° un fœtus isolé, et deux fœtus renfermés [dans leur] amnios, avec un chorion commun, un placenta [simple e]t un placenta double. *Troisième espèce*, un fœtus isolé et [deux fœ]tus n'ayant qu'un seul placenta, un seul amnios et un [seul cho]rion. *Quatrième espèce*, un seul fœtus portant le squelette [ou les ru]diments des deux autres.

[M. Du]nal cite, comme exemples, un fait de chaque variété. [Nous me]ntionnerons seulement celui de la quatrième : « Fœtus [de ... m]ois, renfermant dans la cavité abdominale un embryon [...]t, et, dans une tumeur située à la partie postérieure et [... du] bassin, un autre tout aussi imparfaitement développé. [Les] modes d'inclusion ou plutôt les variétés abdominale et [...]née seraient ici on ne peut mieux accusées. »

[Le cha]pitre *symptômes et diagnostic*, quoique très important, [ne nous] arrêtera pas longtemps. Les signes sont les suivants : [...]s, infiltration, œdème, gêne dans les membres pelviens; [gonflem]ent des grandes lèvres, dysurie; gêne de la respiration [et de la d]igestion; lipothymies, syncopes; ventre plus large, plutôt [q]ue saillant sur la ligne médiane. Ce sont les signes des [grossesses] gémellaires, mais plus prononcés; toutefois ils ne peu[vent avoir] une valeur réelle que lorsqu'ils se rencontrent tous en [même tem]ps, et encore ne peut-on pas formuler un diagnostic [...] symptôme le plus important est tiré de l'auscultation, [lorsqu'on] reconnaît des battements fœtaux en trois endroits dis[tincts. M.] Dunal cite un fait dans lequel le diagnostic put être établi [p]ar M. Rousset (de Bordeaux); dans ce cas, on entendait [les battem]ents du cœur, « 1° presque au niveau de l'épigastre [e]t très prononcés et rapprochés de l'oreille; 2° dans [la fosse ili]ache où ils sont profonds et difficiles à entendre; 3° au [...] la fosse iliaque gauche où ils sont très distincts. » [M. Dunal l]ui-même a pu également arriver au même résultat dans [un fait don]t il donne l'observation détaillée : ici on entendait les [bruits fœta]ux, distincts par leur siége et par leur fréquence. On [entendait ces] bruits : 1° d'une manière confuse, bien au-dessous de [l'ombilic, u]n peu au-dessus de la symphyse pubienne, un peu à [...] par minute; 2° d'une manière bien plus tranchée et [...]nette, plus claire, au-dessous de l'ombilic, mais à [...]4 battements; 3° enfin, nets et tranchés, au-dessus de [... su]r la ligne médiane un peu à gauche, 142 à 144 battements. Dans ces deux derniers points, les battements diffèrent, non pas par le nombre, mais surtout par le siége.

L'auscultation fournit donc le seul signe qui permette d'établir le diagnostic avec quelque certitude.

Nous n'avons aucune particularité à signaler relativement au mécanisme et à la marche de l'accouchement; les mêmes indications se présentent dans les cas de grossesse gémellaire. Notons encore que, sur 29 cas dans lesquels les présentations sont indiquées, on trouve que douze fois les trois enfants ont présenté la tête; dans les autres cas, on trouve encore en grande majorité la présentation du sommet, puis celle du siége.

Nous reproduisons ici les conclusions de l'auteur, relativement à ces dernières questions :

« 5° La terminaison à terme est plus fréquente qu'on n'a pu le supposer; et la viabilité des fœtus, en rapport avec l'époque où cette dernière s'opère, peut souvent permettre d'espérer le développement complet et consécutif de chacun d'eux.

» 6° Les considérations tirées de la présence de plusieurs jumeaux, de leur état de faiblesse, ne sauraient faire négliger les indications qui peuvent se présenter; et si le nombre des accouchements artificiels est beaucoup plus considérable, les accidents relatifs à la mère et aux fœtus ne sont point en proportion des manœuvres employées.

» 7° La vie et le développement des fœtus pourront être puissamment aidés et favorisés par les soins intelligents de l'homme de l'art. »

— Il nous reste à signaler les deux thèses du dernier concours d'accouchement. Celle de M. Tarnier est intitulée : *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire, et des procédés opératoires relatifs à cette extraction*. Ce titre ayant été imposé à l'auteur, nous ne pouvons lui adresser de reproches à ce sujet; nous ne pouvons que le plaindre. Ainsi qu'il le fait remarquer au début de son travail, c'est l'histoire de la dystocie presque tout entière qu'il avait à traiter; nous ne pourrons suivre l'auteur dans le développement d'un sujet aussi étendu et aussi complexe. Le mémoire est divisé en deux parties : la première, qui est relative aux cas dans lesquels l'extraction est nécessitée par une cause provenant de la mère, comprend plusieurs chapitres : insuffisance des contractions utérines, hémorrhagies par implantation vicieuse du placenta, éclampsie, rupture de l'utérus et du vagin, thrombus, rétrécissement du bassin; vices de conformation de l'utérus, résistance du canal vulvo-utérin; tumeurs du bassin, états pathologiques. La deuxième partie comprend l'étude des cas dans lesquels l'extraction est rendue nécessaire par une cause provenant du fœtus lui-même; elle renferme également plusieurs chapitres intéressants : procidence du cordon; présentation irrégulière; grossesses gémellaires; fœtus monstrueux; maladies du fœtus, telles que emphysème, hydrocéphalie, spina bifida, ascite et rétention d'urine, maladies des reins et du foie, tumeurs, ankylose.

Ce travail comprend ainsi un grand nombre de sujets qui auraient pu devenir isolément l'objet d'autres thèses; l'auteur n'a pu les traiter aussi complétement qu'il eût été désirable; il a dû se borner à exposer brièvement l'état de la science sur ces diverses questions, dont quelques-unes sont encore fort controversées, telles que la conduite à tenir dans les cas d'hémorrhagie par implantation vicieuse du placenta; il admet pour ces cas la conclusion suivante : « Quand le placenta s'insère centre pour centre sur l'orifice, si l'un de ses bords n'est pas décollé, il faut glisser la main de façon à opérer ce décollement sur un des points de la circonférence de l'orifice; on devra chercher alors le point qui offrira à l'accoucheur une facilité plus grande. Cela fait, on procède à la saisie des pieds, et l'on fait exécuter au fœtus une évolution qui ramène le siége au détroit supérieur. »

Si l'éclampsie se déclare pendant la grossesse, on devra s'abstenir de toute intervention directe; lorsque cette grave complication survient pendant le travail, il faudra chercher à terminer l'accouchement aussi promptement que possible; lorsque l'orifice sera incomplétement dilaté, on pourra débrider ses bords et appliquer le forceps immédiatement après. Il s'agit encore ici d'une question

qui a été souvent débattue : l'intervention dans les cas d'éclampsie puerpérale ; nous regrettons que l'auteur n'ait pas justifié ses conclusions en les appuyant sur un certain nombre d'observations ; il en existe assez dans les annales de la science pour qu'il soit possible d'en tirer parti.

Nous n'avons rien de nouveau à signaler relativement aux rétrécissements du bassin ; nous exprimerons en même temps le regret de ne pas voir traité d'une façon plus originale le chapitre relatif aux tumeurs qui peuvent gêner le travail ; il y a une foule de faits dont il eût été possible de tirer des renseignements utiles ; mais, nous le répétons, ces reproches ne s'appliquent que fort peu à l'auteur qui a dû, dans le court espace de temps consacré à la confection des thèses, s'occuper de sujets aussi différents que ceux que nous avons énoncés précédemment.

La deuxième partie, celle qui est relative au fœtus, présente également un grand intérêt ; on y trouve des observations très instructives ; nous signalerons particulièrement les passages relatifs à l'hydrocéphalie et au spina bifida ; à la distension de la vessie par rétention d'urine, sujet qui a été traité dans un mémoire publié dans ce journal par M. Depaul.

Nous trouvons, en terminant, l'indication d'un fait curieux et unique : un enfant avait les membres ankylosés, et le fœtus se trouvait maintenu dans la position qu'il affecte pendant la grossesse ; l'extraction put être faite parce que les os des bras et des cuisses furent fracturés dans les manœuvres.

Cette étude comprend un grand nombre de sujets très intéressants, et l'auteur a accompli habilement une tâche difficile, suivie d'un succès auquel nous ne pouvons qu'applaudir.

— Nous ferons pour le titre de la thèse de M. Mattei les mêmes remarques que pour celle de M. Tarnier ; ici l'énoncé du sujet manque de précision ; de plus, il n'est pas parfaitement correct : *Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement.* Nous ne pouvons adresser à M. Mattei les mêmes éloges que pour son travail sur les grossesses extra-utérines. Ici il semble que volontairement il ait négligé les questions les plus intéressantes et les moins connues ; ainsi, il consacre *sept lignes* seulement à la rupture centrale du périnée ; l'accouchement peut s'effectuer par cette perforation, l'anus et la vulve restant intactes. Cette question a été l'objet d'une discussion animée entre Capuron et M. Moreau ; depuis, d'autres faits ont été publiés, et M. Mattei aurait pu en tirer des conclusions utiles. Dupuytren, dans ses cliniques, signale parmi les causes prédisposantes de cet accident une conformation vicieuse de la vulve, etc. Dans d'autres cas, le vagin lui-même peut se rompre en arrière, et le fœtus, traversant la cloison recto-vaginale, vient sortir par l'anus. M. Mattei ne signale même pas cette rupture d'une nature assez singulière qui a été observée plusieurs fois.

M. Mattei passe encore trop rapidement sur une variété singulière de thrombus ; on observe quelquefois de ces tumeurs sanguines dans l'épaisseur du col utérin, et surtout dans la lèvre antérieure ; la rupture de ces tumeurs peut donner lieu à des hémorrhagies graves et même mortelles ; deux faits sont mentionnés dans les *cinq lignes* consacrées par l'auteur à ce sujet ; Montgomery lui seul en signale plusieurs cas.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de ce qui n'est pas dans la thèse de M. Mattei ; il serait bon de nous arrêter un peu à ce qu'elle renferme. Citons donc quelques passages : « Je crois que par la proportion des ruptures et autres accidents semblables que rencontre un médecin dans sa clientèle, je pourrai dire si ce médecin abandonne le travail à une expectation dangereuse, ou bien s'il suit les vrais principes de l'intervention obstétricale, principes par lesquels il se mettra presque toujours à l'abri de ces accidents... Je parle ici avec certitude parce qu'en agissant en temps opportun, au lieu d'avoir des présentations du tronc qui donnent 1 enfant mort sur 3, malgré la version pelvienne ; au lieu d'avoir des présentations de la face ou du siége qui donnent 1 enfant mort sur 10 ou 11, je n'ai que des présentations du sommet, et, dans ces dernières, au lieu d'avoir 1 enfant mort sur 50, je n'en ai pas 1 sur 200, à moins que des maladies de la mère ou de l'enfant ne soient venues compliquer le travail. »

Si M. Mattei est si heureux dans sa pratique, il l'est à coup sûr beaucoup moins dans ses théories ; nous nous bornerons à citer la suivante, qu'il a eu soin de souligner ; elle est de celles qui prennent place dangereusement dans une thèse de concours : « La cause des ruptures chez le fœtus, quoique différant un peu de celle qui vient de la mère pour ce qui concerne les arrachements du cordon, lui est semblable pour le reste. Ainsi *le fœtus, quoiqu'on ne l'ait pas encore dit, exécute dans le sein de la mère des mouvements thoraciques comme s'il respirait au dehors ; c'est par ces mouvements surtout qu'il aspire le sang du placenta.* Eh bien ! qu'une cause quelconque jette du trouble dans ces mouvements, et la stase du sang produira des ruptures ou des épanchements, comme nous les avons vus arriver chez la mère. »

Nous engageons vivement M. Mattei à laisser de côté ces dangereuses innovations et à nous donner de préférence des travaux comme celui que nous avons analysé précédemment.

Jules Rouyer.

VI

VARIÉTÉS.

Commission de Statistique médicale des hôpitaux de Paris. — Le rapport de M. Tardieu, sur lequel nous aurons à revenir, aboutit à proposer la création des bulletins suivants :

Le bulletin destiné aux *services de médecine* énoncera les renseignements médicaux réduits à quatre points principaux, concernant : 1° le diagnostic de la maladie ; 2° le début et l'état au moment de l'entrée ; 3° les complications intercurrentes ; 4° le résultat ou l'état à la sortie. Ce cadre sera complété par quelques sous-divisions qui, loin d'aggraver la tâche, la rendront, au contraire, plus légère, en permettant de répondre par un simple chiffre 1, placé en regard de la mention inscrite sur le bulletin, de telle sorte que deux minutes suffiront à écrire tout ce que celui-ci devra contenir.

Le bulletin destiné aux *services de chirurgie*, dans ce qu'il y a de spécial, ajoutera seulement aux indications précédemment énumérées des bulletins de médecine, les renseignements relatifs aux opérations, leur date, leur nature, leur siége précis, la méthode et le procédé opératoires, l'emploi des anesthésiques, les accidents consécutifs à l'opération et les opérations antérieures.

Le bulletin des *services d'accouchement*, comprendra : 1° les antécédents relatifs à la conformation du bassin, aux accouchements précédents, à l'état habituel de la menstruation ; 2° les renseignements sur la grossesse : dernière apparition des règles, accidents compliquant la grossesse ; 3° ceux qui se rapportent au travail : rupture des membranes, présentation et position, terminaison naturelle ou artificielle, durée totale du travail, délivrance simple ou compliquée, accidents pendant le travail ; 4° les suites de couches régulières ou compliquées ; 5° enfin, des renseignements très succincts concernant le nouveau-né, et dont la plupart seraient consignés par les employés de l'administration.

Enfin un bulletin spécial pour les *maladies vénériennes*, comprendra : 1° le diagnostic comprenant la nature, la forme, le siége de l'affection vénérienne ; 2° date de l'invasion et période de la maladie ; 3° maladies vénériennes antérieures, blennorrhagies, chancres ou autres accidents ; 4° traitements antérieurs ; 5° opérations. Le reste du bulletin serait en tout semblable à celui qui est destiné aux services de médecine.

Petite correspondance. — M. D., à Rouen. Sera inséré. — M. C., au Val-de-Grâce. — Sera inséré.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire expire le 31 décembre 1860, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier 1861.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

I

J

K

L

P

TABLE DES FIGURES CONTENUES DANS LE TOME VII.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.